

Die Bedeutung veränderter Bewusstseinszustände in der psychosozialen Beratung

Voraussetzungen und Strategien der Beratungsarbeit vor dem Hintergrund neuerer Entwicklungen in den Humanwissenschaften

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie Dr. phil. im Fachbereich
Sozialwesen der
Universität Kassel

Vorgelegt von

Klaus Peter Fohler

Andere Veröffentlichungen des Autors

Sind unter dem Alias-Namen

Frederick G. Fohler zu finden

Datum der Disputation

10.11.2010

Kassel, Januar 2010

VORWORT	- 4 -
EINLEITUNG	- 6 -
1. SOZIALE THERAPIE – PSYCHOSOZIALE BERATUNG UND BEHANDLUNG	- 11 -
1.1. BEGRIFFSBESTIMMUNG UND ENTWICKLUNG	- 11 -
1.2. DAS KONZEPT „LEIDENSERFAHRUNGEN“	- 12 -
1.3. DAS KONZEPT STRESS	- 13 -
1.4. DEPRESSION UND EUPHORIE	- 16 -
1.5. SCHWIERIGE CHARAKTERE – DIE PERSONIFIZIERUNG UNANGEPASSTER ENTWICKLUNGEN	- 18 -
2. BERATUNG	- 24 -
2.1. BERATUNG - DAS GEMEINSAME WERKZEUG VON SOZIO THERAPIE, SOZIALARBEIT UND PSYCHOTHERAPIE	- 24 -
2.2. BERATUNG IM LAUF DER ZEITEN	- 25 -
2.3. PSYCHOSOZIALE BERATUNG UND PSYCHOTHERAPIE	- 27 -
2.4. SOZIALE THERAPIE, EIN BERATUNGSKONZEPT AM SCHNITTPUNKT ZWISCHEN HILFE UND KONTROLLE	- 30 -
2.5. WAS IST BERATUNG (COUNSELLING)?	- 31 -
2.6. BERATUNG ALS SOZIALPOLITISCHES FEIGENBLATT	- 34 -
3. RESSOURCENORIENTIERTE GESUNDHEITSWISSENSCHAFT IN BEZUG ZUR SOZIALPÄDAGOGIK UND SOZIALEN THERAPIE	- 38 -
3.1. DAS KONZEPT RESILIENZ	- 39 -
3.2. SALUTOGENESE UND KOHÄRENZSINN	- 42 -
3.3. BINDUNGSTHEORIE	- 46 -
3.4. DIE BINDUNGSMUSTER IM ALTER VON EINEM JAHR	- 48 -
3.5. DIE BEDEUTUNG VON SELBSTORGANISATION UND ZUGEHÖRIGKEITSGEFÜHL IN DER RESSOURCENORIENTIERTEN FORSCHUNG	- 51 -
3.6. ZUSAMMENFASSUNG UND PERSPEKTIVEN FÜR EINE GESUNDHEITSBERATUNG	- 57 -
4. DIE NEUROBIOLOGIE DES GEHIRNS	- 60 -
4.1. DIE NUTZUNGSABHÄNGIGE STRUKTURIERUNG DES GEHIRNS	- 60 -
4.2. DIE VERANKERUNG VON ERFAHRUNGEN	- 63 -
4.3. DIE HERAUSFORMUNG NEURONALER VERSCHALTMUSTER	- 64 -
4.4. VERÄNDERUNGSMÖGLICHKEITEN IM ERWACHSENEN GEHIRN	- 69 -
4.5. THERAPEUTISCHE UND PÄDAGOGISCHE IMPLIKATIONEN	- 80 -
4.6. ZUSAMMENFASSUNG:	- 84 -
5. NEUROLOGISCHE UND ZELLBIOLOGISCHE ASPEKTE SOZIAL- UND PSYCHOTHERAPEUTISCHER INTERVENTIONEN	- 86 -
5.1. DIE BIOLOGIE TIEFER ÜBERZEUGUNGEN UND DIE MACHT DER GEDANKEN	- 86 -
5.2. DIE GESCHICHTE DER GENETIK UND DAS PRIMAT DER DNS	- 92 -
5.3. EPIGENETIK – EINE NEUE WISSENSCHAFT KÜNDIGT EINEN PARADIGMENWECHSEL AN	- 94 -
5.4. DIE KOMMUNIKATION VON GENEN MIT DER UMWELT	- 97 -
5.5. DIE BIOCHEMISCHEN ÄQUIVALENTE DES GEFÜHLS ALS VERBINDUNG ZWISCHEN KÖRPER UND PSYCHISCHEM ERLEBEN	- 102 -
5.6. DIE BEDEUTUNG DER ERKENNTNISSE EPIGENETISCHER FORSCHUNG FÜR DIE PSYCHOSOZIALE ARBEIT	- 105 -
5.7. DER BIOLOGISCHE VORGANG DES SCHUTZMECHANISMUS	- 112 -
5.8. DIE GEFAHREN STRESSERZEUGENDER ANGST	- 115 -
5.9. KRITISCHE BETRACHTUNGEN ZUR PHARMAKOLOGISCHEN BEHANDLUNG NEUROPHYSIOLOGISCHER UND PSYCHISCHER STÖRUNGEN	- 118 -
5.9.1. Der Placeboeffekt	- 118 -
5.9.2. Nocebos	- 121 -

6.	DIE AUSWIRKUNGEN DER PARADIGMENWECHSEL IN DEN HUMANWISSENSCHAFTEN AUF DIE PSYCHOTHERAPEUTISCHE LANDSCHAFT	- 124 -
6.1.	NEUROPSYCHOTHERAPIE	- 124 -
6.1.1.	<i>Die Genese psychischer Störungen und ihre Grundlagen im Gehirn</i>	<i>- 128 -</i>
6.1.2.	<i>Schlussfolgerungen für eine wirkungsoptimierte Psychotherapie</i>	<i>- 139 -</i>
6.1.3.	<i>Die neurobiologische Entdeckung der Motivationssysteme</i>	<i>- 144 -</i>
6.2.	HYPNOSE IN DER PSYCHOSOZIALEN BERATUNG.....	- 147 -
6.2.1.	<i>Einleitung - Historische Entwicklung</i>	<i>- 147 -</i>
6.2.2.	<i>Die Autosystemhypnose und einige ihrer wichtigen Methoden</i>	<i>- 149 -</i>
6.2.3.	<i>Rapport und Kooperation.....</i>	<i>- 149 -</i>
6.2.4.	<i>Selbsthypnose oder Tiefenentspannung</i>	<i>- 150 -</i>
6.2.5.	<i>Suggestionen.....</i>	<i>- 151 -</i>
6.2.6.	<i>Metaphern, Symbole und Rituale</i>	<i>- 153 -</i>
6.2.7.	<i>Ideomotorische Zeichen und Signale</i>	<i>- 155 -</i>
6.2.8.	<i>Zusammenfassung.....</i>	<i>- 156 -</i>
6.3.	ENERGETISCHE PSYCHOTHERAPIE	- 157 -
6.3.1.	<i>Begriffsbestimmung</i>	<i>- 157 -</i>
6.3.2.	<i>Zugrunde liegende Hypothesen</i>	<i>- 158 -</i>
6.3.3.	<i>Behandlungsablauf.....</i>	<i>- 158 -</i>
6.3.4.	<i>Wirkhypothesen und mögliche Wirkfaktoren.....</i>	<i>- 159 -</i>
6.3.5.	<i>Wissenschaftliche Forschungen zur EP.....</i>	<i>- 161 -</i>
6.3.6.	<i>Die verschiedenen Techniken der EP und ihre Integrierbarkeit in andere Psychotherapieformen</i>	<i>- 163 -</i>
6.4.	DIE NEUROZEPTION – DIE DREI REGELKREISE DES AUTONOMEN NERVENSYSTEMS. -	167 -
7.	KRITISCHER VERGLEICH MIT NICHT WISSENSCHAFTLICHEN BEEINFLUSSUNGSMETHODEN AM BEISPIEL DES PERUANISCHEN SCHAMANISMUS	- 176 -
7.1.	EINLEITUNG - WARUM EIN VERGLEICH MIT DEM PERUANISCHEN SCHAMANISMUS?-	176 -
7.2.	DEFINITION UND URSPRUNG.....	- 179 -
7.2.1.	<i>Schamanismus.....</i>	<i>- 179 -</i>
7.2.2.	<i>Der Begriff „Schamane“.....</i>	<i>- 181 -</i>
7.2.3.	<i>Die Entstehung des Schamanismus</i>	<i>- 181 -</i>
7.2.4.	<i>Begriffsdefinitionen des Schamanismus</i>	<i>- 185 -</i>
7.2.5.	<i>Das Weltbild des Schamanismus</i>	<i>- 190 -</i>
7.3.	AUSBILDUNG UND INITIATION DES SCHAMANEN	- 193 -
7.3.1.	<i>Persönlichkeit – Berufung – Verwandlung – Initiation – Weihe</i>	<i>- 193 -</i>
7.4.	SCHAMANISMUS UND PSYCHOTHERAPIE.....	- 195 -
7.4.1.	<i>Rituale - Bedeutung und Wirkfaktoren des peruanischen Schamanismus.....</i>	<i>- 198 -</i>
8.	ZUSAMMENFASSUNG UND WISSENSCHAFTLICHER AUSBLICK	- 211 -
9.	LITERATURVERZEICHNIS.....	- 221 -
10.	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	- 248 -
11.	EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG.....	- 250 -

Vorwort

Die Idee zu dieser Arbeit entwickelte sich aus dem Versuch, meine subjektiv als sprunghaft empfundene Vita in eine kommunizierende Ordnung zu bringen. Meine in jungen Jahren stark auf die Naturwissenschaften ausgerichtete Entwicklung endete 1975 mit dem Abitur am Technischen Gymnasium. Aufgrund der damaligen sozialen und politischen Verhältnisse in der BRD, sowie eines achtzehnmonatigen Zivildienstes in einer psychiatrischen Klinik verschob sich dieses Interesse zunehmend in die humanistische Richtung. Nach einem längeren Amerikaaufenthalt entschied ich mich für ein Studium der Fachrichtung Sozialwesen, das ich 1985 mit Diplom und staatlicher Anerkennung abschloss. Mein Interesse galt von Anfang an der therapeutischen Straffälligenarbeit. Zu Beginn meiner praktischen Tätigkeit arbeitete ich in der JVA Mainz und übernahm später die Leitung einer Wohngruppe für straffällige Jugendliche und junge Erwachsene in einem Mitarbeiterverein, indem ich Teil des Vorstandes wurde. Mein Interesse an der therapeutischen Arbeit kristallisierte sich immer stärker heraus und brachte mich dazu, verschiedenste Fort- und Weiterbildungen in diesem Gebiet zu besuchen. Eine zweijährige Ausbildung zum Drogentherapeuten und Drogenberater führte mich in den Sucht- und Drogenbereich. Hier arbeitete ich zu Beginn in der niederschweligen Drogenarbeit im Drogen-Notdienst Frankfurt, welcher Streetwork, Spritzentausch, medizinische Versorgung und Beratung und vieles mehr beinhaltete. Später wechselte ich in eine therapeutische Einrichtung für drogenabhängige Jugendliche. Dort übernahm ich die Wohn- und Sportgruppenbetreuung, sowie einen Teil der therapeutischen Arbeit mit festem Klientel. Zu dieser Zeit erfuhr ich von dem universitären Aufbaustudiengang Soziale Therapie der Universität Kassel, den ich nebenberuflich absolvierte und mit Examen einschließlich Promotionsberechtigung abschloss.

Leider stellte sich heraus, dass vor allem wegen berufspolitischer Gründe die Berufsbezeichnung Sozialtherapeut entgegen ursprünglicher Planungen offiziell nicht anerkannt wurde, und damit nicht zur Abgrenzung gegenüber anderen Anbietern von soziotherapeutischen Leistungen berechtigte. Dieser Sachverhalt zwang mich dazu, meine mittlerweile selbständige Tätigkeit nach dem Heilpraktikergesetz abzusichern.

Die Wahl des Themas meiner Dissertation „Die Arbeit mit veränderten Bewusstseinszuständen“ entstammt einer langjährigen Beschäftigung mit medizinischer und psychotherapeutischer Hypnose. Es wird zu überprüfen sein, ob Watzlawicks

Feststellung optimale Kommunikation sei hypnotisch, in andere Bereiche übertragen werden kann. Der Exkurs zum peruanischen Schamanismus als wissenschaftlich nicht begründeter Heilweise ergab sich aus meinem Interesse und meinen eigenen Forschungen auf diesem Gebiet, sowie meinen Reisen in Peru zu den verschiedensten Schamanen. Die Teilnahme an unterschiedlichen Ritualen und Heilzeremonien eröffnete mir fremde Weltbilder, welche die Routine meiner eigenen Arbeit erschütterten. Die Bereiche Epigenetik, Zellbiologie und Quantenphysik entstammen meinem alten Interesse an den Naturwissenschaften, aber auch an der Begegnung mit Wissenschaftlern wie Bruce Lipton, Gerald Hüther und Stephen Porges, die mit ihrer Arbeit bereit sind fakultative Grenzen zu überschreiten und neue Impulse zu setzen. Hüther bezeichnet die momentane Situation in Forschung und Wissenschaft als eine Zeit der Paradigmenwechsel. Die sukzessive Annäherung an Begriffe wie Geist, Seele, Bewusstsein und Energie ist letztendlich genauso revolutionär wie die Erkenntnis, dass quantenphysikalische Vorgänge auch im Makrokosmos stattfinden. Obwohl diese Erkenntnisse noch nicht Teil des akademischen „Mainstreams“ geworden sind, weisen sie doch in Richtung eines neuen, eher holistischen Weltverständnisses für das dritte Jahrtausend. In dieser Hinsicht möchte ich mit der vorliegenden Arbeit den Versuch unternehmen, einige dieser angedeuteten Paradigmenwechsel aufzuzeigen, miteinander in Beziehung zu setzen und an den richtigen Stellen kritisch zu hinterfragen.

Einleitung

In der vorliegenden Arbeit wird der Versuch unternommen, die neueren Paradigmen der Gesundheits- und Humanwissenschaften aus sozialtherapeutischer Sicht auf ihre Möglichkeiten und Ressourcen im Hinblick auf das Arbeitsfeld der psychosozialen Beratung zu untersuchen. Es geht, wie in allen Feldern, in denen professionelle Hilfe angesagt ist, um die Aktivierung von Kräften, die Reduzierung chronifizierter Leidenszustände, um die Freilegung von Potenzialen, die den Klienten ermöglicht, ihr Leben weitgehend eigenverantwortlich zu gestalten.

Mit dem Salutogenese-Modell hat der israelische Forscher Aaron Antonovsky (1987) eine neue Sichtweise von Gesundheit aufgezeigt. Gesundheit wird nicht lediglich als Abwesenheit von Krankheit und nicht nur auf der körperlichen Ebene basierend betrachtet, sondern ebenfalls einer psychischen, einer sozialen und einer spirituellen Ebene zugeordnet. Diese neue Standortbestimmung führt zur Erweiterung der „Gesundheitswissenschaften als interdisziplinäre Herausforderung“ (Hurrelmann und Laaser 1993), und bietet damit die Möglichkeit einen Schritt in Richtung einer fachübergreifenden und gleichzeitig ressourcenorientierten Beratung im psychosozialen Arbeitsfeld der Gesundheitswissenschaften zu machen. Ganz bewusst bewegt sich diese Studie bis weit hinein in die Bereiche der verschiedenen Human- und Naturwissenschaften, um dort die Bedeutung ihrer neusten Erkenntnisse für die Sozial- und Erziehungswissenschaften zu prüfen.

Das 1. Kapitel befasst sich mit den verschiedenen Begriffsbestimmungen zur Sozialen Therapie im Wandel der Zeiten und ihre Entwicklung bis hin zur Gegenwart. Die Darstellung des speziellen Arbeitsbereiches von Soziotherapie bei den unterschiedlichen Leidenserfahrungen wie Stress, Depression und Euphorie, sowie die unangepasste Entwicklung schwieriger Charaktere zeigt die Notwendigkeit kontinuierlich nach innovativen Interventionsmöglichkeiten und –formen zu suchen. Nur so kann sie mit den dynamischen Entwicklungen in Politik, Gesellschaft und Erziehung Schritt halten und ein längst überfälliges neues, gestärktes Selbstbewusstsein für alle im sozialtherapeutischen Feld Tätigen entwickeln.

Kapitel 2 behandelt das gemeinsame Werkzeug von Soziotherapie, Sozialarbeit und Psychotherapie, die Beratung. Neben der Geschichte und Entwicklung im weiten Feld der Beratung interessiert vor allem die nicht immer einfache Trennung von psychosozialer

Beratung und Psychotherapie. Wie groß ist die subtile Gefahr der sozialtherapeutischen Beratungskonzepte vom Hilfsangebot zum Kontrollinstrument zu werden? Welche Erkenntnisse ergeben sich aus einem Vergleich der Beratung mit dem angloamerikanischen Beratungskonzept des Counselling? Nicht zuletzt stellt sich noch die Frage nach der sozialpolitischen Bedeutung von Beratung als humanitärem Alibi und gleichzeitiger Elendsverwaltung.

In Kapitel 3 wird der Stellenwert der ressourcenorientierten Gesundheitswissenschaft in Bezug zur Sozialpädagogik und Sozialen Therapie untersucht. Aus den unterschiedlichen, jedoch sich auch gegenseitig ergänzenden Blickwinkeln von Resilienz, Salutogenese und Bindungstheorie, wird die Bedeutung von Selbstorganisation, Selbstwirksamkeitserleben und Zugehörigkeitsgefühl betrachtet. Die abschließende Zusammenfassung sucht nach Perspektiven für eine ressourcenorientierte Forschung und Gesundheitsberatung.

Die Ausführungen zur Neurobiologie des Gehirns in Kapitel 4 stützen sich in weiten Teilen auf die verständlichen Konzepte des Neurobiologen Gerald Hüther und werden ergänzt durch Forschungen Joachim Bauers und des Psychologen und Psychiaters Manfred Spitzer. Mit diesen populären Erkenntnissen begeben wir uns in den Bereich der Humanwissenschaften. Die Entwicklung bildgebender Verfahren ist dabei, nicht ohne Widerspruch, zu einer ganzen Reihe von Paradigmenwechseln in der Neurobiologie und der Gehirnforschung zu führen. Betont werden Neuroplastizität und nutzungsabhängige Strukturierung des Gehirns. Hier sind weit reichende Folgen für viele wissenschaftliche Disziplinen, so z.B. Medizin, Psychologie, Pädagogik und Lerntheorie bis hin zu den Sozialwissenschaften zu erwarten. Die Sozialwissenschaftler sollten dieser Entwicklung grösste Aufmerksamkeit schenken um zu verhindern, dass Sozialwissenschaft in Zukunft von Neurobiologen, Epigenetikern oder gar Medizinern definiert wird. Wie werden - u.a. frühe - Erfahrungen verankert, wie formen sich hieraus neuronale Verschaltungsmuster? Die in diesem Kontext gewonnenen Erkenntnisse scheinen psychoanalytische Entwicklungstheorien zu bestätigen. Die neu entstandenen Möglichkeiten auch im erwachsenen Gehirn Veränderungen herbeizuführen, eröffnen Therapeuten und Pädagogen möglicherweise neue Interventionsstrategien in ihrer Arbeit. Dieses Feld gilt es nun zu erforschen und zu erfahren. Eine der bedeutendsten Entdeckungen der Gehirnforschung scheint die Tatsache zu sein, dass es für das Gehirn irrelevant ist, ob das Individuum eine Handlung ausführt, oder sie sich nur intensiv vorstellt. In beiden Fällen findet eine ähnliche neuronale Reaktion statt.

Kapitel 5 widmet sich dieser Erkenntnis auf der Ebene zellbiologischer und genetischer Aspekte. Folgt man diesen Untersuchungen, so führen intensive Vorstellungen und Gedanken zu tiefen Überzeugungen, die einen großen Einfluss auf die Biologie des Menschen haben. Glaubt man ihren Vertretern, so läutet die neue Wissenschaft der Epigenetik in der Welt der Zellbiologie einen bedeutenden Paradigmenwechsel ein. In diesem Paradigma weicht das Primat der DNS der Entdeckung von Kooperation und Kommunikation der Gene mit ihrer Umwelt. Neurotransmitter und Botenstoffe bilden das biochemische Äquivalent zum Gefühl als Verbindung zwischen Körper und psychischem Erleben. Welche Bedeutung haben diese Erkenntnisse epigenetischer Forschung für die psychosoziale Arbeit? Diese Frage kann nur beantwortet werden, wenn wir innerpsychische Vorgänge wie den Schutzmechanismus oder die stresserzeugende Angst aus zellbiologischer Sicht betrachten. Konservative und kurative Behandlungen psychischer Störungen werden es sich gefallen lassen müssen, insbesondere im Hinblick auf pharmakologische Therapien, kritischer betrachtet zu werden. Über die Relevanz von Placebo- und Noceboeffekten wird im angesprochenen Kapitel zu sprechen sein.

Kapitel 6 beschäftigt sich mit den Auswirkungen der angesprochenen Paradigmenwechsel in den Humanwissenschaften auf die psychosoziale Arbeit anhand vier verschiedener Beispiele. Die Neuropsychotherapie nach Grawe ist ein Konzept, das psychotherapeutischen Behandlungen unter Berücksichtigung neuronaler Vorgänge neue Impulse geben will. Neuropsychotherapie berücksichtigt die Prozesse im Gehirn, die zur Genese psychischer Störungen führt und versucht aus dieser neuartigen Verknüpfung Bedingungen für eine wirkungsoptimierte Psychotherapie zu finden. In diesem Zusammenhang ist auch die neurobiologische Entdeckung der Motivationssysteme von entscheidender Bedeutung.

Die Hypnose – als ein Zustand veränderten Bewusstseins - in der psychosozialen Beratung dient als zweites Beispiel. Von der historischen Entwicklung der klassischen Hypnose bis hin zur Autosystemhypnose im Sinne Milton Ericksons werden verschiedene Methoden vorgestellt und diskutiert. Dazu zählen die Bedeutung von Rapport und Kooperation, Selbsthypnose oder Tiefenentspannung, Suggestionen, Metaphern, Symbole und Rituale, ideomotorische Zeichen und Signale.

Das dritte Beispiel ist die Energetische Psychotherapie oder Psychologie, die aufgrund der klinischen Erfahrung große Hoffnungen für das therapeutische Feld zu bergen scheint, in der wissenschaftlichen Erforschung ihrer Wirkungsweisen jedoch noch in den

Kinderschuh steckt. Hier bewegt sich die Arbeit erneut in die Grenzbereiche eines energetischen Weltverständnisses hinein und muss dazu in Ermangelung eigener Verständnisgrundlagen auf die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) zurückgreifen. Erörtert werden die zugrunde liegenden Hypothesen, sowie Wirkhypothesen und mögliche Wirkfaktoren. Für die empirische Herangehensweise werden Behandlungsablauf sowie Erfahrungen und Erkenntnisse dargestellt, im Hinblick auf die wissenschaftliche Forschung im Bereich der Energetischen Psychologie (EP). Des Weiteren werden die verschiedenen Techniken dieser Methode skizziert und ihre Integrierbarkeit in die gängigen Beratungs- und Psychotherapiemethoden diskutiert.

Im vierten Beispiel wird die Neurozeption nach Porges vorgestellt. Porges beschreibt sehr ausführlich die drei Regelkreise des autonomen Nervensystems und ihre Funktion im Falle traumatischen Erlebens und entwickelt eine neurophysikalische Methode zur Behandlung gegebener Störungen oder gar Erkrankungen. Dieses Beispiel dient in erster Linie der Information über innovative Ansätze und Möglichkeiten für die Behandlung Traumatischer und Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS). Weitere wissenschaftliche Erforschung und Evaluierung stehen noch aus.

Das 7. Kapitel bietet einen kritischen Vergleich des bisher Dargestellten mit nicht wissenschaftlichen Beeinflussungsmethoden. Als Beispiel dient hier der Peruanische Schamanismus. Obwohl der Schamanismus keine eigenen kritischen Überprüfungsparameter beinhaltet, finden sich doch viele interessante Parallelen zu wissenschaftlichen Denkansätzen unseres Kulturkreises, insbesondere im Hinblick auf die bereits erwähnten möglichen Paradigmenwechsel in der westlichen Wissenschaft. Neben der Definition und dem Ursprung des Schamanismus, der aufgrund seiner Fremdartigkeit einen gewissen Raum einnimmt, interessiert vor allem das Weltbild des Schamanismus. Dieses Weltbild erscheint unter Einbeziehung neuerer quantenphysikalischer Erkenntnisse in den verschiedensten Wissenschaftsbereichen bei weitem nicht mehr so fremdartig wie noch in den letzten Jahrhunderten. Neben der Ausbildung und Initiation des Schamanen interessiert die Frage der Parallelen von Schamanismus und Psychotherapie, insbesondere der Rolle des Schamanen als Mittler und Mediator zwischen den verschiedenen Ebenen menschlicher Existenz. Die Bedeutung von Ritualen wirft abschließend die Frage nach den Wirkfaktoren dieser volksheilkundlichen Methode auf.

Das 8. Kapitel stellt eine Zusammenfassung des gesamten Materials dar, sowie eine wissenschaftliche Diskussion und Auswertung. Ausblick und Perspektiven für die zukünftige Entwicklung dieser speziellen Arbeitsbereiche verstehen sich auch als Versuch

Mut zu machen, in den Wissenschaften neugierig und Innovationen gegenüber aufgeschlossen zu bleiben, sowie gelegentlich auch einmal „einen Blick über den Tellerrand zu wagen“. Analyse und Spezialisierung sollten ergänzt werden durch Informationsfluss, Verknüpfung und Vernetzung, um durch Synergie zum ganzheitlichen Verstehen zu finden.

Alle, die mit der Praxis der psychosozialen Beratung vertraut sind, kennen den hohen Erwartungsdruck, der von Seiten des Klientel ausgeht. Soziale Therapie in diesem Bereich erfordert ein starkes berufliches Selbstbewusstsein und sollte nicht so verstanden werden, dass der Arzt Medikamente verordnet, der Sozialtherapeut die Einnahme sicherstellt und anschließend einen seitenlangen Bericht an die Kostenträger schreibt. Eine effiziente Sozialtherapie benötigt sinnvolle, möglichst eigenständige Handwerkszeuge (Tools), die ergänzend zur konventionellen medizinischen Versorgung mit lösungsorientierten Kurzzeitinterventionen in aktuellen Krisen direkt eingesetzt werden können. Auch die Erkenntnisse der neueren Humanwissenschaften weisen deutlich auf Wechselwirkungen zwischen Gesellschaft, Kultur und Individuum hin. Diese Ergebnisse sind für die Sozialwissenschaftler nicht sonderlich überraschend, bieten jedoch die praktische Chance für neue Ansatzpunkte im Hinblick auf ein neurobiologisches und sogar epigenetisches Verständnis bereits bekannter Abläufe.

Mit der vorliegenden Arbeit versucht der Verfasser dieses veränderte Feld zu untersuchen, speziell unter dem Gesichtspunkt prägender Glaubenssätze und unterschiedlicher Bewusstseinszustände, um eventuell darin verborgene Ressourcen zu entdecken und für die Praxis nutzbar zu machen.

Möglicherweise ergibt sich die Notwendigkeit eines veränderten Weltverständnisses: von der isolierenden Konkurrenz hin zur prüfenden Kooperation. Die Ausmaße eines solchen Anspruchs übersteigen den Rahmen dieser Untersuchung in der Tat erheblich, eröffnen jedoch einen weiten Raum für zukünftige Forschungen in den unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen.

1. Soziale Therapie – psychosoziale Beratung und Behandlung

1.1. Begriffsbestimmung und Entwicklung

Der Verfasser dieser Arbeit hat in einer Phase bzw. zu einem Zeitpunkt an der Gesamthochschule Kassel den 1984 etablierten universitären Studiengang „Soziale Therapie“ absolviert, als in einem kurzlebigen Aufbruch die „Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung“ (BfG-Papier v. 30.03.98) ins Auge gefasst wurde. Es ging um die Betreuung einer Population, deren Merkmale sich in der Beschreibung von Personen und Familien mit chronifizierten Krisen wiederfinden. Es handelt sich um Menschen, die – mit unterschiedlichen Diagnosen versehen - von verschiedenen Institutionen, zum Teil überschneidend und konkurrierend begleitet werden. Im Kontext der Diagnosen ist die Rede von Soziopathie, Depression, von chronisch psychisch Kranken, von Menschen, deren Grundstörungen zu Beeinträchtigungen des Umgangs mit ihrer sozialen Umwelt führen. Damit übernimmt Soziotherapie bzw. Soziale Therapie eine Brückenfunktion zwischen ärztlichen Behandlungsprogrammen und Angeboten außerhalb der Leistungspflicht der Krankenkassen.

Die Bemühungen um die Etablierung einer Disziplin, die sich um Menschen kümmert, die sozial und psychisch „aus dem gesellschaftlichen Rahmen“ fallen, sind so alt wie der Sozialstaat. Wir finden Aspekte in der Sozialmedizin zu Beginn des 20sten Jahrhunderts (Kasseler Schriften zur Sozialen Therapie¹/1988, S.2), in den Anfängen der Sozialarbeit (Salomon 1926, zit. in Haag, 1976, S. 6), für die Psychiatrie nach dem 2. Weltkrieg (V. von Weizäcker 1947, S. 7), in der erstarkenden Gemeindepsychologie der 80er Jahre (Keupp 1987, S. 108 f).

Bemerkenswert ist zweifellos, dass der Versuch, die anstehenden Aufgaben einer sozialen Therapie zu professionalisieren (vergl. Schwendter 2000), sie in ein spezielles, übergreifendes Berufsbild einmünden zu lassen, als steckengeblieben bzw. gescheitert bezeichnet werden muss. Dem Berufsbild bzw. der Disziplin war in einem Abkommen der damaligen Gesamthochschule Kassel mit dem zuständigen hessischen Wissenschaftsministerium folgende Funktion zugedacht worden: „Soziale Therapie wird angesehen als ein integrierendes Handlungskonzept, das sozialarbeiterische und psychologische bzw. therapeutisch wirksame Interventionen miteinander verbindet“ (Schwendter 2000, S.8). Der Studiengang ist inzwischen aus sozialpolitischen

Erwägungen wieder eingestellt worden. Die Aufgaben in den Arbeitsfeldern werden damals wie heute durch Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, durch Psychologen und Ärzte bewältigt. Die inzwischen ausgebildeten Sozialtherapeuten arbeiten zum Teil in den ursprünglich vorgesehenen Arbeitsfeldern, auf ihre berufs- und sozialrechtliche Anerkennung warten sie bis heute.

1.2. Das Konzept „Leidenserfahrungen“

Unbewältigte und andauernde Leidenserfahrungen, erzeugt durch Traumata, stehen in den (vorhandenen) moderneren Konzepten der Sozialen Therapie im Vordergrund. Der Verfasser entscheidet sich durch persönliche und berufliche Vorgaben dafür, das Konzept der Leidenserfahrung im Kontext dieser Arbeit zu verwenden.

Zunehmend gilt neben Traumatisierungen lang andauernder Stress als Initial und Trigger für schwerwiegende Leidensentwicklungen. Depressionen, Psychosen, Neurosen, Ängste und psychosomatische Kränkbarkeit werden in besonderem Maße als Folgen unbewältigten Stresses angesehen. Heiner Keupp (1986) versteht psychisches Leiden in seinen unterschiedlichen Ausprägungen – im gesellschaftlichen Durchschnitt – als ein zunehmendes Antwortmuster der Subjekte auf gesellschaftliche Ansprüche, Belastungen und Widersprüche. Psychisches Leiden ist damit eine Folge andauernder seelischer und sozialer Überlastung.

Es gibt zweifellos eine Fülle unterschiedlicher Leidenserfahrungen, die alle auch den psychosozialen Bereich des Menschen betreffen können. Hier sollen nun diejenigen Erwähnung finden, die für diese Arbeit relevant sind. Es handelt sich dabei um spiralförmige Kreisläufe von Stress und Überforderung, die immer tiefer in Krisen und psychische Krankheitsbilder führen können.

Der Verlust des Arbeitsplatzes führt bei einem deutlich sichtbaren Teil der Population zu andauernder Erwerbslosigkeit. Der Weg von der Erwerbslosigkeit in die Wohnungslosigkeit ist ebenfalls für eine zunehmende Zahl von Menschen breit ausgetreten; Armut führt zum Verlust des bürgerlichen Alltags; häufig genug sind Alkohol und Drogen ein „Ausweg“. Variationen von Konsequenzen finden sich in Straffälligkeit, Gewalttätigkeit und Aggressionen. Die Auflösung der Familie, der Verlust des Partners oder der Partnerin, Isolation, Verwahrlosung, Depression und Suizidalität stehen am Ende der Wirkungskette.

Es ist nicht beabsichtigt, eine Wertung in psychosozial relevante und nicht relevante Leidensformen vorzunehmen. Das Anliegen dieser Arbeit liegt darin, die Verknüpfung von sozialen Bezügen mit der körperlichen Gesundheit, der Vitalität und dem psychischen Befinden deutlich zu machen. Denn gerade in einem tieferen Verständnis dieser Vernetzungen liegen auch die Möglichkeiten der Beratung und Therapie. So könnte es darum gehen, durch verschiedene Betrachtungsweisen und unterschiedliche Bewusstseinszustände Ressourcen für den Weg aus dem Leiden zu entwickeln.

1.3. Das Konzept Stress

Das Konzept des Stress als Auslöser charakteristischer Leidenserfahrungen ist durch die biologische Vulnerabilitäts-These wieder in den Vordergrund gerückt worden.

Im medizinischen und psychologischen Sinne bedeutet Vulnerabilität Verwundbarkeit, Verletzlichkeit (insbesondere von Organen und Gefäßen, die nahe unter der Haut liegen) und damit eine Analogie zur psychologisch verstandenen „Dünnhäutigkeit“ abgeben.

„Entsprechend meint die Vulnerabilitäts-Hypothese: wer dieses „Verletzlichkeits – Gen“ erbt hat, bei dem/der ist es wahrscheinlicher, dass bei Hinzutreten entsprechender Stressfaktoren (Stressoren) jene Leidenserfahrung wirksamer wird, die als Psychose erscheint, und als psychische Krankheit etikettiert wird.“(Schwendter 2000, S. 33)

Die Gleichzeitigkeit des Vorhandenseins von angelegter Stress-Bewältigung als evolutionärem Faktor und der gesundheitlichen Belastung durch dauerhafte Stressoren, also einem Spannungsbogen zwischen genetischen Dispositionen und Leidenserfahrung, hat das Interesse wieder auf die Entstehungs- und Umgangsweisen von und mit Stress gelenkt.

Nach Hurrelmann (1994) wirken psychische und soziale Variablen offensichtlich stark auf die Gesundheit des menschlichen Organismus ein. Belastende psychosoziale Stimuli, die aus sozialen Beziehungen und Konstellationen mit der Umwelt stammen, sind Risikofaktoren für „psychobiologische Fehlanpassungsprogramme“, die Stressmechanismen auslösen. Dieser Mechanismus erzeugt eine abnehmende Frustrationstoleranz, die dazu führt, dass immer geringere Anforderungen zu größerer Belastung werden, die letztendlich zur Krankheit führen.

Dem „salutogenetischen“ Erklärungsansatz Antonovskys folgend, gehen potentielle Stressoren im psychosozialen, physischen und biochemischen Bereich zusammen mit den soziokulturellen und historischen Kontexten in „allgemeine Widerstandsressourcen“ (der

Umgang mit Stressfaktoren) ein. Sie beeinflussen über die Art der Lebenserfahrungen, der Sinnstiftungen und des „Spannungs-Managements“ den jeweiligen Stresszustand des Individuums.(vgl. Hurrelmann 1994, S. 89f u. S. 135)

In einer soziologischen Betrachtung gilt die permanente Belastung des Selbstwertgefühls durch soziale Rollenüberlastung als Hintergrund für Stress. Die Ambiguitätstoleranz sorgt als eine sozialisierte Fähigkeit für einen Spannungsausgleich zwischen unterschiedlichen Rollenerwartungen.

Dagegen bewerten psychologische Erklärungsansätze entwicklungsgefährdende Umstände im Sinne des Belastungs-Bewältigungs-Paradigmas als entscheidend für diese Leidenserfahrung. Das Belastungs-Überforderungs-Modell nach Pearlin nennt die sozioökonomischen Rahmenbedingungen und institutionellen Rollenkontexte als Entstehungsfaktoren für Stressoren und Überforderungen. Sozialtherapeutisch dürfte von Bedeutung sein, dass Pearlin personale (Coping, social support) und soziale Mediatoren (politisches Handeln, gemeinsame Aktionen) als potentiell stressmindernd ansieht (vgl. Schwendter 2000, S.33). Der Begriff „Coping“ wird später noch ausführlicher behandelt.

„Life-events als kritische Lebensereignisse und Übergangsphasen im Leben, Stress, problematische Bewältigungsmuster, mangelnde soziale Ressourcen, Einsamkeit, erlernte Hilflosigkeit usw. skizzieren derzeitige Ansätze in der Erforschung der Genese von Krankheiten.“(Lisa Schulze-Steinmann 1996, S. 101)

Die Auswirkungen von Stress beruhen dabei nicht so sehr auf der Art, sondern vor allem auf Intensität und Dauer der Belastung. Der pathogene Anteil des Stresses ist die Angst des Individuums, in bedrohlichen Lebensumständen keine Handlungs- und Lösungsmöglichkeiten zu haben und damit in dieser Situation gefangen zu bleiben. Stress ist eine (archaische, anthropologisch konstante) subjektive Reaktionsweise, die jedoch stark von der Situationseinschätzung des Individuums abhängt. In sozialtherapeutischem Sinne bemerkt Schulze-Steinmann ...“Stressbewältigung beruht auf Handlungskompetenz, die sich auf individuelle Verarbeitungs- und Bewältigungsstrategien stützt“ (1996, S.100).

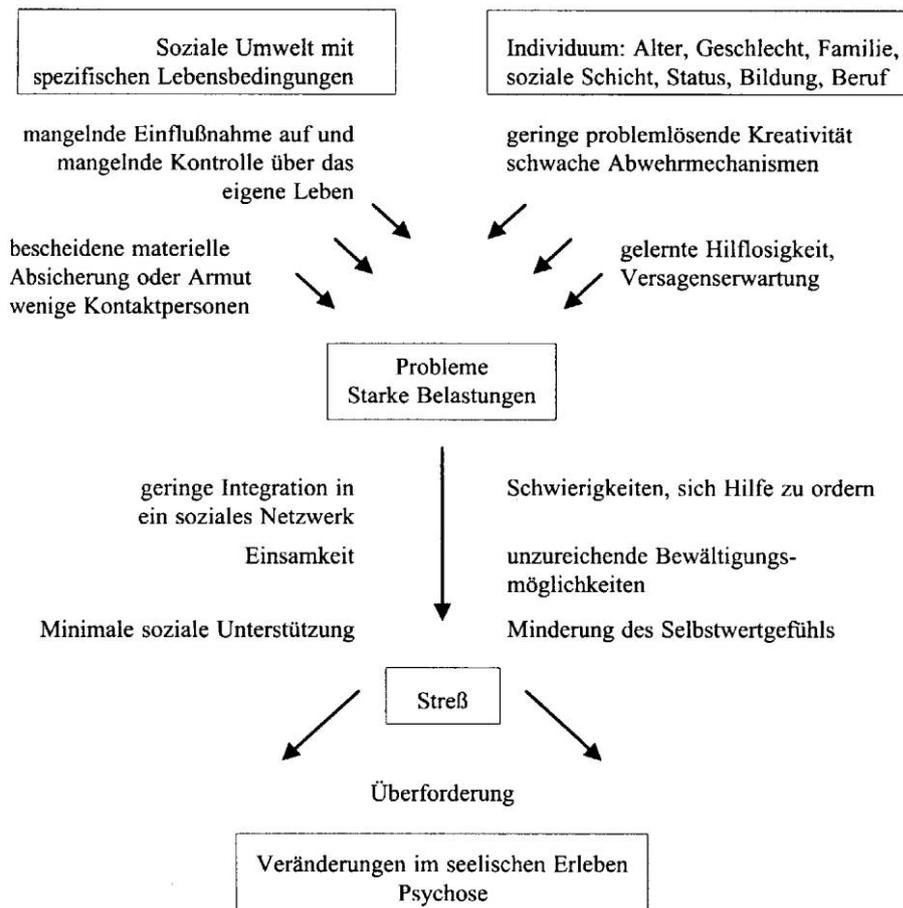


Abb. 1: Streß
Schwendter 2000, S. 35

Rolf Schwendter weist zu Recht auf den bipolaren Charakter von Umweltbereichen hin, diese können sowohl Stressor oder Ressource sein (möglicherweise beides gleichzeitig), als auch Barriere oder Territorium. Als Beispiel hierfür nennt er den Bereich Familie: Stressor (Subsistenzsicherung), Ressource (Coping für Belastungen bei der Arbeit), Territorium (Sinnggebung des Handelns), Barriere (gegen berufliche Ambitionen). (2000, S. 37)

Im sozialtherapeutischen Sinn versteht sich Stress letztendlich als ein beständiges Überwiegen belastender psychosozialer Stimuli über die subjektiv vorhandenen allgemeinen Widerstandsressourcen. Antonovskys Begriff der „allgemeinen Widerstandsressourcen“ und der Regelkreis zwischen Stress und Coping werden im Kapitel 3 „Ressourcenorientierte Gesundheitswissenschaft“ genauer dargestellt.

1.4. Depression und Euphorie

„Depression (Melancholie) bedeutet bei einfachstem Gebrauch dieses Terminus Traurigkeit“ (Jervis 1978, S. 283)

In der sozialtherapeutischen Beratung erscheint sie bei „übermäßiger Intensität und Dauer“ oder wenn sie in keinem gerechtfertigt erscheinenden Kontext zur tatsächlichen Lebenssituation zu stehen scheint.

Der gegenpolare Zustand zur Depression ist die Euphorie – das Gleichgewicht zwischen beiden Zuständen nennt Giovanni Jervis das zerbrechlichste und schwankendste aller psychischen Gleichgewichte. Einen gewissen, der Euphorie innewohnenden Doppelcharakter beschreibt er wie folgt:

...„Ein gewisser Grad an Euphorie ist ein wesentlicher Aspekt des Wunsches zu leben und ist wahrscheinlich unerlässlich, um Pläne zu machen oder auch nur an die Zukunft zu denken. Oder umgekehrt, dass man Pläne machen und in die Zukunft denken kann, ist notwendig für ein angemessenes „euphorisches Gleichgewicht“ der Stimmung“ (Jervis 1978, S. 284).

Gerade diese Erkenntnis ist als Ressource in der sozialtherapeutischen Beratung unter Verwendung unterschiedlicher Bewusstseinszustände (altered states) nutzbar zu machen, zum Beispiel durch eine positive Zukunftsprogression der gegenwärtigen, unerträglichen Lebenssituation. Doch davon später mehr.

Vermeehrt treten depressive Leidenserfahrungen in und nach der Lebensmitte auf: In diesen Phasen ist es zumeist nicht mehr möglich, auf eine Zukunft zu hoffen, in der es noch alle Möglichkeiten gibt.

...„Jeder ist gezwungen, Bilanz zu ziehen über das, was er hat verwirklichen, und das, was er nicht hat verwirklichen können. Im mittleren Alter ist es unumgänglich, sich darüber klar zu werden, dass das zukünftige Lebensschicksal nunmehr von den vorangegangenen Entscheidungen bestimmt ist, und sich aller Wahrscheinlichkeit nach vielleicht bis zum Moment des Todes nicht mehr ändert. Die normale Fähigkeit die eigene Zukunft zu entwerfen, gerät in eine Krise, wobei ein Entwerfen der eigenen Zukunft eben bedeutet, nicht depressiv zu sein“ (Jervis 1978, S.285f).

Der positive Aspekt dieser mittleren Jahre besteht jedoch gerade darin, auf etwas zurückschauen zu können, auf freiwillig oder unfreiwillig gemachte Erfahrungen, die in ihrer Gesamtheit einen beachtlichen Pool an Lösungsmöglichkeiten enthält, und so zur Ressource für die Überwindung der Krise wird. Denn kennzeichnend für dieses psychosozial unkontrollierbar gewordene Leiden sind gerade die Hoffnungslosigkeit und

die festgefahrene Vorstellung von der hilflosen Gefangenschaft in einer ausweglosen Situation.

Aus sozialtherapeutischer Sicht ist die Reaktion von Gesellschaft und Umwelt auf die depressive Person entscheidend. Wie anfangs angesprochen, geht es in der Polarität von Depression und Euphorie um ein sehr sensibles Gleichgewicht. So muss jede „normale“ Person erst einmal in die Abwehr gehen, wenn die eigene Balance durch depressive Menschen in ihrer unmittelbaren Umgebung bedroht wird.

Da Depressionen in der Umwelt in aller Regel eine Mischung aus Mitleid, Betroffenheit, Verdruss, Ärger und Aggressionen hervorrufen, führen sie zum Vorwurf „willenlos“ und „egoistisch“ zu sein – und zum Vorschlag, sich zu amüsieren und Gegenkräfte zu entwickeln. Dieses ungeduldige Verhalten schadet: Die traurige Person entwickelt nicht Gegenkräfte, sondern Schuldgefühle sowie die Selbstwahrnehmung von Ohnmacht, Alleinsein und Hoffnungslosigkeit. In der Familie kann sie zum Bremsklotz oder Sündenbock werden (vgl. Schwendter 2000, S. 63f).

Jervis weist darauf hin, dass der massive Leidenszustand der Depressiven, unabhängig von Ursache und Berechtigung der Depression, einen Versuch zu helfen immer rechtfertigt und sinnvoll macht.

...„Für den Leidenden selbst ist es innerhalb seiner Realitätswahrnehmung absolut folgerichtig aufgrund der Lebensumstände ausschließlich die negativen Aspekte zu betrachten. Die depressive Person ist nicht lediglich traurig: hinzu treten Misstrauen, Mangel an Selbstachtung, Schuldgefühl, Unfähigkeit Aggressivität auszudrücken, Verschlussenheit, Bedürfnisse nach Selbstbestrafung, wenig Möglichkeiten, sich die Zukunft vorzustellen, Pessimismus, Kreativitätsarmut, Abwesenheit der Selbstentwürfe in der Dimension der Zeit, Planlosigkeit. Das Leben ist ewige Gegenwart, ohne Perspektiven, Möglichkeiten und Freude, die Welt farblos, einförmig und versteinert; in den Gefühlen, Dingen, Körpern ist der Tod, die Zeit vergeht nie, die Stunden des Tages erscheinen leer, unnützlich und sinnlos“ (Jervis 1978, S. 287). Die Suizidgefahr ist immer gegeben:

...„Das Leiden in der Depression ist so intensiv, das Gefühl der Nutzlosigkeit des Lebens so beständig und das Gefühl von Verlust des eigenen Werts so gegenwärtig, dass nur selten ein Depressiver nicht an Selbstmord denkt, selbst wenn er nicht immer darüber spricht“ (Jervis 1978, S. 287).

Jervis zufolge ist die Depression oft von der Angst begleitet. Die Angst, die sich auf die Zukunft richtet und in Erwartung auf weitere drohende, unerträgliche Schicksalsschläge verharnt und die Depression, die sich ausschließlich auf die Gegenwart und die Vergangenheit bezieht. Die Differenz besteht in der Zeitdimension. Im Vergleich der Depression mit der Trauer ist Trauer die Reaktion auf den Verlust eines bedeutungsvollen Objekts, welches Bestandteil der eigenen Existenz war, eine Art von sozialer bzw. emotionaler Amputation.

Depression umfasst den Schmerz und die Unmöglichkeit - wegen des Verlustes eines Teiles von sich selbst – diese Veränderung zur Kenntnis zu nehmen und in die eigene biografische Geschichte zu integrieren. Trauerarbeit ist demgemäß der Aufbau eines neuen Bildes von sich selbst, an dem der verlorene Gegenstand nicht mehr teilhat.

Die Unterschiede zwischen Trauer und Depression liegen in der Erfahrung, im Erlebten des Individuums. Die Depression wird von einer Sperre im Mechanismus der Trauerarbeit bestimmt und stellt in der Praxis die Unfähigkeit dar, sie zu überwinden. (Schwendter 2000, S.64f)

Sozialtherapeutisch besteht die Funktion der Trauerarbeit darin, den Aspekt der Wechselwirkungen zwischen Individuum einerseits und anderen Personen und gesellschaftlichen Prozessen andererseits herauszustellen. Die nach innen gerichteten Gefühle von Aggression, Selbstanklage, Reue, Selbstbestrafung und verbitterter moralischer Spannung gilt es aus ihrer Fixierung zu lösen und in Form von „kreativer Aggression“ (die eigene Situation neu gestalten), reaktiv und transformativ, in die Umwelt zu richten.

Auch hier bietet die Arbeit mit veränderten Bewusstseinszuständen in Form von Phantasiereisen, hypnotherapeutischen Interventionen bis hin zu Techniken der Energetischen Psychologie eine gute Möglichkeit das „innere Gefängnis“ zu überwinden. (genauer ausgeführt in Kapitel 6)

1.5. Schwierige Charaktere – Die Personifizierung unangepasster Entwicklungen

Schwierige Charaktere, aus medizinisch-psychiatrischer Sicht häufig als Psychopathen oder als Soziopathen bezeichnet, bilden in ihrer Gesamtheit und bei weniger ausgrenzender Etikettierung, einen Pool auffallend unterschiedlicher, unangepasster Individuen. Schwendter 2000 bezieht sich in seiner Abhandlung zum Thema schwierige Charaktere in weiten Teilen auf den Ostberliner Reiner Werner, Professor für Soziale

Therapie an der Humboldt-Universität, der mit seiner dreihundert Seiten umfassenden Monografie über „Schwierige Charaktere“ eine einfühlsame und detaillierte Phänomenologie der in sich differenzierten Syndrome, sowie alltagsnah orientierte Lösungsvorschläge entwickelt hat. An Betrachtungen zur sozialen Ätiologie - warum werden Menschen zu „schwierigen Charakteren“ - aber ein deutliches Defizit aufweist. Dies mag daran liegen, dass R. Werner sich in der Bewertung von Ursachen den in der DDR gültigen Standards einer marxistischen Wissenschaftstheorie unterordnete.

So beginnt er sein Buch mit dem Satz: „Vor allem muss man wissen, dass jene Optimisten und Weltverbesserer und von allgemeiner Harmonie träumenden Idealisten mit Sicherheit irren, die sich Glück auf Erden davon versprechen, frei von Kollisionen mit komischen Käuzen, skurrilen Charakteren und aufsässigen Geistern verschiedenster Prägungen und Schattierungen zu sein.“ (Werner, 1988 S.5)

Diesen traut er ohne Zweifel zu, kreative Prozesse und Aktivitäten zu initiieren und das „charakterologische Dynamit“ zur überfälligen Lösung von Sachlagen einzubringen. Wird dagegen „der Überschuss ihrer Aktivität nicht mehr ausreichend kompensierbar, beginnen sie, das Miteinander störend zu beherrschen.“ (ebenda S. 7)

In Urvölkern, wie zum Beispiel den nordamerikanischen Indianern, galten in gewissen Stämmen psychisch Gestörte (wir würden sie schizophren oder verrückt nennen) als heilig, da man glaubte, dass sie die Fähigkeit haben, mit den Göttern zu kommunizieren. Sie genossen ein großes Ansehen und hatten einen gesicherten Platz in ihrer Gesellschaft. Ihr Handeln wurde nicht als „Störung“ eingestuft. Diese „sozialtherapeutische Lösung“ bestätigen Dörner und Plog (1992) auch für unsere heutigen Tage: „Zur Therapie gehört hier auch: die zu dem Menschen passende Umwelt zu finden. So hat sich in Untersuchungen gezeigt, dass als eindeutig psychopathisch diagnostizierte Menschen nach fünf Jahren nichts psychopathisches mehr an sich hatten, als sie in ihrer geänderten Umwelt aufgesucht wurden.“ (Dörner und Plog, 1992, S. 301)

Des weiteren machen sie die Abhängigkeit von der Wertung deutlich, durch ihre konstruierte Figur des „unerkannten positiven Psychopathen“: Leute, die extrem viel arbeiten (Workaholics), extrem gehalten sind, extrem flexibel. Mit anderen Worten, gesellschaftlich anerkannte und erwünschte Verhaltensweisen ins (pathologische) Extrem gesteigert, werden geduldet, oder sogar honoriert.

In diesem Zusammenhang setzen sie die Begriffe „Psychopathie“ und „Charakterneurose“ (Wilhelm Reich 1981) gleich: jemand der immer ordentlich, unauffällig, unangreifbar ist,

etc., dessen Handeln ist insgeheim ein Versteck und seine Panzerung hilft ihm, Beziehungen zu gestalten. Ähnliches gilt für permanentes aggressives Verhalten (1992). Die soziale Moral entscheidet letztendlich welches Verhalten toleriert und welches sanktioniert wird.

So stellen Dörner und Plog einfach fest: „Wir machten bei unserer Arbeit zwischen neurotischen und psychopathischen Menschen keine Unterschiede. Denn in jedem Falle liegt eine Störung im Umgang mit Beziehungen zu sich selbst und zu anderen vor....Diese Menschen haben es schwer, sich den durchschnittlichen Erwartungen zu stellen, egal woher sie kommen: Ob am Arbeitsplatz oder in der Familie, ob den eigenen Erwartungen gegenüber oder auch ihren eigentlichen Möglichkeiten gegenüber. Gemeint ist, dass jemand nicht einheitlich psychopathisch ist.wichtig ist, dass häufig dass, was psychopathisch erscheint, die Art ist, wie jemand sich mit der Welt auseinandersetzen kann. ...psychopathische Anteile gehören unweigerlich zu uns und es ist therapeutisch zu fragen, was an dem Menschen und was in der Umgebung bisher verhindert hat, sich so wie er ist, in seiner einmaligen Individualität zu akzeptieren.“ (Dörner und Plog, 1992, S. 301 f.)

Eines der typischsten Bilder für die „schwierigen Charaktere“ finden wir wohl in der Borderline-Störung. Gekennzeichnet durch häufig, scheinbar unbegründete Stimmungswechsel und Gefühls-„Achterbahnfahrten“, kombiniert mit einer fast schon suggestiv zu nennenden Fähigkeit die eigenen Zustände nach außen auf die Umwelt zu projizieren, sind Borderliner in der Regel eine große Belastung für sich und ihre Mitmenschen. In ihrem Buch „Stop walking on Eggshells“, einem hervorragenden Ratgeber für Angehörige, beschreiben Paul T. Mason und Randi Kreger (1998) sehr detailliert diesen Idealtypus eines schwierigen Charakters, ohne diesen Menschen zugleich simplifizierend oder stigmatisierend die Rolle des Sündenbocks zuzuweisen. Therapeutisch wird eine Reihe von Behandlungsmethoden dargestellt, von der pharmakologischen bis zur kognitiven Verhaltens-Therapie, so etwa der dialektisch-behaviorale Ansatz von M. Linehan (1996).

Zudem sprechen die Autoren die zum Teil noch im Dunkeln liegenden Wurzeln der Borderline-Persönlichkeitsstörung an: von temperamentsbedingten Besonderheiten der Regulierung von Emotionen oder der Impulskontrolle, bis hin zu frühen Umweltbedingungen.

Es folgen nun einige Betrachtungen zur Intensität und zu Verhaltensextremen. Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben dieselben Gefühle wie andere und tun auch, was andere tun – oder gerne tun würden. Unterschiede liegen in der deutlich größeren Intensität der Gefühle, im mitunter auffälligen Agieren und in der Schwierigkeit ihre Emotionen und ihr Verhalten zu regulieren, was zu wesentlich anderen Verhaltensweisen führt, als beim „normal“ angepassten Verhalten.

Der Begriff „Borderline“ (engl. border = Grenze) wurde in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts von Psychiatern geprägt, die annahmen, dass Menschen mit jenen Verhaltensweisen, die wir heute mit der Borderline-Störung in Verbindung bringen, an einer Erkrankung auf der Grenze zwischen Neurose und Psychose leiden. In den siebziger Jahren wurde diese Vorstellung verworfen, der Begriff blieb erhalten.

So zitieren (Mason/Kreger) aus „I hate you – don't leave me“ von Jerold J. Kreisman (1989): „Normal persons are ambivalent and can experience two contradictory states at one time, borderlines characteristically shift back and forth, entirely unaware of one feeling state while in another....A child emotionally, the borderline cannot human inconsistencies and ambiguities; he cannot reconcile another's good and bad qualities into a constant coherent understanding of another person. At any particular moment, one is either "good" or "evil"; there is no in-between, no grey area. Nuances and shadings are grasped with great difficulty, if at all. ...Intended to shield the borderline from a barrage of contradictory feelings and images – and from the anxiety of trying to reconcile those images – the splitting mechanism often achieves the opposite effect: The frays in the personality fabric become fullfledged rips; the sense of his own identity and the identities of others shift even more dramatically and frequently”.

Mason und Kreger beziehen sich hier auf die Fähigkeit des normalen Menschen mit Ambivalenzen und Unsicherheiten umzugehen. Im Gegensatz dazu ist es dem Borderliner nicht möglich „gut“ und „böse“ in einer Person gleichzeitig zu sehen. Es gibt nur ein Schwarz oder Weiß, keine Grauzone.

Hans Strotzka (1965), der zwischen „Geisteskrankheiten im engeren Sinne und Verhaltensstörungen im weitesten Sinne“ unterscheidet, zählt die „schwierigen Charaktere“ den Verhaltensstörungen zu.

Auf Kurt Schneider (1950, Die psychopathischen Persönlichkeiten) kritisch eingehend, führt Strotzka weiter aus:“ Es wurde sicher mit Recht darauf hingewiesen, dass die

schlechte Behandelbarkeit dieser Gruppe und ihre unerfreuliche Rolle in der Gesellschaft dazu geführt haben, das Wort Psychopath als Schimpfwort zu verwenden und mit einer negativen Etikettierung zu versehen, die Aggressionen der Gesellschaft gegen sie rechtfertigt.“ (Strotzka 1965, S.40) Die an sich schon schwierige Integration dieser Personengruppe wird dadurch unnötig erschwert. Strotzka, der als Psychoanalytiker diese Leidenserfahrung für die Betroffenen wie auch für ihre Umwelt, „durch Über-Ich-Defekte und –Schwächen und mangelnde Übertragungs- und Kontaktfähigkeit“ charakterisiert, zählt zu den schwierigen Charakteren auch die „Kriminellen, Süchtigen, Verwahrlosten, Hochstapler, Spieler, pathologischen Lügner,...Explosive, Fanatiker...“ (S. 41 f)

Mit relativem Wohlwollen gegenüber dieser Personenkategorie betont er die Rolle sozialer Faktoren bei dieser sehr frühen Störung der Über-Ich-Entwicklung, empfiehlt Gruppentherapie, enthält sich aber weiterer sozialtherapeutischer Lösungsvorschläge.

Giovanni Jervis legt seinen Fokus mehr auf die Umstände selbst, die im selbsterfüllenden Sinne die Person immer stärker zu unangepassten „asozialen“, aggressiven Verhaltensformen drängen. Das psychiatrische Etikett „Soziopathie“, trägt dazu bei, ein Verhalten auszulösen, das die Diagnose bestätigt. Jeder impulsive Alkoholiker, abgebrühte Räuber, Vagabund, jeder kleine gescheiterte Betrüger, Morphiumsüchtige und bombenschmeißende Pseudorevolutionär, kann als abnorme Persönlichkeit soziopathischer Art betrachtet und dazu gedrängt werden, diese Rolle zu verkörpern, wenn er nicht gut in die gesellschaftliche Ordnung eingegliedert ist, wenn er bei seinen Aktivitäten keinen Erfolg hat, wenn er sich als anhaltend rückfällig erweist, und wenn sein Fall schließlich aus irgendeinem Grund von jemanden aufgerollt und abgestempelt werden muss. Oft lautet die Schlussfolgerung, dass hier wenig zu machen ist, da man es mit einer abnormen Persönlichkeit zu tun habe.

Die Schuld bekommen Individuen, die „mit abweichendem Verhalten geboren sind“. Wenn Proteste und Rebellion entstehen, dann sind sie das Produkt eines unzurechnungsfähigen und „asozialen“ Geistes. (Jervis 1978, S. 349)

Die Suche nach Kompromissen zwischen Trieben und gesellschaftlicher Unterdrückung, zwischen zugestandener Befriedigung der eigenen Lust und den Grenzen infolge Einsicht in die gegebenen gesellschaftlichen Einschränkungen, ist das Los jedes Menschen. Jervis geht hier im Bereich der Psycho-/Soziopathien auf die Perversionen ein. „Der

Perverse...ist eine Person, die – zumindest in einem Bereich ihre Aktivitäten - keine moralischen Bremsen spürt.“ (Jervis 1978, S. 329)

Während die Neurose aus einem Übermaß an Selbstunterdrückung resultiert kann die Perversion, so Jervis, als Gegenteil dargestellt werden:

Es geht um einen Mangel an Selbstunterdrückung und entsprechenden Ursachen von „antisozialen“ Verhaltensweisen. Letztere sind ineffizient und unproduktiv; sie führen zu fehlgeschlagenen Zusammenstößen mit Regressionen, die von der gesellschaftlichen Realität verursacht sind. Die Gesellschaft neigt dazu, jene zu bestrafen, die, ohne in Besitz von Geld oder anderen besonderen Privilegien zu sein, unmittelbare Befriedigung der eigenen Wünsche suchen oder den eigenen Impulsen Luft machen wollen, ohne sich abzusichern und ohne die Folgen davon abzuwägen. (Jervis 1978, S. 329f)

Ist jedoch die Person, die abweicht, hinlänglich privilegiert, wird sie dieses Etikett zumeist nicht erhalten – im Gegensatz zum Individuum, das rasch als Soziopath betrachtet wird, wenn es einer unterprivilegierten Gruppe angehört, wenn es ihm nicht gelingt, eine Arbeit zu finden, wenn es eine Reihe von Misserfolgen, Schwierigkeiten und Zusammenstößen mit den herrschenden Autoritäten erlebt und wenn es am Rande der Gesellschaft lebt. (Jervis 1978, S. 349f)

Übereinstimmend kann resümiert werden, dass sowohl Giovanni Jervis, als auch Reiner Werner zu der Auffassung gelangen, dass „schwierige Charaktere“ weder zur Anpassung noch zur Rebellion fähig sind. Das Zusammenfallen erheblicher Über-Ich-Mängel, die durch schwere frühkindliche Traumatisierungen hervorgerufen worden sind, sowie von sozialen Wechselwirkungen, von Erfolglosigkeit und Etikettierung verstärkt, charakterisiert diesen Personentypus. Die begleitenden Ängste, Aggressionen und Süchte (Abhängigkeiten), sind offensichtlich.

2. Beratung

2.1. Beratung - Das gemeinsame Werkzeug von Soziotherapie, Sozialarbeit und Psychotherapie

In unterschiedlichen beruflichen Handlungsfeldern hält sich die Vorstellung, Beratung sei im Wesentlichen die Aufbereitung und verständliche Weitergabe von Informationen sowie die Stillung des Bedürfnisses Ratsuchender nach Orientierung; dies geschieht mit Hilfe eines besonderen Gesprächsverhaltens, das plausibel lehr- und lernbar ist.

Eine weitere verbreitete Auffassung ist die von Beratung als "kleiner Therapie", die sich an klinisch-psychologischen Referenzkonzepten orientiert, um bei weniger schweren Problemen weniger tiefgreifend, kürzer und zumeist auch auf der Basis einer weniger intensiven professionellen Ausbildung zu helfen versucht (Engel/Nestmann/Sickendiek 2004, S. 33). Wahrscheinlich muss in der gegenwärtigen Phase festgestellt werden, dass Beratung kein Begriff ist, der inhaltlich, methodisch und in seiner Relevanz eindeutig zugeordnet werden kann. In Deutschland, Österreich und der Schweiz haben Beratungskonzepte eine Belebung erfahren, nachdem die sozial- und berufsrechtlichen Bedingungen für Psychotherapie deutlicher herausgearbeitet und festgelegt worden waren. In den angelsächsischen Ländern dagegen hat Beratung - in vielfältigen Councellingkonzepten - eine lange stabile Tradition.

In der recht kurzen Tradition universitärer Sozialpädagogik in Deutschland halten Autoren (wie Nestmann u.a.) aufgrund der Breite möglicher Bedeutungsinhalte "Beratung" für einen problematischen Begriff, der in der Vergangenheit viele Missverständnisse erzeugt hat und auch gegenwärtig weit von einer Eindeutigkeit entfernt ist. Sie gestehen jedoch dieser fehlenden Klarheit innerhalb eines integrativen wie expandierenden Rahmens zwischen Eindeutigkeit und Diversität eine Entwicklungschance zu.

Zu unterscheiden bleibt in jedem Falle, ob es um Beratung im alltäglichen, nicht-professionellen Sinne geht, oder um eine professionalisierte Form.“ Zum einen gibt es keinen Lebensbereich, der nicht der Beratung bedürfte, zum anderen kaum ein Paradigma, kaum eine Psychotherapieform, die nicht auch einen Seitenzweig ihrer Nutzung der Entwicklung einer entsprechenden Beratung gewidmet hätte“(Schwendter 2000, S. 229). Schwendter bezieht sich auf die professionell abgetrennte Formbestimmung von Beratung jüngerer Datums, die

uns auch im Weiteren besonders interessieren wird. Eine Relativierung ist dort zu treffen, wo Beratung eindeutig kommerzielle Absichten verfolgt, z.B. als Kosmetikberatung, als Finanzberatung, als astrologische Beratung u.s.w. Unklare Überschneidungen sind hier nicht auszuschließen.

2.2. Beratung im Lauf der Zeiten

Obwohl der Focus dieser Ausführungen auf Beratung in der Moderne gerichtet ist, sollen im Folgenden kurz einige Beispiele der historischen Entwicklung von Beratung und Beratungsformen aufgezeigt werden. Beratung in unterschiedlichen Kulturvarianten hat es immer gegeben. Solange Menschen miteinander kommunizieren, arbeiten, kämpfen und paktieren, suchen und erteilen sie Rat (Mrochen 2006, S.19-22). Damit kann Beratung als ein Aspekt menschlicher Zivilisation betrachtet werden, die dann (als "sich beraten" und "sich beraten lassen") angesagt war, wenn Entscheidungen zu treffen waren, die Clanführer, Häuptlinge, Feldherren, Herrscher, Politiker usw. wegen der Komplexität ihrer Voraussetzungen und Folgen überforderten. Das hört sich rationaler an, als es tatsächlich war, denn ein Großteil solcher Beratungsvorgänge war eingebunden in weltanschaulich festgelegte und religiöse Zusammenhänge. Damit ist der Versuch die Entstehung von Beratung zu datieren, müßig. Als Instrument von Steuerung, Entscheidungsfindung, Überlieferung und Herrschaft ist sie, wie angedeutet, ein Teil der menschlichen Zivilisation. Literarische Zeugnisse aus der überlieferten Philosophie, aus dem altertümlichen Wissenschaftskanon (wie der Rhetorik) verweisen auf ganz unterschiedliche Ansätze, die man als "Beratungstechniken" bezeichnen kann. So wird auf die Mäeutik, die Hebammenkunst des Sokrates hingewiesen, der die Rat-Suchenden durch Herausfragen zum Finden von Lösungen für Ihre Fragen gebracht hat; auf rabbinische Gesprächsstrategien zur Vermittlung angemessenen Verhaltens. Die Bibel überliefert nicht nur dass Moses Berater des ägyptischen Pharaos war, sie liefert eine Fülle von Beispielen aus dem alten (Prophetie) und dem neuen Testament (Gleichnisse), die wir heute im weitesten Sinne als Beratungsvorgänge bezeichnen würden. Die Lehre des Konfuzius ist ohne das Element einer Orientierung gebenden Beratung schwer denkbar (Schwendter 2000, S.229). Minister waren Berater des Herrschers und Minister hatten Berater; eine moderne Variante sind die Spindoctors, Politikberater und Imageberater in den aktuellen politischen Szenen. Für das Abendland sei hier auch die Beratung durch Männer und Frauen genannt, die sich an der Hermetik, an altem, überliefertem Wissen orientierten und die später zu tausenden als Hexen und Zauberer, Heiden und Teufelsanbeter dem

inquisitorischen Kontrollwahn der Kirche zum Opfer fielen. Ihre Beratung erfolgte oft im Gesundheitsbereich, aber auch bei Problemen im Zwischenmenschlichen.

Berater hatten - eine Verallgemeinerung ist zulässig - eine besondere Stellung, oft garniert mit einem großen Vorschuss an Ansehen und Vertrauen. Alltagsberater hatten und haben, ebenso wie solche, zu deren Aufgaben eine spezifische Beratung gehörte, erhebliche Manipulationsmöglichkeiten. Überliefert sind handfeste Beispiele von Intrigen, Verrat und Mord, an denen auch "engste" Berater beteiligt waren. Waren Berater früher Menschen, denen ein gewisses Maß an "Weisheit", an Frömmigkeit, Treue und Tüchtigkeit zugebilligt oder abverlangt wurde, ging es später (zunehmend) um beraterische Qualifikationen. Dazu gehörten neben einer guten Menschenkenntnis, Einfühlungsvermögen, Mitmenschlichkeit und der Bereitschaft zu einer andauernden Selbstreflexion auch die Gabe, sich und seine Ratschläge in Frage zu stellen. Solche Eigenschaften werden heute in Qualitäten beschrieben und ergänzt, die von professionellen Beratern verlangt werden: Kommunikative Kompetenz, Methoden- und Feldkompetenz, Fortbildungsbereitschaft sowie die Bereitschaft zur Supervision und Selbsterfahrung. Authentizität und Glaubwürdigkeit sind dann bereits Qualitäten, die dem Berater vom Ratsuchenden durch konkrete Erfahrungen zugeschrieben werden.

Nur wo Schwierigkeiten, Probleme und Konflikte als Bestandteil der Realität akzeptiert und zum Ausdruck gebracht werden, können der Glaube und das Wissen über die eigenen Lösungsmöglichkeiten und Ressourcen erwachen und zu einem selbstbewussten Umgang mit der Welt führen.

Eine Einengung der historischen Perspektive findet sich bei Ruth Großmaß. Sie setzt Beratung und Psychotherapie in ein besonderes Verhältnis und betrachtet deren Genese als eine relativ junge kulturelle Innovation. Sie datiert die parallel verlaufenden, nur lose verbundenen Entstehungsprozesse auf die Endphase des neunzehnten Jahrhunderts. Die Parallelität ihres Etablierungsprozesses bestimmt das Verhältnis dieser beiden Disziplinen sowohl in der Theorie, als auch in der psychosozialen Praxis. Den ersten Höhepunkt dieser psychosozialen Hilfsangebote erleben wir in den zwanziger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts. Großmaß nennt hierfür als zwei Hauptgründe: "...das durch den ersten Weltkrieg hinterlassene soziale und psychische Elend und die notwendig gewordene (Wieder-) Herstellung der gesellschaftlichen Infrastruktur"(Engel, Nestmann, Siekendieck 2004, S. 91)

sowie den mit der Weimarer Republik neu errungenen Bürgerstatus, der mit einer Freisetzung von Reformbereitschaft und Engagement für viele, die im sozialen Bereich oder im Gesundheitswesen arbeiteten, zu einem Modernisierungsschub im kulturellen und sozialen Sektor führte.

Bei dieser auf die Weltkriege bezogenen Reduktion wird außer Acht gelassen, dass eine komplexer und komplizierter werdende Welt, ausgelöst durch den "technischen Fortschritt", die Aufklärung und die Erosion der ständischen Gesellschaftsstrukturen, zunehmende Verteilungskonflikte und konkurrierende Auseinandersetzung um Ressourcen, eine explosionsartige Vervielfältigung des Wissens mit allen Bildungs- und Informiertheitsansprüchen die Bedürfnisse nach Selektion und Ordnung der Information, nach Vereinfachung und Orientierung ausgelöst haben. Die Folge hiervon ist, dass Konflikte nichts grundsätzlich Fehlerhaftes und Zufälliges darstellen. Sie sind zu einem wichtigen Element unseres Zusammenlebens geworden. Damit wird Erfolg in unserer Gesellschaft nicht automatisch garantiert und ein Scheitern nicht nur statistisch wahrscheinlicher. Beratung in Anspruch nehmen und "sich leisten zu können", wird damit einerseits zu einer Kompetenz und einem Privileg; andererseits wird die Inanspruchnahme von aufgezwungener psychosozialer Beratung als Ausdruck des Scheiterns angesehen.

2.3. Psychosoziale Beratung und Psychotherapie

Die Psychotherapie beschäftigte sich in der Umsetzung der Konzepte von Freud, Jung und Adler mit den Neurosen der modernen Individualität. Probleme der Psychogenese in der Familie, sexuelle Irritationen und - als Auswirkung des ersten Weltkrieges Kriegsneurosen - sind Gegenstand psychotherapeutischen Denkens und Handelns. In der Entwicklung noch ziemlich abgegrenzt zu diesen Themenschwerpunkten geht es den Beratungsinitiativen dieser Jahre dagegen um Aufklärung: um Aufklärung über "moderne" Verhütungsmethoden, neue berufliche Möglichkeiten, angemessene Erziehungsperspektiven und zeitgemäße Partnerschaftsmodelle (McLeod, J. 2004)

Erste Institutionalisierungen finden statt: psychosoziale Beratung erfolgt vor allem in Form von Erziehungs- und Sexualberatungsstellen. Die Psychotherapie schafft eigene Abteilungen

in Kliniken, Institutsambulanzen und Praxen und die Träger dieser Veränderungen sind Vertreter der Heilberufe, die mit den damals neuen psychologischen Methoden in Berührung gekommen waren und Innovationen in der Medizin bewirken wollten. Aus deutscher Perspektive kommt es durch die Nationalsozialisten (ideologisch ebenso wie durch Kriegsvorbereitungen und Krieg) zu einem radikalen Bruch dieser fortschrittlichen Entwicklung.

In den USA wurde die Entfaltung psychosozialer Angebote ebenfalls durch die Kriegswirtschaft eingeengt. Beratung war, bedingt durch die ökonomische Situation zwischen 1940 und 1950 fast ausschließlich Berufs- und Bildungsberatung. Jedoch gab es sowohl im Beratungsbereich als auch in der Psychotherapie Kontinuität, die sich auch im Professionalisierungszuwachs beider Disziplinen abbildete. Das Gesundheits- und Sozialsystem im Nachkriegsdeutschland wurde - zunächst orientiert am Vorkriegsmodell - wieder aufgebaut: eine psychiatrieprägte Psychotherapie nach einem medizinisch-somatischen Menschenbild. Es war allerdings ähnlich begrenzt und autoritär wie das Fürsorgesystem, das Beratung zu einer normativ-straftenden Kontrolle der Klienten und ihrer Familien einsetzte. Erst die schrittweise Entwicklung des Sozialstaates in der Bundesrepublik sowie die zunehmende Psychologisierung des Alltagslebens bewirken einen weiteren notwendigen Modernisierungsschub in diesem Sozial- und Gesundheitssystem. Fürsorge wird durch BSHG und JWG zu einem Rechtsanspruch. Die neuen Themen und Methoden der amerikanischen Psychologie sind es dann, die Beratung in die Nähe von Psychotherapie bringt.

Dass Beratung in doppelter Hinsicht von dieser psychologischen Wende in der pädagogischen und sozialpädagogischen Arbeit profitiert, versteht Großmaß folgendermaßen: In den 60er und 70er Jahren kommt es zu einem Ausbau des Beratungsangebotes, die heutige Beratungslandschaft entwickelt sich im Wesentlichen in dieser Zeit. Seit den 60er Jahren werden auch in der psychosozialen Beratung psychologische Methoden verwendet (vgl. Schröder in Nestmann 2004, S. 49ff). Die Zusammensetzung der Teams änderte sich, Psychologen und Pädagogen einer neuen Ausbildungsgeneration wurden eingestellt, geschult in Lerntheorie, Gestaltpsychologie, z.T. von der wiedererstarkenden Psychoanalyse inspiriert, insgesamt aufgeschlossen gegenüber personennahen Zusatzausbildungen und offen für die Neuerungen der Encounterbewegungen (2004, S. 92f).

Das psychosoziale Beratungsangebot wird nun mehr nach den tatsächlichen Bedürfnissen der hilfsbedürftigen Individuen ausgerichtet, die zunehmenden Abgrenzungsschwierigkeiten von der Beratung zur Psychotherapie liegen jedoch auf der Hand. Die stark an der somatischen Medizin orientierte Psychotherapie der 50er und 60er Jahre tat sich schwer damit, auf veränderte Problemlagen einzugehen, und die Anregungen der neueren Ansätze der "humanistischen Psychologie" - Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Bioenergetik und Psychodrama - produktiv aufzugreifen. Dagegen wurde in den Beratungsinitiativen der 70er Jahre mit den Möglichkeiten der humanistischen Verfahren ausgiebig und erfolgreich experimentiert. Da die Abgrenzung zwischen Beratung und Psychotherapie immer schwieriger wurde, gab es auch mehr fachliche Diskussionen, die sich mit der Differenzierung der Methoden und den klinischen Aspekten beschäftigten, zunächst allerdings hauptsächlich in Beraterkreisen. Die kritischen Vertreter der neu entstehenden klinischen Psychologie beschäftigten sich in ihren Diskussionen hingegen mehr mit den Strukturen der psychosozialen Versorgung im Ganzen. "Zwischen psychotherapeutischen Interventionen einerseits und psychosozialer Beratung andererseits wurde in diesen Diskussionen, die auf kritischer Theorie, sozialpsychiatrischen Konzepten und Überlegungen zur Gemeindepsychologie fußten, nicht hinsichtlich der helfenden Kommunikation selbst unterschieden." (Großmaß 2004, S. 93)

Andere Zusammenhänge rückten durch den gesellschaftskritischen Blick in den Mittelpunkt: "Die Reformbedürftigkeit der psychiatrischen Institutionen war 1975 mit der Psychiatrie-Enquete (vgl. Deutscher Bundestag 1975) öffentlich geworden und die sozialpsychiatrischen Reformen begannen mit der Umgestaltung der „totalen Institution“ (vgl. Dörner und Plog 1989, S. 93)“ In dieser Phase bekam der sozialtherapeutische Blickpunkt mehr Gewicht durch die Erkenntnis, dass die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Erkrankung in starkem Maße von sozialen Faktoren wie Bildung, Einkommen und Geschlecht abhängig ist. Gleichzeitig gerieten auch solche psychologischen Therapieverfahren in die Kritik, welche die gesellschaftlichen Strukturen ignorierten und eine weltfremde, auf das Individuum gerichtete Symptomkuriererei betrieben. Einer ähnlichen Kritik musste sich gleichfalls die klassische Einzelfallhilfe der 60 Jahre gefallen lassen (Junker 1973) Der Psychotherapie wurde der Vorwurf gemacht, sie trage mit ihren Störungsmodellen zur Entsubjektivierung des psychischen Leidens und zur Stabilisierung gesellschaftlicher Hierarchien bei (Nestmann et al 2004, S. 93).

2.4. Soziale Therapie, ein Beratungskonzept am Schnittpunkt zwischen Hilfe und Kontrolle

Das angedeutete Dilemma war mit verantwortlich für die Entstehung der Sozialen Therapie (oder der Sozialtherapie) und des Berufsbildes Sozialtherapeut als eine Facette emanzipatorischer Arbeit mit Menschen, denen durch eine temporäre Beratung sowie durch eine zeitlich begrenzte Behandlung nicht mehr ohne weiteres zu helfen war. Soziale Therapie wurde gedacht und erfunden als integrierendes Handlungskonzept, das sozialpädagogische und psychologische, bzw. therapeutisch wirksame Interventionen miteinander verknüpft. Es ging um einen interdisziplinären Ansatz, der eine erhöhte Reflexions- und Handlungskompetenz herausbildet, ausgelöst durch eine besondere Form der Wahrnehmungsdiagnose, Behandlung und Erforschung der psychosozialen Leidenserfahrungen von einzelnen, Familien und Gruppen, ein Ansatz, der eine neue Konzeption von Vernetzung (im Sinne des Tensegrity-Modells) bietet.

Die wesensmäßige Unterscheidung zu den Methoden und Interventionsstrategien sozialpädagogischer Arbeit und auch den verschiedenen Formen von Psychotherapie sollte in der Sozialen Therapie darin bestehen, das therapeutische Handeln in doppelter Perspektive sowohl an den individuell-psychischen wie an den individuell-sozialen Konflikten anzusetzen. Die Gründe, die zu den Konzepten der Sozialen Therapie geführt haben, sind dieselben geblieben wie in den 70er Jahren. Es handelt sich um Menschen, die in die Lücken zwischen den bekannten sozialen Beratungs-, psychologischen Therapie- und medizinischen Behandlungskonzepten fielen und fallen. Inzwischen wurde jedoch das Heil- Privileg der Mediziner auf die psychologischen Psychotherapeuten ausgedehnt. Der zunehmende Bedarf an Psychotherapie überlastet die ärztlichen Versorgungssysteme. Die öffentlich finanzierten Beratungsangebote wurden reduziert und die Mediziner öffneten sich vermehrt sozialen Fragestellungen und Problemen. Mit Beginn der 80er Jahre wurden die Unterscheidungen zwischen intensiven psychosozialen Beratungsprozessen und psychotherapeutischen Interventionen zunehmend aufgegeben. Die methodischen Anteile der Ausbildung von Beratern und Therapeuten liegen heute sehr dicht beieinander (Großmaß a.a.O. S. 93)

Durch diese Entwicklungen, die weitgehend gesundheitspolitisch und damit auch finanziell verursacht und gesteuert waren, wurden dem Konzept der eigenständig agierenden

Sozialtherapie und dem Berufsbild des Sozialtherapeuten zu einem großen Teil der Boden entzogen. An der Notwendigkeit, die aus den Begrenzungen der konflikthaften gesellschaftlichen Wirklichkeit entspringt, hat sich im Grund nichts geändert. Ob die Theorievorgaben und Handlungskompetenzen der im Augenblick dominierenden Ärzte, Psychotherapeuten und Sozialpädagogen ausreichen, Menschen und Gruppen zu erreichen, die durch alle Raster fallen, wird sich zeigen.

2.5. Was ist Beratung (Counselling)?

McCleod legt in seinem Buch „Counselling“ drei Definitionen zur Beratung vor, welche die Verständnisvielfalt dieses Begriffs deutlich machen soll: "Der Begriff Beratung umfasst die Arbeit mit Einzelpersonen und Beziehungen, zu deren Aufgaben Entwicklung, Unterstützung bei Krisen, Psychotherapie, Anleitung oder Problemlösungen gehören können. Die Aufgabe einer Beratung liegt darin, den Klienten Gelegenheit zu geben, Wege zu erforschen, zu entdecken und zu präzisieren, wie sie ihr Leben befriedigender und ausgefüllter gestalten können."(BAC, 1984)

Hier liegt die Betonung eher auf Selbstexploration und Verstehen, als auf den Vorgängen selbst.

"Beratung bezeichnet eine professionelle Beziehung zwischen einem ausgebildeten Berater und einem Klienten. Dabei handelt es sich für gewöhnlich um eine direkte Beziehung von Mensch zu Mensch, auch wenn manchmal mehr als zwei Personen daran beteiligt sein können. Eine Beratung soll dazu beitragen, dass Klienten ihre Einstellungen bzgl. ihres Lebensraumes verstehen und klären, um ihre selbstbestimmten Ziele durch sinnvolle und gut informierte Wahlprozesse und durch das Lösen von Problemen emotionaler oder interpersonaler Art erreichen können." (Burks und Steffle 1979, S.14)

Hervorgehoben wird bei dieser Definition das Konzept einer professionellen Beziehung sowie die Bedeutung von selbstbestimmten Zielen. Eine grundsätzliche Beziehung, die durch die Anwendung einer oder mehrerer psychologischer Theorien und einem anerkannten Set von kommunikativen Fähigkeiten, modifiziert durch Erfahrung, Intuition und anderen interpersonellen Faktoren, gegenüber den persönlichen Anliegen, Problemen oder

Erwartungen eines Klienten gekennzeichnet ist. Das hauptsächliche Ethos einer Beratung liegt darin, dem Klienten die eigene Situation zu erleichtern, anstatt Ratschläge zu geben, oder ihn zu etwas zu drängen. Eine Beratung kann sich über einen sehr kurzen oder einen längeren Zeitraum erstrecken, sie kann in einem institutionellen oder privaten Umfeld stattfinden, und sie kann sich mit praktischen, medizinischen oder anderen Aspekten des persönlichen Wohlbefindens überlappen oder auch nicht.

"Beratung ist einerseits eine differenzierte Tätigkeit von Menschen, die in gegenseitiger Übereinstimmung jeweils die Rollen von Berater und Klient einnehmen, und andererseits ein aufstrebendes Berufsbild. Beratung ist ein Dienst, der von Menschen genutzt wird, die sich in Konfliktsituationen oder unklaren Verhältnissen befinden, und diese in einer Beziehung diskutieren und lösen möchten, die einerseits disziplinierter und vertraulicher ist, als die einer Freundschaft, und andererseits weniger stigmatisierend wirkt, als die Hilfsangebote, die in medizinischen oder psychiatrischen Settings bestehen." (Feltham und Dryden, 1993)

In dieser Definition von Beratung werden die Überschneidungen von Beratung und anderen Formen von Hilfsangeboten hervorgehoben, z.B. pflegerische Tätigkeiten, Sozialarbeit und ganz alltägliche Freundschaften.

Die Versuche Beratung zu definieren und zu beschreiben, gehen in die Hunderte (vergl. Nestmann, Engel, Sickendieck u.a. 2004, McLeod 2004). Der gemeinsame Nenner bei den Zielsetzungen von Beratung scheint die Befähigung des Ratsuchenden zu sein, sein Problem (weitgehend) mit seinen eigenen Möglichkeiten zu lösen und dort, wo das nicht möglich ist Hilfe und Anregungen anzunehmen und umzusetzen. Eine brauchbare Darstellung von Beratungszielen findet sich bei McLeod (S. 26 f.) Es sind in Kurzform:

- **E I N S I C H T** in die Ursprünge und Entwicklungen, die zu den emotionalen und sozialen Problemen der Betroffenen geführt haben.
- **S E L B S T E R K E N N T N I S** meint die Bewusstwerdung der blockierten Gedanken und Gefühle sowie das Gespür, wie man von außen gesehen wird.
- **S E L B S T A K Z E P T A N Z** ist die veränderte Haltung gegenüber sich selbst.
- **S E L B S T A K T U A L I S I E R U N G** beinhaltet die Entwicklung der Erfüllung auf die eigenen Potentiale und die Integration von widersprüchlichen Anteilen.
- **P R O B L E M L Ö S U N G** ist Hilfe beim Finden einer konkreten Lösung sowie die Verbesserung der allgemeinen Problemlösefähigkeit.

- P S Y C H O L O G I S C H E S C H U L U N G ermöglicht dem Klienten, sein Verhalten zu verstehen und zu kontrollieren.
- A N E I G N U N G S O Z I A L E R F E R T I G K E I T E N steigert die zwischenmenschlichen Fähigkeiten (Blickkontakt, Dialog, Kontrolle v. Aggressionen).
- K O G N I T I V E V E R Ä N D E R U N G E N sollen selbstschädigende Überzeugungen und Denkmuster modifizieren und ersetzen.
- V E R H A L T E N S Ä N D E R U N G E N ersetzen durch Fehlanpassungen entstandene selbstschädigende Verhaltensweisen.
- S Y S T E M I S C H E V E R Ä N D E R U N G E N führen Veränderungen in den Funktionsweisen sozialer Systeme (Familien, Teams) herbei.
- E M P O W E R M E N T arbeitet am Bewusstsein und den Fähigkeiten, gesellschaftlichen Ungleichheiten entgegen zu treten.
- W I E D E R G U T M A C H U N G beinhaltet die Unterstützung des Klienten bei der Wiedergutmachung seines früheren destruktiven Verhaltens.

Die Liste stellt einen Rahmen dar, der im Detail eher selten erreicht wird. Unterschiede ergeben sich mit Sicherheit aus der methodischen und menschenbildlichen Orientierung. Während psychodynamische Berater beim Klienten eher besonderen Wert auf die innere Einsicht legen werden, geht es dem humanistisch orientierten Berater um Selbstakzeptanz, die persönliche Freiheit und die daraus erwachsenden Wahlmöglichkeiten. Der kognitiv-behaviorale Berater wird sich dann auf die Steuerung und Kontrolle des Verhaltens konzentrieren (McCleod, a.a.O.S.31 f). Ein kritischer Blick auf die genannten Ziele macht schon deutlich, dass eine Abgrenzung zu Zielen der Psychotherapie an Sophismus grenzt. Ab wann hat ein Verhalten Krankheitswert, ab wann leidet ein Individuum an seinem Verhalten oder an den Reaktionen auf das Verhalten dritter?

Auf der Ebene von Methoden, Interventionsstrategien und Techniken wird es noch schwieriger Beratung von Therapie zu unterscheiden. Wahrscheinlich wird es sinnvoll sein zu akzeptieren, dass es schließlich doch das Ausmaß psychischen Leidens und seiner Behandlung ist, die in einem Überschneidungsbereich den Unterschied ausmacht.

2.6. Beratung als sozialpolitisches Feigenblatt

Sozialpolitisch ist Beratung auf besondere Weise in die spezifischen Problemlagen ihrer/unserer Zeit eingebunden und entwickelte sich bis heute zur zentralen Hilfe- und Unterstützungsform in psychosozialen, sozialen, gesundheitsberuflichen, psychologischen und pädagogischen Arbeitsfeldern mit geregelten Institutionalisierungs- und Professionalisierungsformen. (Nestmann u.a.,a.a.O. S. 34) Beratung im Personal- und Wirtschaftsbereich soll hier erwähnt, aber nicht vertieft werden.

Das weit gefächerte Zuständigkeitsspektrum von Beratung und ihre Zuordnung im professionellen, semiprofessionellen sowie im alltäglichen nicht professionellen Bereich macht es nötig, einige Überlegungen hierzu anzustellen. Berater und Beraterinnen müssen über Fachwissen verfügen, im einzelnen Beratungsgespräch ebenso, wie im über mehrere Kontakte laufenden Beratungsprozess. Fachliche Kompetenz zu dem jeweiligen Beratungsfeld ist selbstverständliche Grundvoraussetzung, um den Problemen und Fragestellungen des Klientel gewachsen zu sein. Nun legt seit 1998 in Deutschland das Psychotherapeutengesetz fest, dass nur Ärzte und Psychologen diese Kompetenz haben, bzw. erwerben und über allgemeine gesetzliche Krankenkassen abrechnen können. Als meistens verschwiegene Ausnahme seien noch die Heilpraktiker für Psychotherapie (HPG) und allgemeine Heilpraktiker genannt, die allerdings nur bei Privatversicherungen abrechnen können und zu einem großen Teil über entsprechende Therapieausbildungen verfügen.

Die Frage ist, um welche Kompetenzen es hier geht, die nur diesen Berufsgruppen vorbehalten sind. Ausbildungsinstitute für psychotherapeutische Methoden von Familientherapie über Gestalt-, Gesprächs- bis hin zur Hypnotherapie bieten sowohl Beratungs- als auch Therapieausbildungen für viele Berufsgruppen an. Hier finden sich, um nur einige zu nennen, Psychologen, Pädagogen, Sozialpädagogen, Lehrer, Theologen und natürlich auch einige Mediziner in diesen Weiterbildungen wieder, um sich für ihr Berufsfeld Wissen und Kompetenzen zu erwerben, das Ganze privat zu finanzieren und neben ihrem oft hektischen Berufsalltag durchzuführen.

Im institutionalisierten Berufsfeld zählt es durchaus zur gängigen Praxis, dass Sozialpädagogen, unabhängig von irgendwelchen Zusatzausbildungen, als Drogentherapeuten oder -berater oder als Sozialtherapeuten geführt werden, weil es dem Image der jeweiligen

Klinik, bzw. Einrichtung zugute kommt. Hier sollte ernsthaft die Frage diskutiert und die Praxis analysiert werden, ob z.B. die Qualitätssicherung über gesetzliche Einschränkungen nicht vielmehr aus politisch-ökonomischen Gründen erfolgt und die sozialtherapeutische Arbeit zur Elendsverwaltung degradiert wird.

Im Gegensatz zur deutschen Psychotherapie- und Beratungslandschaft finden wir im angloamerikanischen Raum ein weitaus umfassenderes und mutigeres Verständnis von Beratung, und zwar sowohl theoretisch und empirisch, als auch praktisch und ausbildungsbezogen, das Counselling. Aus diesem Grund soll im Folgenden der Vergleich gezogen werden, um mögliche Erweiterungs- und Entwicklungsressourcen im Beratungsfeld auszuloten. John McLeod (2004) weist darauf hin, dass in Deutschland bis vor ganz kurzer Zeit kein übergreifender Berufsverband oder Dachverband von Ausbildungsstätten, und auch keine Sektion Beratungspsychologie in Psychologenverbänden existierte. Im Gegensatz dazu entstand 1971 in England das "Standing Council for the Advancement of Counselling" (SCAC), das 1976 zur British Association of Counselling (BAC) wurde. Die Zahl der Mitglieder stieg zwischen 1977 und 1992 von 1000 auf 8556 Mitglieder (BAC 1977, 1992). Von 1951 bis 1978 stieg in den USA die Zahl der Mitglieder der wesentlich spezielleren Division 17 (Counselling Psychology) der American Psychological Association von 645 auf 2695 Mitglieder (Whiteley, 1984).

Diese Statistiken weisen auf das zahlenmäßige Wachstum hochspezialisierter Berater in diesen beiden Ländern hin. Heute wird von der Mehrheit der Menschen, die in verschiedenen Sozial- und Dienstleistungsberufen tätig sind, einschließlich Krankenschwestern/Pflegern, Lehrern, Geistlichen, Polizisten und vielen anderen, Beratung als wichtiger Teil ihrer Arbeitsrolle definiert. (McLeod 2004, S.25)

Die heutige Form der Beratung ist im 20. Jahrhundert entstanden, hat sich rasant entwickelt und umfasst inzwischen sehr unterschiedliche Problembereiche, so erklärt sich die teilweise Gegensätzlichkeit der verschiedenen Interpretationen und Definitionen von Beratung.

Ein weiterer Begriff, der sich zunehmender Beliebtheit erfreut, ist der des Psychologischen Beraters. Dieser bezieht sich meist auf eine Person, die eine Grundausbildung in Psychologie hat und in ihrer Herangehensweise psychologische Modelle und Techniken einsetzt. Mit diesem Begriff wird ausdrücklich Wissenschaftssprache in den Beratungskontext

transportiert, indem letzterer mit einer bestimmten wissenschaftlichen Disziplin assoziiert wird. (McLeod 2004, S. 27) Der Begriff des Psychologischen Beraters ist auch in Deutschland geläufig und wird über das Heilpraktikergesetz abgesichert. McLeod nennt zusätzlich noch diverse Bezeichnungen, durch die Beratung hinsichtlich der verschiedenen Klientengruppen, mit denen sie arbeitet, differenziert werden, z.B. die psychologisch-psychotherapeutische Beratung, Eheberatung oder Studierendenberatung.

„Das entscheidende Kriterium bei diesen Beratungsformen besteht darin, dass die Berater meist sowohl eine allgemeine Beratungsausbildung, als auch eine Zusatzqualifikation auf ihrem speziellen Gebiet haben“ (2004, S. 27).

Hier bleibt (auch für die deutschen Verhältnisse) zu bemängeln, dass nur die allgemeine Beratungsausbildung abgefragt, und mit dem Erwerb eines Titels, bzw. einer Heilerlaubnis, bestätigt wird. Viel wichtiger wäre es, die Qualität der Zusatzausbildungen zu überprüfen, da hier der Scharlatanerie Tür und Tor geöffnet sind, durch unseriöse Ausbildungsinstitute mit ihren selbst gedruckten Zertifikaten. Nur wer mindestens eine der anerkannten Therapie- bzw. Beratungsschulen mit ihren fundierten und kohärenten Wissensvermittlungen erfolgreich abgeschlossen hat, ist geöffnet die "Psycho-Logik" seiner Klientel zu verstehen. Fortlaufende Selbstreflexion, Weiterbildung und das Interesse an alternativen Wegen, kann die Lebendigkeit und Flexibilität liefern und erhalten, die für eine erfolgreiche therapeutische bzw. beraterische Tätigkeit von Nöten ist.

Abschließend sei hier auch noch die Beratung erwähnt, die in Beziehungskontexten stattfindet, die sich primär auf andere, nicht beratende Anliegen konzentrieren. McLeod nennt hier den Lehrer, an den sich ein Schüler vertrauensvoll mit seinen Sorgen und Ängsten wendet, oder die Gemeindegemeinschaft, die einen Patienten medizinisch versorgt und dabei die Ehefrau beratend unterstützt. Diese Personen üben zwar eine beratende Funktion aus, sind deshalb aber noch keine Berater.

„Dies ist ein wichtiges Unterscheidungskriterium, weil damit der Begriff „Beratung“ (oder „Psychotherapie“) auf Situationen begrenzt wird, wo ein formeller Beratungsvertrag besteht, und die Berater in Bezug auf die Klienten nicht noch eine weitere Rolle einnehmen“ (ebenda, S. 27).

Zieht sich die beratende Tätigkeit jedoch über einen längeren Zeitraum hin, so wäre es wahrscheinlich schwierig, eine Unterscheidung zur reinen Beratung zu treffen.

Möglicherweise ist es nicht hilfreich, so strenge Grenzen zwischen den Berufsgebieten zu ziehen, die nahe legen, dass Lehrer, Krankenschwestern, Bewährungshelfer oder Sozialarbeiter für ihre Klienten keine Berater sein können. McLeod weist jedoch darauf hin, dass Klienten verstört werden und Schaden nehmen können, wenn diejenigen Menschen, die ihnen zu helfen versuchen, in Rollenkonflikte verwickelt werden, weil sie beispielsweise versuchen, für einen Klienten gleichzeitig Berater und Lehrer, oder Krankenschwester zu sein. Ein Modell, das in Deutschland existiert, in Form der Wohngruppenbetreuung, z.B. in der Drogentherapie, in der eine Sozialpädagogin gleichzeitig "Therapeutin", Betreuerin, Sachbearbeiterin sein und überwachende Funktionen übernehmen muss, z.B. "filzen", Urin-Kontrollen, Besuchsregelungen, Telefonate etc.. Ein Zustand, der in der Praxis immer wieder zu Diskussionen führt.

3. Ressourcenorientierte Gesundheitswissenschaft in Bezug zur Sozialpädagogik und Sozialen Therapie

Seit dem Aufruf der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in den achtziger Jahren zu einer verstärkten **Gesundheitsförderung** wurden viele neue Fachgebiete der Gesundheitswissenschaften wie Verhaltensmedizin, Gesundheitspsychologie oder Gesundheitssoziologie ins Leben gerufen. Um neue gesundheitswissenschaftliche und gesundheitspolitische Konzepte zu entwickeln und umzusetzen war und ist es unerlässlich Gesundheitsressourcen systematisch ausfindig zu machen, anzubieten und zu aktivieren und der Idee „Hilfe zur Selbsthilfe“ einen Weg in den sozialtherapeutischen Alltag zu ebneten.

Die Anthropologie der Gesundheit ist eines dieser neuen Forschungsgebiete, das vor allem darauf abzielt, gesundheitsbezogene Phänomene und Themen im Kontext der alltäglichen Lebenswelt zu erforschen. Dabei ist sie wie andere verwandte Disziplinen, wie z.B. Gesundheitspsychologie, Gesundheitssoziologie und Gesundheitserziehung stark von Interdisziplinarität geprägt. Somit gehört sie zum großen Gebiet der Gesundheitswissenschaft, die neben der Problemorientiertheit durch Interdisziplinarität gekennzeichnet ist (z.B. Hurrelmann und Laaser 1993, Schaefer 1993, Waller 1996).

Die kurativ ausgerichtete konventionelle Medizin betrachtet Gesundheit vorrangig als Abwesenheit von Krankheit. Die Gesundheitswissenschaft betont dagegen, dass Gesundheit ein darüber hinausgehender Zustand sei, der nicht nur aus der körperlichen Ebene, sondern auch aus einer psychischen, einer sozialen und einer spirituellen Ebene besteht. So lässt sich Gesundheitswissenschaft am ehesten als ein metadisziplinäres oder trans-paradigmatisches Gebiet beschreiben, von dem auch Sozialpädagogik und Soziale Therapie profitieren können. Die inzwischen an den Rand geratene Sozialtherapie hat die Idee der Interdisziplinarität in ihrem sozial-medizinischen Arbeitsfeld immer betont, berufs- und standespolitisch jedoch zu wenig Impulse entwickelt in Richtung ihrer wissenschaftlichen Anerkennung und Selbständigkeit.

Zu den bedeutendsten Beiträgen der ressourcenorientierten Gesundheitswissenschaft zählen das Resilienz- und das Salutogenesemodell, sowie die Bindungstheorie.

3.1. Das Konzept Resilienz

Die Vorläufer von Resilienz- und Salutogeneseforschung sind in der Bewältigungs- und Stressforschung angesiedelt. Psychologen und Sozialarbeiter haben schon früh begonnen, sich dafür zu interessieren, warum Individuen und Systeme sich unter besonders belastenden Bedingungen ganz unterschiedlich verhielten und entwickelten. Innerhalb der Sozialarbeit ging es nach der Überwindung des persönlichen Schuld- und Versagen-Paradigmas schon früh um die Beantwortung der Frage, warum eine Familie in Krisen- und Belastungskontexten paralytisch wird und eine andere ihre Ressourcen konzentrieren und so organisieren kann, dass sie ein Hort gesunder Entwicklung für Erwachsene und Kinder bleibt. Emmy E. Werner hat mit ihren Untersuchungen eine systemische Dynamik aufgeschlüsselt, die sich in der Entwicklung von Individuen als Indikatoren für Überleben oder Untergang erwiesen haben. Aus den Ergebnissen und Überlegungen zu diesen Forschungen entstand das Resilienzmodell. Der aus dem angloamerikanischen Sprachgebrauch stammende Begriff *Resilience* bedeutet auf Deutsch „Elastizität“, „Unverwüstlichkeit“, „abprallen lassen“, „wieder in die alte Form zurückspringen“.

...“Resilienz bezieht sich somit auf eine flexible, den jeweiligen Situationsforderungen angemessene, d.h. „elastische Widerstandsfähigkeit“ (Bender/Lösel 1998 zit. in Fookon/Zinnecker 2007).

In ihren längsschnittlichen Forschungen auf der Hawaii-Insel Kauai verfolgte Werner die vollständige Geburtskohorte des Jahrgangs 1955 bis zum vierzigsten Lebensjahr, wobei sich unter den siebenhundert Neugeborenen viele Risikokinder befanden. Ende der 1970iger Jahre stellte sich bereits heraus, dass manche Gruppen unter den Hochrisikokindern als Jugendliche und später als Erwachsene gegen alle Wahrscheinlichkeit ihr Leben erfolgreich bewältigten. (vgl. Werner/ Smith 1982; 1992; 2001; Werner 2000) Mit der Zeit wurde der Einfluss von Geburtsstress geringer und die Qualität der sozialen und ökologischen Umwelt, in der ein Kind aufwuchs, bestimmte das Entwicklungsergebnis für praktisch jedes biologische Risiko.

...“Dieser Paradigmenwechsel in der Forschung, weg von der einseitigen Fokussierung auf Traumata und Risiken, hin zu der erweiterten Einbeziehung von persönlichen und sozialen Ressourcen und Bewältigungsstrategien, fand sich analog

auch in den 1980er/1990er Jahren in vielen (psycho-) therapeutischen Richtungen und Schulen“ (in Fooker/Zinnecker 2007 S. 8).

Im Paradigma der Resilienz richtet sich der Blick auf Ressourcen und nicht auf Defizite. Das besondere Interesse der Resilienzforschung gilt der Suche nach stärkenden, heilenden Kräften (Resilienzfaktoren) in der Persönlichkeit des Kindes und/oder in einer unterstützenden sozialen Umwelt (social support), die ihm dann lebensbegleitend als Ressource nutzbar sind.

Mrochen fasst vier zentrale Thesen zusammen:

„1. Kinder entwickeln Widerstandskräfte gegen belastende Lebensereignisse.

2. Kinder lernen sich gegen Anforderungen abzuschirmen, Pausen einzulegen und zeitweilig zu regredieren.

3. Kinder entwickeln Fähigkeiten zu selbstschützendem, präventivem und kompensatorischem Verhalten.

4. Phasen der Desintegration und Regression sind manchmal notwendig, um Handlungsfähigkeit und Gleichgewicht (wieder-) herzustellen.“ Mrochen (2006)

Unveröffentlichte Seminarunterlagen

Mrochen merkt jedoch an, dass diese Phasen von Desintegration und Regression auch beginnende Fehlentwicklungen anzeigen können.

...“Die Mehrzahl der Autoren geht davon aus, dass es sich bei der Resilienz nicht um ein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal sondern vielmehr um eine Fähigkeit handelt, die im Laufe der Entwicklung erworben wird“ (Luthar et al.2000; Rutter 2000).

Dabei bezieht sich der Resilienzbegriff sowohl auf einen dynamischen, transaktionalen Prozess zwischen Person und Umwelt als auch auf eine Variation interagierender Protektionsfaktoren.

Der heutige Forschungsstand charakterisiert Resilienz dabei nicht als starren Zustand, sondern ganz im Gegenteil als über Zeit und Situationen hinweg hoch flexible und variable Adaptionsleistung an die bestehenden Lebensbedingungen. Zu berücksichtigen sind hierbei so genannte Risiko- und Schutzfaktoren, d.h. destabilisierende bzw. stabilisierende Faktoren, die die negativen Auswirkungen traumatischer Ereignisse oder desolater Lebensumstände modifizieren. Die Art der jeweiligen Risikobedingungen bringt den Gesichtspunkt der

Kontextspezifität in die Diskussion, da entwicklungsförderliche Merkmale und Rahmenbedingungen auch durchaus negative Aspekte beinhalten können.

....„So gilt beispielsweise ein hoher Status innerhalb der Peergruppe als guter Prädiktor für die prosoziale Entwicklung und als ein Schutzfaktor bei auftretenden Belastungen. Für die Subpopulation der Jugendlichen aus sozialen Brennpunkten zeigte sich jedoch, dass ein hoher Peerstatus mit der Ablehnung konventionell wünschenswerter Merkmale und Verhaltensweisen wie beispielsweise hoher Intelligenz bzw. hoher Leistungsmotivation im schulischen Bereich korreliert war“ (Luthar 1995; Rutter 2000; zit. in Fooken, Zinnecker 2007; S. 18).

Es gibt zahlreiche Forschungsansätze und Modelle des menschlichen Umgangs mit Problemen des Alltagslebens, oft als Coping bezeichnet, dabei zeigt sich, dass es nicht bestimmte Ereignisse oder Lebensumstände (Stressoren), sondern unzureichende Fähigkeiten im Umgang mit ihnen sind, die die Hauptbelastung ausmachen.

....„Mit zunehmendem Alter basieren psychologische Anpassungen vor allem auf Reflexionen, der Fähigkeit sich „von außen“ zu betrachten, sich in andere einzufühlen und die „richtigen Leute“ um Hilfe zu bitten“ (Fooken, Zinnecker 2007, S. 133)

Kritiker des Resilienzmodells wie die Bindungstheoretiker Grossmann und Grossmann merken dazu an:„die zu solchen Überlegungen und adaptiven Verhaltensweisen notwendige „psychische Sicherheit“ entwickelt sich für jedes menschliche Kind in seiner besonderen Lebenswelt neu und, so ist es im genetischen Programm vorgesehen, nur in aktuellen besonderen zwischenmenschlichen Beziehungen. Die Fähigkeit zu adaptivem Umgang mit Belastungen oder „Herausforderungen“ wurde gelegentlich mit dem fragwürdigen, weil entwicklungspsychologisch unerklärtem Begriff Resilienz bezeichnet und missverständlich als „Wunder des Alltags“ beschrieben“ (Grossmann und Grossmann, zit. in Fooken, Zinnecker 2007, S. 133).

Da diese Arbeit sich eher als ein Plädoyer für Synergie und Interdisziplinarität versteht, betrachten wir diese Aussagen jedoch als zu polemisch und ausgrenzend. Ist eine Fähigkeit der Wissenschaft doch gerade, dass sie in der Lage ist, ein Thema aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten und dadurch zu einer holistischeren Sicht des Forschungsgegenstandes zu gelangen.

3.2. Salutogenese und Kohärenzsinn

Aaron Antonovsky hat durch seine Untersuchungen an KZ-Überlebenden und Folteropfern eine Persönlichkeitstheorie der Gesundheit begründet. Seine Einstellung war immer problemorientiert und interdisziplinär, so dass seine Theorie der Salutogenese nur schwer auf eine einzige Disziplin beschränkt werden kann und besser als Meta-Theorie der Gesundheit zu bezeichnen ist. Dadurch gelang es ihm den Mangel an Theorie der Gesundheit auszugleichen. Tatsächlich wurde seine Theorie von verschiedenen Arbeitsbereichen, wie z.B. Medizin, Krankenpflege oder Psychologie, erfolgreich angenommen (vgl. z.B. Heim 1994, Hollnagel und Malterud 1995, Lamprecht und Johnen 1997, Bartsch und Bengel 1997, Schachtner 1996, Schüffel et al. 1998).

Antonovsky führte den Begriff der „Gesundheitsressourcen“ als eine Determinante der Gesundheit in die Gesundheitswissenschaft ein und regte eine Weiterentwicklung der Ressourcenforschung an. Für die sozialtherapeutische Arbeit eignet sich das Ressourcenmodell, da es gleichermaßen von der Annahme ausgeht, dass die alltägliche Selbsthilfe des Menschen eine wesentliche Rolle bei der Gesunderhaltung und der Genesung spielen kann, also eine aktive Beteiligung des Menschen bzw. des Organismus am Lebensprozess und Lebensverlauf voraussetzt. Hierbei müssen alle Ressourcen des zurückgelegten Lebensverlaufs immer als Gesamtheit in Betracht gezogen werden, was automatisch weg von der Monokausalität hin zu einer „Multifaktorialität“, „Prozessualität“ und „Individualität“ führt.

Die negative Begriffsbestimmung der konventionellen Medizin der „Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit“ führt dazu, die Symptome und/oder Ursachen einer spezifischen Krankheit in den Mittelpunkt des Interesses zu rücken, da ihre Beseitigung automatisch zur Gesundheit führen müsste. Dieses auf einer negativen Gesundheitsdefinition begründete medizinische Modell nennt Antonovsky das „Modell der Pathogenese“. Dem gegenüber stellt er eine neue Wissenschaftssicht von der Gesundheit, das Salutogenesemodell.

Die Non-Linearität der Gesundheit zeigt sich eindrucksvoll in einer Untersuchung von Antonovsky (1997); darin beschäftigte er sich mit der Adaption von Frauen an das Klimakterium in verschiedenen ethnischen Gruppen in Israel. Dabei wurde sein Interesse besonders von der Tatsache geweckt, dass 1970 ein gewisser Anteil einer Frauengruppe, die während des zweiten Weltkrieges in ein Konzentrationslager gebracht wurden, „über eine

insgesamt recht gute emotionale Gesundheit“ verfügte. Der Prozentsatz betrug 29%. 51% der Frauen einer Vergleichsgruppe zeigten gleichermaßen gute emotionale Gesundheit. Aus den Daten zur physischen Gesundheit ergab sich ein ähnlicher Unterschied. Die Hypothese, dass ein starker psychosozialer Stressor die Gesundheit beeinträchtigt, wurde zwar jenseits des .001 Niveaus bestätigt, aber sie konnte nicht den gesunden Anteil der KZ-Überlebenden erklären. Trotz extremer Belastungen und Erregern, denen diese Frauen während des KZ-Aufenthalts ausgesetzt waren, befanden sie sich in einem angemessenen Gesundheitszustand. Eine lineare Kausalität trifft hier nicht zu. Dieses überraschende Ergebnis hat Antonovsky zur weiteren Suche nach den Ressourcen geführt, die den Menschen trotz der belastenden Erfahrung helfen, Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen.

Seine neuartige Fragestellung lautete: Wie erreicht man Gesundheit – trotz Risiken, Noxen und Belastungen? Hierzu soll im Folgenden das Modell der Salutogenese grob skizziert werden.

Eine grundlegende These in seinem Modell lautet: **Stressoren** existieren allgegenwärtig. Antonovsky (1979) definiert einen Stressor „als eine Anforderung aus der internen oder externen Umwelt eines Organismus, die seine Homöostase stört, und dessen Wiederherstellung von einer nicht automatischen und nicht unmittelbar verfügbaren, energieverbrauchenden Handlung abhängt.“(S. 72) Wird der Organismus einem Stressor ausgesetzt, gerät er in einen **Spannungszustand**. Nach Antonovsky deuten Stressor und Spannungszustand keineswegs eine negative Konsequenz an. Die Konsequenz nach der Exposition hängt von der Bewältigung des Spannungszustands ab. Das Grundprinzip von dem Antonovsky dabei ausgeht lautet: Gesundheit und Krankheit bilden ein untrennbares Kontinuum, das **Gesundsein-Kranksein-Kontinuum**. So bestimmt sich die Lokalisation eines Menschen in diesem Kontinuum auf der **Bewältigung** des Spannungszustandes. Ist diese Bewältigung erfolglos, bleibt der Organismus im **Stresszustand**. Dieser Zustand bildet eine Schwachstelle, die zu einem Krankheitszustand führen kann, wenn er dabei mit einem spezifischen Erreger in Berührung kommt. Antonovsky unterscheidet streng zwischen Stressor als Anforderung und Stress als Zustand.

Eine erfolgreiche Spannungsbewältigung setzt eine **Widerstandsressource** voraus. Als Determinante der Gesundheit spielt eine solche Ressource eine wichtige Rolle. Um einen Spannungszustand zu bewältigen reicht jedoch eine einzige spezifische Widerstandsressource nicht aus, die nur gegenüber einem spezifischen Stressor wirksam ist. Laut Antonovsky hat ein Stressor die Merkmale, allgegenwärtig zu existieren und unvorhersehbar vielfältig zu sein. Aus diesem Grund führt Antonovsky den Begriff „**generalisierte Widerstandsressource**“

(generalized resistance resource) ein und definiert diesen Begriff als „jedes Merkmal einer Person, Gruppe oder Umwelt, das eine effektive Spannungsbewältigung fördern kann“ (1979, S. 199). Darunter versteht er z.B. Immunverstärker, Geld, Ich-Stärke, kulturelle Stabilität, soziale Unterstützung und Magie. Besonders auf die drei letzteren Ressourcen wird im späteren Kapitel über den Schamanismus noch intensiv eingegangen.

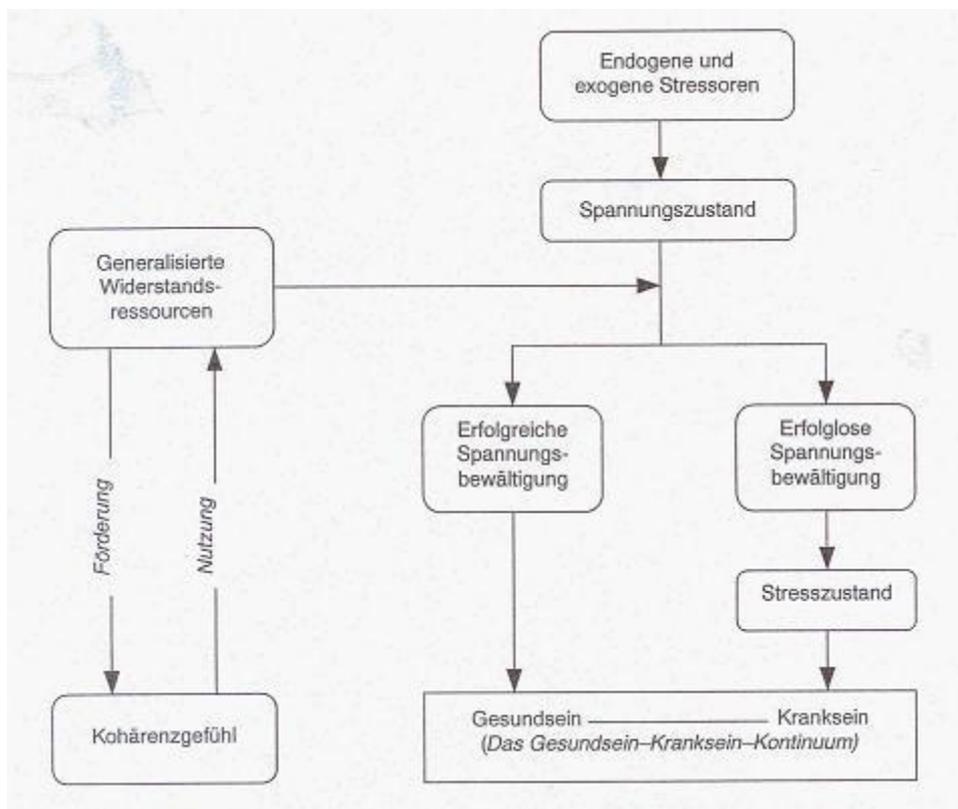


Abb. 2 Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky (1979)

Hier fehlt jedoch noch „ein Auswahlkriterium...mit dessen Hilfe man verstehen konnte, wie ein Phänomen als generalisierte Widerstandsressource wirkte...“ (Antonovsky 1979, S. 16). Im Hinblick darauf entwickelte Antonovsky das Konzept des „**Kohärenzgefühls**“ (Sense of Coherence SOC), das er ins Zentrum seines Salutogenese-Modells stellte.

Seine Definition des Kohärenzgefühls lautet:

„Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes, und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, und
 1. dass die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;

2. dass einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen und
3. dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky 1997, S. 36).

Diese drei Komponenten des Kohärenzgefühls werden als das Gefühl der **Verstehbarkeit (comprehensibility)**, der **Bewältigbarkeit (manageability)** und der **Sinnhaftigkeit (meaningfulness)** bezeichnet.

Der Kohärenzsinn bezeichnet also einfach gesprochen die Möglichkeit eines Individuums, die alltäglichen und besonderen Ereignisse in einem inneren Kontext zu verstehen und zu sehen. (Mrochen, 2006)

Der große Vorteil des Salutogenese Modells liegt darin, Konstrukte von anderen Forschern wie Coping, Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura) oder „Hardiness“ (Kobasa) sowie verschiedene Ansätze wie Gesundheitsförderung oder Systemtheorie integrieren zu können. Jedoch bleiben in diesem Modell mehrere Probleme ungelöst. Becker(1992b) nennt einige Schwachstellen dieses Modells:

- 1.) Die Einengung des Gesundheits-Krankheits-Begriffs auf körperliche Gesundheit-Krankheit
- 2.) Die ausschließliche Verwendung negativer Indikatoren für einen positiven Gesundheitszustand (wie das Fehlen von Schmerzen oder funktionellen Beeinträchtigungen).
- 3.) Die ungenügende theoretische Analyse der Beziehungen zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit.
- 4.) Die nur skizzenhafte Ausarbeitung der Bindeglieder und vermittelnden Mechanismen zwischen Kohärenzgefühl und Gesundheit-Krankheit.
- 5.) Die bisher nur sehr begrenzte Überprüfung des Modells. (S.97)

In den ersten drei Punkten bezieht sich Becker auf Multidimensionalität und positive Indikatoren der Gesundheit. Einen nützlichen Ansatz zur Modellerweiterung könnten die Konzepte der „seelischen Gesundheit“ (Becker 1992a) des „Wohlbefindens“ (Abele und Becker 1994) oder der „Lebensqualität“ bieten. In dieser Hinsicht ist Antonovsky nicht ausreichend auf das Leib-Seele-Problem eingegangen. Tiefgreifendere Überlegungen zu diesem Problem finden wir z.B. bei Thure von Uexküll in seinem Artikel „Psychosomatik als Suche nach dem verlorenen lebenden Körper“ (1991), indem er auf den Zusammenhang

zwischen Salutogenese- und Autopoiese-Konzept verweist. „Wenn wir den Körper als lebendes System und lebende Systeme als autopoietische Systeme auffassen, verstehen wir, dass Salutogenese Autopoiese bedeutet.“ (S. 485) Damit weist er in eine neue Richtung der theoretischen Entwicklung: die Auseinandersetzung mit der Theorie der Selbstorganisation des Lebendigen, auf die später noch genauer eingegangen wird.

Der obige Punkt fünf ist nicht mehr ganz aktuell, liegen doch bereits eine Reihe von empirischen Studien vor, die Antonovskys „Fragebogen zur Lebensorientierung“ eingesetzt haben (Kurzübersicht über die bisherigen empirischen Studien: Antonovsky 1993; Franke 1997; Sack und Lamprecht 1998; Bengel et al 1998).

...„In der Wissenschaft ist die Frage immer wichtiger als eine auf sie gegebene Antwort.“ (Antonovsky 1997, S. 30)

Auf die salutogenetische Forschung bezogen könnte Antonovskys Anmerkung vor einer Beschränkung dieser Forschungen auf die Verifizierung des Konzepts der Kohärenz anhand von Fragebögen warnen. Denn durch sie könnte die Entfaltung der „heuristischen“ Möglichkeit, welche die salutogenetische Frage eigentlich hat und die Entdeckung neuer Gesundheitsressourcen gehemmt werden.

3.3. Bindungstheorie

Das ursprüngliche Konzept der Bindungstheorie entstammt der langjährigen Auseinandersetzung des Kinderpsychiaters John Bowlby mit der klassischen Psychoanalyse der fünfziger Jahre. (vgl. Grossmann und Grossmann 1994; S. 26-41; Dornes 2000b S. 22; Fooker/Zinnecker 2007, S. 131).

Das Wissen darum, dass Kinder mit einer Verhaltensausrüstung geboren werden, durch die sie von Beginn an in der Lage sind ihre Existenz und ihr Überleben mitzugestalten, ist neben der neueren Kleinstkinderforschung sowie der Prä- und Perinatalmedizin und -psychologie auch der Bindungsforschung zu verdanken. Bowlby richtete sein Hauptinteresse darauf: „...mit Hilfe seiner neuen Bindungstheorie klinische Fehlentwicklungen und die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen zu verstehen und wissenschaftlich fundiert zu verbessern.“ (Grossmann und Grossmann zit. in Fooker/Zinnecker 2007, S. 132) Für ihn stand dabei die Entwicklung psychologischer „Adaption“ oder „Anpassung“ von Personen an die Wirklichkeiten gegebener Realitäten im Mittelpunkt.

...,„Eine der zentralen Aussagen von Bowlbys Theorie ist, dass der menschliche Säugling die angeborene Neigung hat, die Nähe einer vertrauten Person zu suchen. Fühlt er sich müde, krank, unsicher oder allein, so werden Bindungsverhaltensweisen wie Schreien, Lächeln, Anklammern und Nachfolgen aktiviert, welche die Nähe zur vertrauten Person wieder herstellen sollen. (...) Das *räumliche* Ziel dieser Verhaltensweisen ist Nähe, das Gefühlsziel ist Sicherheit“ (Dornes 2000b, S. 23).

Bowlby wurde durch die Forschungsarbeiten von René Spitz inspiriert, die erkennen ließen, dass der Mensch ein Sozialwesen ist, das die Zuwendung anderer von Geburt an ebenso braucht wie Nahrung und Wärme. Unter Rückgriff auf die Beobachtungen und Forschungen von Konrad Lorenz zur Ethologie (1935), aber auch auf das systemische Denken der Kybernetik (vgl. Bretherton 1995) entwickelte er die Grundannahmen der Bindungstheorie. Bowlby vermutete zu recht, dass es angeborenes Verhalten zur Existenzsicherung nicht nur bei Tieren gab, sondern auch beim Menschen, was sich durch die sorgfältigste Beobachtung von Kleinstkindern erhärtete. So entwickelte sich seine ...,„Annahme eines angeborenen motivationalen Systems, das dem Kind Zuwendung, Geborgenheit und Schutz sichert, aber auch die notwendige Auseinandersetzung mit der Welt gewährleistet. Dies führte zu der Erkenntnis, dass es ein angeborenes **Bindungs- und Explorationssystem** beim Kind gibt“ (Klaus Udo Etrich 2004, S. 3).

Das angeborene Bindungssystem ist also bereits bei Säuglingen vorhanden und mittlerweile nachweisbar. Die Fähigkeit ihr **Explorationssystem** zu aktivieren entsteht aus der Sicherheit zur Bezugsperson. Ist die Exploration abgeschlossen oder kommt es zu Angst auslösenden Situationen, aktiviert sich erneut ihr **Bindungssystem** und die Nähe zur Bindungsperson wird wieder gesucht. (vgl. Dornes 2000b, S. 44; Bowlby 2005, S. 7f)

Neben John Bowlby gilt Mary Ainsworth als Mitbegründerin der Bindungstheorie (vgl. Dornes 2000a, S. 37 und 2000b, S. 22; Etrich 2004, S. 7f), sie entwickelte das Konzept der Feinfühligkeit in der Bindungsforschung. ...,„Feinfühligkeit ist nach Ainsworth die Fähigkeit des Erwachsenen, die Signale und Kommunikationen, die im Verhalten des Kindes enthalten sind, richtig wahrzunehmen und zu interpretieren, und wenn dieses Verständnis vorhanden ist, angemessen und prompt zu reagieren. Um die Signale zu bemerken, muss die Mutter häufig für das Kind verfügbar sein und sie muss eine niedrige Schwelle für die kindlichen Äußerungen haben. Um richtig interpretieren zu können, dürfen mütterlicherseits keine Verzerrungen erfolgen, eine Mutter muss sich empathisch in die Situation des Kindes einfühlen können, sie muss ihre eigenen Wünsche und Gefühle kennen, und sie muss sich

gegenüber den Bedürfnissen des Kindes abgrenzen könne“ (vgl. Grossmann und Grossmann 1994, S. 29).

Für Bowlby und seine theoretischen Vorstellungen, die in der wissenschaftlichen Gemeinschaft auf wenig Anerkennung dafür jedoch auf große Abwehr stießen, war es ein Glück, dass Mary Ainsworth die Idee zu einer standardisierten Beobachtungssituation entwickelte, die seit 1978 als der „Fremde-Situation-Test“ bekannt ist. (vgl. Ettrich 2004, S. 7f; Brisch 2000, S. 82; Dornes 2000a, S. 50f und 2000b, S. 28) Bei diesem Test werden einjährige Kinder verschiedenen Trennungssituationen ausgesetzt um zu untersuchen, inwiefern ihrerseits das Erkundungsverhalten des Kindes durch Spielaktivität, andererseits das Bindungsverhalten nach erlangter Sicherheit durch die Wiederkehr der Mutter aktiviert werden. (vgl. Grossmann und Grossmann 1994, S. 29f; Ettrich 2004, S. 8) Bei diesen Untersuchungen kristallisierten sich drei klassische Bindungstypen A, B und C heraus, später wurde daraus eine vierte Bindungsform D differenziert.

3.4. Die Bindungsmuster im Alter von einem Jahr

Die folgende Übersicht stellt eine Zusammenfassung der wesentlichen Merkmale und Ursachen der verschiedenen Muster dar (nach Grossmann et al 1997, Maine und Cassidy 1988, Schmidt-Lack 2000)

Unsicher-vermeidende Bindung (A):

- die Kinder zeigen während der Trennung wenig bis keine offenen Anzeichen von Stress: sie spielen ungestört weiter und weinen kaum
- aktives Vermeiden oder Ignorieren der Mutter, wenn diese zurückkehrt
- anhaltende Beschäftigung mit Spielsachen
- im extremsten Fall bewegt sich das Kind von der Mutter weg und ignoriert deren Aufforderung zur Interaktion

Kinder dieses Bindungstyps fallen durch ein stärkeres Neugierde-Verhalten zu Lasten eines schwächeren Bindungsverhaltens auf.

Zugrunde liegende Eltern-Kind-Interaktion:

- die Kinder haben die Erfahrung gemacht, bei Kummer oder Ängsten von der Mutter zurückgewiesen zu werden
- sie haben eine Strategie der Vermeidung entwickelt (zeigen ihre Ängste nicht mehr), umso das Risiko der Zurückweisung zu minimieren (Fremmer-Bombik 1995, Köhler 1992)

Sicher gebunden (B):

- die Kinder sind durch die Trennung von der Mutter gestresst
- sie können positive und negative Gefühle zeigen
- sie begrüßen die Mutter nach der Rückkehr freundlich
- sie suchen Nähe, (körperlichen) Kontakt oder Interaktion mit der Mutter nach deren Rückkehr
- sie lassen sich von der Mutter beruhigen und kehren zum Spiel zurück

Bei diesem Bindungstyp existiert ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen dem Bindungssystem und dem Explorationssystem.

Zugrunde liegende Eltern-Kind-Interaktion:

- die Kinder konnten in der Interaktion mit ihren Eltern ihre Effektivität erleben und somit Vertrauen in die elterliche Zuverlässigkeit entwickeln
- sie haben eine positive Erwartungshaltung

Unsicher-ambivalent gebunden (C):

- die Kinder zeigen schon vor der Trennung soviel ängstliches Verhalten, dass sie sich kaum von der Mutter lösen können
- sie sind durch die Abwesenheit der Mutter extrem belastet und fürchten sich vor Fremden
- bei Rückkehr der Mutter verhalten sich die Kinder ambivalent: wollen auf den Arm der Mutter, zeigen dort jedoch offenen Ärger und lassen sich von ihr nur schwer beruhigen

Dieser Bindungstyp zeigt eine deutliche Ambivalenz zur Bindungsperson.

Zugrunde liegende Eltern-Kind-Interaktion:

- durch das unvorhersagbare Verhalten ihrer Mutter (feinfühlig - abweisend) wird das Bindungssystem schon vor der Trennung aktiviert
- das Explorationsverhalten ist stark eingeschränkt

Unsicher-desorganisiert/desorientiert gebunden (D):

- diese Kinder zeigen entweder keine klare Verhaltensstrategie wie die Kinder der Gruppe A bis C, oder die zugrunde liegende organisierte Verhaltensstrategie wird für kurze Zeit (wenige Sekunden) unterbrochen
- sie zeigen unerwartete Verhaltensweisen, Stereotypen oder unvollständige, unvollendete und unterbrochene Bewegungen
- Zeichen von Desorganisation: nach den Eltern rufen, aber wenn die Eltern zurückkehren, Zurückweichen von der Tür
- Zeichen von Desorientierung: „Einfrieren“ („Freezing“) der Bewegungen für einige Sekunden

Zugrunde liegende Eltern-Kind-Interaktion:

- die Bindungsperson bietet dem Kind keinen Schutz, da sie auf das Kind Furcht erregend wirkt (z.B. im Falle von Misshandlung, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung) oder aber selbst von Furcht besessen scheint (wenn sie z.B. selbst ein Trauma erlitten und nicht verarbeitet hat)
- führt zum Zusammenbruch der kindlichen Verhaltensorganisation: Kinder können keine Strategie entwickeln, mit bindungsrelevantem Stress umzugehen

In der ursprünglichen Studie von Ainsworth in Baltimore 1978 ergab sich folgende Verteilung der unterschiedlichen Bindungstypen: 68% der Kinder waren sicher gebunden (B), 20% unsicher-vermeidend (A) und 12% ambivalent (C) (vgl. Dornes 2000a, S. 51 u. 2000b, S. 29). In einer später durchgeführten großen Meta-Analyse von van Ijzendoorn (1995) zur Bindungsforschung wurde innerhalb der Durchschnittsbevölkerung von 23,2% unsicher-vermeidend gebundenen Kindern (A), 17,6% unsicher-ambivalent gebundenen Kindern (C) und 59,2% sicher gebundenen Kindern (B) ausgegangen (zit. in Schmidt und Strauß 1997, S. 9). Die desorganisiert-desorientiert gebundenen Kinder (D) wurden nicht einbezogen, ihre

Prävalenz wird aber von anderen Autoren mit 10% beziffert (vgl. Grossmann und Grossmann 1994, S. 30).

Die Bindungsforschung zeigt auch sehr deutlich den Zusammenhang emotionaler oder empathischer Kompetenzen des Kindes als Konsequenz auf die Beziehung zur Bezugsperson (Mutter). Aus der Perspektive der Neurobiologie beschreibt Hüther (2005, S. 110) die Auswirkungen unsicherer Bindungsbeziehungen wie folgt:

„In unsicheren Bindungen gefangene Kinder lernen erstaunlich rasch, ihre Gefühle nicht zu zeigen, sie zu verstecken oder sogar bestimmte Gefühle zum Ausdruck zu bringen, die sie in Wirklichkeit gar nicht empfinden, von denen sie aber wissen, dass sie in einer bestimmten Situation von ihnen erwartet werden. (...) Sie gehen dabei bisweilen äußerst schlau vor und lernen, andere sehr genau zu beobachten. Aber ihnen fehlt die Fähigkeit, sich in andere Menschen hinein zu versetzen und deren Empfindungen mit zu fühlen“.

Joachim Bauer geht davon aus, dass Empathie nicht angeboren ist, sondern sich erst durch Bindungsbeziehungen in der ersten Kindheit entwickelt (vgl. 2006a, S. 118), und dass Menschen „neurobiologisch auf Bindung geeicht sind“ (2006a, S. 62).

Die Bindungstheorie hat dazu beigetragen die große Bedeutung der Interaktion und Kommunikation des Säuglings bzw. Kindes mit seinen primären Bezugspersonen zu verstehen. Die biologisch-biochemische Entsprechung fasst Theodor D. Petzold in seinem Kybernetischen Bedürfnis-Kommunikationsmodell zusammen, das im Kapitel über das Zugehörigkeitsgefühl beschrieben ist.

Die Erkenntnisse der Psychotherapieforschung über die Zusammenhänge und Auswirkungen von Bindungsbeziehungen auf Prozessverläufe im Rahmen der therapeutischen Beziehung sind im Kapitel Neuropsychotherapie von Grawe beschrieben.

3.5. Die Bedeutung von Selbstorganisation und Zugehörigkeitsgefühl in der ressourcenorientierten Forschung

Wir sind es gewohnt, menschliches Verhalten auf so genannte „Eigenschaften“ oder auf „Ursachen“ zurückzuführen. Auf diese Weise hat auch Antonovsky Kohärenzgefühl definiert

und (mit Fragebögen) gemessen. Diese Methode ist durchaus akzeptabel, solange wir uns bewusst sind, dabei mit einer verkürzten Sichtweise zu arbeiten und nicht dazu übergehen, Menschen wie Dinge zu behandeln. Wollen wir Menschen dagegen ein Eigenverhalten zubilligen, sollte diese Sichtweise jedoch ergänzt werden, und zwar um eine Sichtweise, die „in Kreisen denkt“, also das Verhalten von Menschen (z.B. Kohärenzgefühl) aus sich selbst heraus zu verstehen versucht.

Antonovsky war davon überzeugt, dass sein Ansatz erst dann sein volles Potential entfaltet, wenn er vor dem Hintergrund eines klaren begrifflichen Verständnisses von der bereits erwähnten Selbstorganisation lebender Systeme formuliert wird. Er selbst ist leider nie dazu gekommen dies zu tun.

Hermann Haken, Mathematiker und Physiker, ist ein Pionier auf dem Gebiet der Synergetik, der Lehre vom Zusammenwirken und hat intensiv Selbstorganisationsprozesse in Systemen beforscht (1981 u. 1997). Aus Sicht der klassischen Physik sind lebende Systeme eigentlich höchst unwahrscheinlich: sie müssen nämlich kontinuierlich Strukturen aufrechterhalten, die den Fluss von Stoff und Energie auf geordnete, hoch komplexe Weise verteilen. Das konsumiert aber auf Dauer zu viel Energie, um stabil zu sein und sich gegen die allgegenwärtige Tendenz zum Abbau von Ordnung (Entropie) zu behaupten. Ein „Trick“ mit dem sich lebende Systeme dabei behelfen ist, dass sie in den Strukturen die sie bilden, „Löcher“ lassen, in denen sie dann die einströmende Energie „intelligent“ dazu nutzen, um hoch effektiv und zugleich spielerisch einfach und ohne größeren Kraftaufwand mit dem Leben mit zu fließen. Lebende Systeme entwickeln diese Art von natürlicher Intelligenz durch Versuch und Irrtum; und es gelingt ihnen umso leichter und eleganter, je näher sie sich dabei an die Grenze dessen wagen, jenseits der sie in Turbulenzen geraten würden. Das heißt, lebende Systeme bewegen sich (überleben) am erfolgreichsten am Rande des Chaos.

Betrachten wir auf diese Weise das Leben, kommen wir vielleicht auch zu einer genaueren begrifflichen Vorstellung von Kohärenzgefühl: es wurzelt in einer sich verfeinernden Intelligenz des Körpers, die wiederum einhergeht mit der „Intelligenz“ der Gefühle. Und es nährt sich entscheidend von dem, was man die „Intelligenz von Sprache“ nennen könnte, das heißt von der sich im Dialog entfaltenden Intelligenz, im weitesten Sinne der Kommunikation.

Petzold (2006) sieht in der Kommunikation mehr Resonanz als Bindung, übertragen auf die Beziehung zwischen Kind und Mutter bedeutet es, dass das Kind schon ein eigenes kommunikationsfähiges Wesen (System) ist und das Bindende dabei die eigenen Bedürfnisse sind, auf die es eine Antwort (Resonanz) sucht. Direkt nach der Geburt ist der Säugling schon

in der Lage durch Suchen nach der Mutterbrust, durch Augenkontakt, Geruchssinn und Gehör sowie durch Schreien Signale auszusenden oder aufzunehmen, also in kommunikative Resonanz mit seiner Umwelt zu treten. Dieser Vorgang bewirkt im Gehirn des Säuglings neue Verschaltungen und die Produktion und Ausschüttung von Neurotransmittern. Den ersten Stunden nach der Geburt kommt im Sinne eines Zeitfensters für die Entwicklung des Zugehörigkeitsgefühls dabei offenbar eine ganz besondere Bedeutung zu. Anm. Eine überarbeitete und gestraffte Form findet sich unter folgenden Quellen: http://www.hs-magdeburg.de/fachbereiche/f-ahumanw/studiengaenge/kiwi/ring_ges/4-ringvorlesung-wise-2009-10/09-10-27Theodor.pdf, T.Petzold Salutogenese: Heilungsphasen – Evolution in kleinen Schritten (tpetzold.rtf)

Bedürfnisäußerung <> ANTWORT > Emotion

Die Kommunikation von Bedürfnissen läuft im Prinzip immer ähnlich ab: Erwartung > Erregung > Aktivität <> Antwort > Emotion.

Die Emotion kann je nach Antwort sehr unterschiedlich ausfallen: Befriedigung kann zu Entspannung und Zufriedenheit führen; Zurückweisung zu Frustration, Traurigkeit, Wut und innerer Anspannung.

Theodor D. Petzold hat die autonome Selbstregulation in Verbindung mit Einflüssen aus der Umgebung in einem Regelkreis (Kybernetisches Bedürfnis-Kommunikationsmodell) dargestellt, dessen Sollwert sowohl die Befriedigung des konkreten Bedürfnisses als auch ein zufriedenes Zugehörigkeitsgefühl ist.

Die Bedürfniskommunikation des Individuums beginnt mit einer Spannung zwischen dem Istwert und dem Sollwert. Hat ein Kind z.B. Hunger, weil sein Blutzucker nicht dem Sollwert entspricht, wird es wacher und sucht Nahrung. Das Hormon Noradrenalin spielt dabei die Hauptrolle. Wenn keine Nahrung gefunden wird, wird das Kind unruhiger, aktiver, die Wachheit wächst zur Erregung. Das Kind sucht intensiver und wird im Gehirn durch das Ausschütten von Dopamin belohnt. Bekommt es von der Mutter die gewünschte Nahrung, kommt sein System zur Entspannung und es fühlt sich zufrieden zugehörig, wahrscheinlich durch Serotoninausschüttung. Serotonin gibt uns das Gefühl der Gelassenheit, Ausgeglichenheit, inneren Ruhe, Zufriedenheit und dämpft die Angst.

Dieser Vorgang wird im Bedürfnis-Kommunikationsmodell grafisch veranschaulicht.

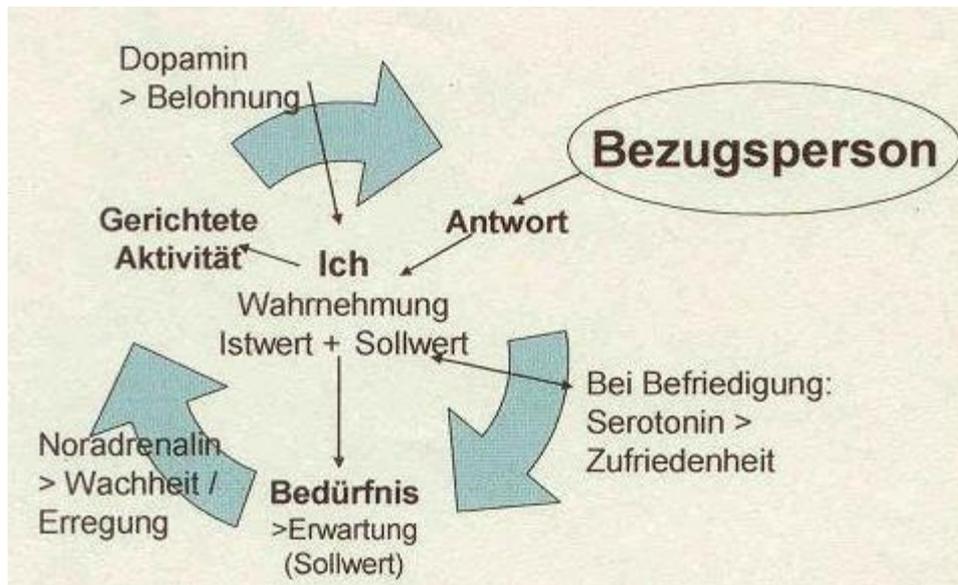


Abb.3 Kybernetisches Bedürfnis-Kommunikationsmodell nach Petzold, S. 24

Das Prinzip dieses Vorgangs scheint sich bei den unterschiedlichen konkreten Bedürfnissen immer wieder ähnlich abzuspielen, jeweils unter Beteiligung unterschiedlicher Zentren im Gehirn und z.T. auch noch weiterer Hormone wie z.B. das Oxytozin bei orgastischen Vorgängen und andere „Glückshormone“, wie z.B. Endorphinen.

Der Serotoninstoffwechsel mit den dazu erforderlichen Rezeptoren wird in der frühen Kindheit durch soziale Kommunikation insbesondere mit der Mutter geprägt. Der Verlauf der Bedürfniskommunikation als Erregungskurve im Individuum, die mit der Ausschüttung von bestimmten Botenstoffen im Gehirn einhergeht, soll an folgenden Graphiken dargestellt werden.

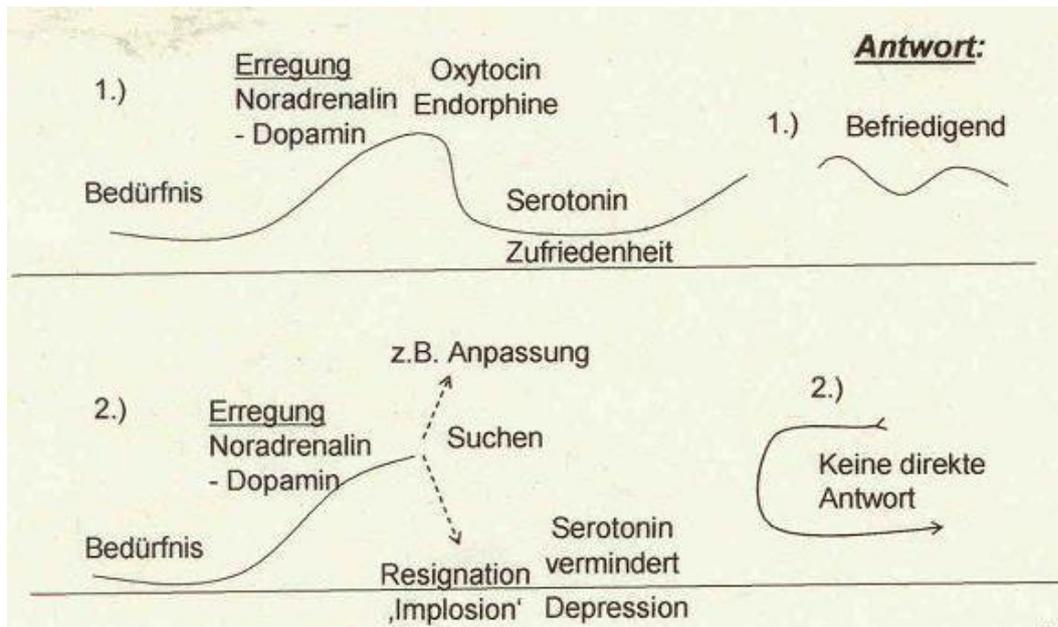


Abb. 4 Erregungsmuster nach Petzold, S. 25

Zu 1) Bedürfnisgerechte befriedigende Antwort, die sowohl das konkrete Bedürfnis befriedigt und damit zu einer Entspannung führt, als auch mit dem Kontakt zu einer Zufriedenheit des Zugehörigkeitsgefühls beiträgt.

Zu 2) Auf aktive Bedürfnisäußerung erfolgt keine Resonanz.

Das Kind versucht den Kontakt (das Zugehörigkeitsgefühl) anders als im direkten Emotionalen zu finden, durch Anpassung und Kompensation, oder es versucht immer wieder an diesen Punkt höchster Erregung zurück zu gehen, wo der erwartete Kontakt ausgeblieben ist. Ein bekanntes Phänomen in der Sucht- und Drogentherapie, da Suchtmittel eben diesen Zustand im Gehirn herstellen, die Ausschüttung von Dopamin, oder vom Effekt her vergleichbare Mechanismen, bewirken. Mit dem Bedürfnis-Kommunikationsmodell werden die neurophysiologischen Vorgänge mit den psychosozialen in Verbindung gebracht.

Bei häufig ausbleibender Antwort kann das Kind auch Symptome der Deprivation entwickeln.

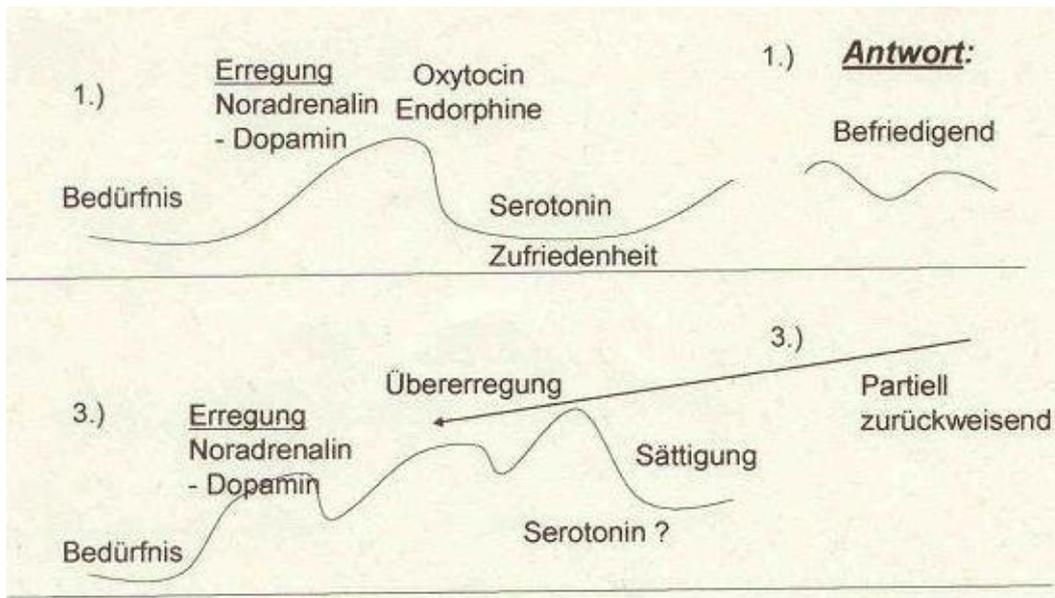


Abb. 5 Erregungsmuster nach Petzold, S. 26/27

Zu 3) Eine häufige und typische Modifikation dieser extremen Kommunikations- und Erregungsverläufe wie in Graphik 1 und 2. Hier wird das konkrete Bedürfnis des Kindes zunächst zurückgewiesen, der emotionale Kontakt zu dem Kind jedoch gehalten. Beim Kind kommt es zu einer Frustration und leichten Spannung; nach einer Weile versucht das Kind es wieder, jedoch erregter. Dies kann sich einige Male wiederholen, führt jedoch in der Regel nicht zu Problemen. Menschen sind sehr flexibel und können sich in einem weiten Spektrum gut selbst regulieren, Probleme entstehen erst, wenn ein solches Muster sich ständig wiederholt. Das Kind kann sich über die Flasche am Ende gar nicht mehr freuen. Es kommt zwar zur Sättigung, jedoch nicht mehr zur tiefen Entspannung. Die Frustration zeigt sich innerlich in erhöhter Anspannung, einem erhöhten Adrenalin Spiegel, der später zu vielen Störungen und Krankheiten führen kann, die allgemein als Stresssymptome bekannt sind.

Für das Zugehörigkeitsgefühl resümiert Petzold: das Zugehörigkeitsgefühl ist die Grundlage für die Emergenz der nächsten, der mentalen Daseinsdimension, die Verstehen ermöglicht. Sprache hat sich zwischen den Menschen gebildet, nicht in einem Menschen. Um Sprechen zu können, muss man hören können. Sprache ist ein kulturelles Resonanzphänomen. Lernen ist ein sozialer Akt. Denken entwickelt sich in Zugehörigkeit.

Mit dem Zugehörigkeitsgefühl wird deutlich, dass der grundlegende und für die individuelle, emotionale Entwicklung wichtigste Attraktor aus dem sozialen Übersystem kommt. Über die

Kommunikation wird nicht nur das psychische Befinden gesteuert, sondern auch der Haushalt von Neurotransmittern und letztendlich die integrierte Funktion des Organismus. So ist ein gutes, mit den individuellen Bedürfnissen abgestimmtes Zugehörigkeitsgefühl ein wichtiges Gesundheitsziel, sowohl für die Prävention, als auch Therapie und Rehabilitation. Wir können es stärken durch gute, bedürfnisadäquate Kommunikation.

3.6. Zusammenfassung und Perspektiven für eine Gesundheitsberatung

Wie gezeigt, geht es den Gesundheitswissenschaften im wesentlichen um gesundheitsbezogene Einsichten und Einstellungen, um die Veränderung von Verhaltens- und Lebensweisen in einem lebensweltlichen und biografischen Kontext sowie um die Bearbeitung von psychischen und sozialen Problemen. Daher sind Interventionen erforderlich, die auf die Motivierung und Selbstwahrnehmung sowie auf die Selbststeuerung von Menschen zielen, die Selbsthilfe- und Bewältigungsfähigkeiten von Menschen stärken und einen langfristigen Transfer der Veränderungen in ihren Alltag erreichen können. Hierzu eignet sich die sozialtherapeutische Beratung sehr gut, verknüpft sie doch sehr effektiv die psychologischen, sozialen, pädagogischen und medizinischen Aspekte ihres Klientels. Aus den vorgestellten Ansätzen der Bindungstheorie und des Resilienz- sowie des Salutogenesemodells erschließt sich für die psychosoziale Beratung eine Konzeption, die sich am Individuum systemisch, biografisch, am Verhalten, der Lebenswelt und den Ressourcen orientiert.

....„Eine wichtige Neuerung in der Konzeption von Gesundheit wurde im Salutogenesemodell von Antonovsky vorgenommen: im Unterschied zur traditionellen Fassung von Gesundheit als dichotome Kategorie (alternativ zu Krankheit), wurde sie als ein multidimensionales Kontinuum konzipiert, auf dem sich alle Menschen zwischen einem positiven Extrem maximaler Gesundheit und einem negativen Extrem minimaler Gesundheit bewegen. Die Vorteile dieser Konzeption von Gesundheit liegen darin, dass das unbefriedigende Alles-oder-Nichts-Prinzip (Gesundheit oder Krankheit) aufgegeben wird, und damit auch subtile Variationen von Gesundheit erfassbar werden. Menschen werden zudem ganzheitlicher als Person verstanden und nicht auf eine Krankheit reduziert. Da alle Menschen nun (ob sie die Diagnose einer Krankheit haben oder nicht) mehr oder weniger gesund sind, kann bei allen

ihre Gesundheit auch positiv gefördert werden“ (Toni Faltermaier zit. in Nestmann et al 2004, Bd II, S.1067).

Emmy Werner hat mit ihren Untersuchungen und dem daraus entstandenen Resilienzmodell die wissenschaftliche Perspektive der Gesundheitsforschung auf ein systemisches Verständnis erweitert. Ein weiterer Verdienst der Resilienzforschung besteht in der Erkenntnis des permanenten Wandels der Risiko- und Schutzfaktoren, d.h. einer flexiblen, den jeweiligen Situationsanforderungen angemessenen Widerstandsfähigkeit.

Einen weiteren wichtigen Impuls bekommt das ressourcenorientierte Gesundheitsmodell von der Bindungstheorie. John Bowlby und Mary Ainsworth z.B. mit ihrer Erkenntnis eines angeborenen Bindungs- und Explorationssystems (motivationales System) und des Konzepts der Feinfühligkeit, sowie deren *Messbarkeit* mit dem „Fremde-Situation-Test“, durch den es gelang, eine nicht empirische Überprüfung in die Ressourcenforschung einzuführen.

Im Hinblick auf die psychosoziale Beratung zur Gesundheitsförderung sei an dieser Stelle noch die herausragende Bedeutung der Imagination erwähnt. Imagination als ressourcenorientierte und damit salutogenetisch gestütztem Ansatz hilft in der therapeutisch-beraterischen Arbeit die Selbstheilungskräfte zu aktivieren.

Mit Hilfe der imaginativen Kraft wird vor allem Entspannung induziert, Stress reduziert und Bewusstsein sowie Aufmerksamkeit werden fokussiert. Wir lenken mit Hilfe unserer Vorstellungskraft den Fokus auf innere Welten des Trostes, der Hilfe und der Stärke. Diese Nutzung innerer Ressourcen bildet auch einen Hauptbestandteil der psychologischen und medizinischen Hypnosetherapie nach Milton Erickson. Gehirnforschern wie Hüther, Spitzer und Bauer gelang es, die der Vorstellungskraft zugrunde liegenden neurologischen Wirkungen und Vorgänge zu erkennen und zu beschreiben.

Victor E. Frankl erzählt dazu folgende Begebenheit aus seiner Zeit im Konzentrationslager, in der ihm die eigene Situation völlig trost- und hoffnungslos erschien:

„Da gebrauchte ich einen Trick: plötzlich sehe ich mich selber in einem hell erleuchteten, schönen und warmen, großen Vortragssaal am Rednerpult stehen, vor mir ein interessiert lauschendes Publikum in gemütlichen Polstersitzen – und ich spreche; spreche und halte einen Vortrag über die Psychologie des Konzentrationslagers! Und all das, was mich so quält

und bedrückt, all das wird objektiviert und von einer höheren Warte der Wissenschaftlichkeit aus gesehen und geschildert...und mit diesem Trick gelingt es mir, mich irgendwie über die Situation, über die Gegenwart und über ihr Leid zu stellen, und sie so zu schauen, als ob sie schon Vergangenheit darstellte und ich selbst, mitsamt all meinem Leiden, Objekt einer interessanten psychologisch-wissenschaftlichen Untersuchung wäre, die ich selber vornehme.
(...)

Wer an eine Zukunft, wer an seine Zukunft nicht mehr zu glauben vermag, ist hingegen im Lager verloren. Mit der Zukunft verliert er den geistigen Halt, lässt sich innerlich fallen und verfällt sowohl körperlich als auch seelisch“ (Viktor E. Frankl, 1982, S. 120 – 121).

4. Die Neurobiologie des Gehirns

Man glaubte bis vor ganz kurzer Zeit, was den Menschen ausmache, befinde sich in seinem Genom und wenn man das entschlüsselt, sei man in der Lage, den Menschen zu verstehen und im weitesten Sinne eingreifen und ihn von allen Übeln heilen zu können. Das menschliche Genom hat lediglich 30 000 Gene, nicht mehr, als Würmer haben. Die Erwartung, dass für jede Anlage und jede Eigenart ein eigenes Gen existiert, hat sich nicht erfüllt. „...es gibt keine Faulheitsgene, Intelligenzgene, Melancholiegene, Suchtgene oder Egoismogene. Was es gibt, sind unterschiedliche Anlagen, charakteristische Prädispositionen (Veranlagungen) und spezifische Vulnerabilitäten (Anfälligkeiten). Was aber letztendlich daraus wird, hängt von den jeweils vorgefundenen Entwicklungsbedingungen ab.“ (Hüther 2005, S. 9-10) Das menschliche Genom ist zu 99 % identisch mit dem des Schimpansen. Der Homo sapiens existiert etwa seit 100000 Jahren und hat sich in dieser Zeit nicht mehr verändert.

Damit genetische Anlagen sich entfalten können, bedarf es eines Milieus, das in der Regel von den Eltern geschaffen wird. Dieses Milieu liefert nicht nur die genetischen Anlagen, sondern stellt die Bedingungen dar, die zu einer Entwicklung dieser Anlagen nötig sind. Es reicht nicht, nur die genetischen Anlagen zu betrachten, man muss sich auch die Rahmenbedingungen anschauen, z.B. die familiären Bindungssysteme. (vgl. Hüther/Krens 2005, S. 94 ff) Wenn diese Rahmenbedingungen gestört sind, dann finden sich entsprechende Störungen auch bei der Entfaltung der genetischen Potenziale. Man kann die genetischen Anlagen untersuchen, isolieren und sequenzieren, aber nur schwer verändern. Die Rahmenbedingungen jedoch, unter denen Kinder aufwachsen, können sehr wohl verändert werden.

4.1. Die nutzungsabhängige Strukturierung des Gehirns

In seinem Vortrag Brainwash in St. Gallen, März 2006, vergleicht Hüther die Entwicklung des Gehirns mit einer Zwiebel. Die stammesgeschichtlich älteren Bereiche des Gehirns werden zuerst angelegt, die individuelle Gehirnentwicklung verläuft wie die stammesgeschichtliche von hinten unten nach vorne oben. Sie beginnt im Stammhirn und schreitet dann progressiv fort bis zum Schluss der präfrontale Cortex gebildet wird

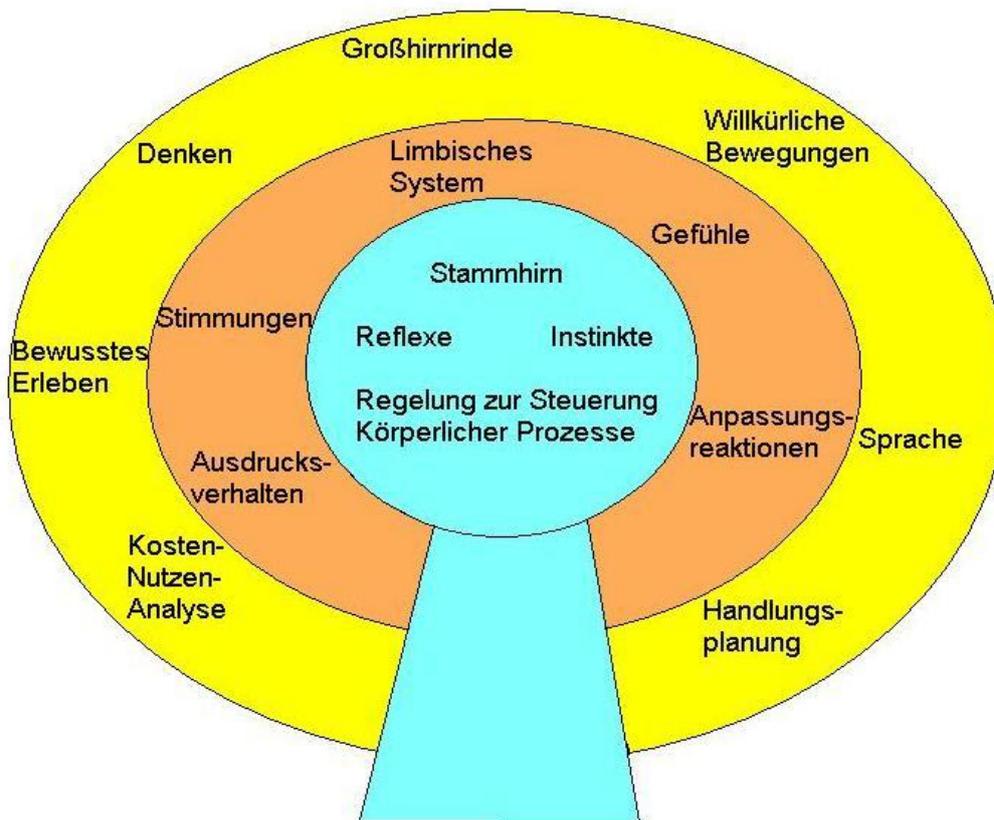


Abb. 6 Die nutzungsabhängige Strukturierung des Gehirns nach Hüther März 2006

Im Stammhirn finden sich einfache Regelkreise in Form von neuronalen Netzwerken und neuronalen Steuerkreisen, welche die Aufgabe haben, bestimmte Körperfunktionen wie Atmung und Herz-Kreislaufsystem, zu regulieren. Diese Teile des Gehirns werden früh in der embryonalen Entwicklung angelegt. Sie entwickeln sich zunächst relativ unabhängig voneinander. Auf einer weiteren Ebene entwickelt sich das limbische System. Dieses System kann die im Stammhirn angelegten Regelkreise zu konzertierten Reaktionen veranlassen. Am Beispiel Angst wird deutlich, dass in der Amygdala (Mandelkern) im limbischen Zentrum eine Erregung aufgebaut wird, die dann im Stammhirn eine spezifische Kettenreaktion auslöst. Das Herz rast, der Atem wird flach, stockt, Schweiß bricht aus, die Knie werden weich etc. Das gilt sowohl für aversive Verhaltensweisen, z.B. wenn Gefahr droht und das limbische System diese Gefahr in körperliche Reaktionen übersetzt. Es gilt aber auch für Annäherungsreaktionen, wenn es um die Teilhabe an positiven Bedingungen geht. Das limbische System ist ein Metasystem. Darüber hinaus gibt es ein weiteres Metasystem, die Großhirnrinde, die die Vorgänge im limbischen System beeinflusst. Sie tut dies sehr effizient, weil in der Großhirnrinde Erfahrungen verankert sind, die das Individuum im Laufe seines

Lebens gemacht hat. (vgl. Hüther 2001, S. 35-36) Auf diese Weise können gemachte Erfahrungen unter anderem das limbische Zentrum beeinflussen. Es gibt jedoch auch archaisch angelegte Reaktionsmuster, die, wie das Schlangenfurchtprogramm, ohne individuelle Erfahrungen funktionieren. Die Großhirnrinde dagegen ist ein Metasystem, das Bewertungen vornehmen kann aufgrund von tatsächlich gemachten Lebenserfahrungen. Sie kann die Reaktionen, die aus dem limbischen Zentrum kommen, durch Erfahrungsbezüge abmildern oder verstärken. Hüther verweist darauf, dass die Gehirnentwicklung nicht durch genetische Programme gesteuert wird. Die genetischen Programme erzeugen einen Überschuss an Nervenzellen, von denen bereits vor der Geburt ein Drittel wieder abgebaut wird. Was dann tatsächlich gebraucht wird, bleibt übrig. Dem Gehirn wird die größtmögliche Synapsendichte bereitgestellt. Die Nutzung wird in die vorhandenen Neuronen über die Synapsen hineingeschrieben. Die Häufigkeit der Nutzung sorgt für den Aufbau eines bestimmten Erregungsmusters. Anfangs unsichere Verbindungen werden gebahnt und gefestigt, bis schließlich ein stabiles Verschaltungsmuster entsteht.

Der Embryo lernt zuerst das Ausatmen. Die Lungen füllen sich immer wieder mit Flüssigkeit, die herausgepresst werden muss. Sie füllen sich erneut und müssen wieder ausgepresst werden. Durch diese Erfahrung entsteht bereits vor der Geburt das stabile Muster des Ausatmens. Hüther z.B. verweist darauf, dass man durch die Konzentration auf das Ausatmen sehr tief an frühe Erfahrungen herankommt. Man knüpft an eine der allerersten eigenen Erfahrungen an.

Zum Aufbau der Bahnung ist eine Repräsentanz nötig. D.h. es gibt ein Angebot an Verschaltmöglichkeiten und Nervenzellen, aber wenn keine Erregung stattfindet und keine Bewegungsmuster erfolgen, wird das Muster komplett wieder aufgelöst.

Hirnentwicklung findet im lebendigen Dasein statt. Deshalb brauchen Kinder in den Phasen, in denen diese Verschaltungsmuster ausgebildet werden können, vielfältige Anregungen und Herausforderungen sowie Bedingungen, unter denen sie diese Angebote überhaupt nutzen können.

Wenn Kinder auf die Welt kommen, haben sie eine Präferenz die Sprache zu lernen, die sie bereits kennen gelernt haben. Das ungeborene Kind kennt die Sprachmelodie der Mutter und entwickelt eine Vertrautheit gegenüber dieser Sprache. Das Sprachzentrum reift bis zum 3. Lebensjahr. Wenn man einem Kind in diesen Jahren gleich drei Muttersprachen anbietet, werden hierdurch überdurchschnittlich viele Verschaltungen angelegt. Die Entdeckung der Spiegelneuronen zeigte einige bemerkenswerte Zusammenhänge zwischen Handlungen und Sprache. „Im Gehirn befinden sich die Nervenzellnetze, die für die Sprachproduktion

zuständig sind, an gleicher Stelle wie die Spiegelneurone des bewegungssteuernden Systems. Es ist nicht ausgeschlossen, dass sie teilweise identisch sind. Die Sprache hat sich im Verlauf der Entwicklung des Menschen offensichtlich aus den motorischen Systemen des Gehirns entwickelt.“ (Bauer 2006, S. 75 ff)

In Abhängigkeit von den frühkindlichen Erfahrungen, die ein Mensch gemacht hat, sind die spätere Hirnstrukturierung und die Nutzung grundsätzlich unterschiedlich. Wenn man sich bestimmte Dinge vorstellt, kann man über den Scanner sehen, wie bestimmte Hirnareale aktiviert werden. Der Nachweis einer bestimmten inhaltlichen Bedeutung kann jedoch damit noch nicht erbracht werden.

4.2. Die Verankerung von Erfahrungen

Wie wird in einer bestimmten Region des Gehirns ein Netzwerk aufgebaut?

Warum konnte ein Gehirn so anders werden als ein zweites und wie ist es schließlich so geworden? Erst über diesen historischen Ansatz kann man bestimmte Prinzipien herausarbeiten. Das Sprachzentrum ist nicht verantwortlich für die Herausbildung von Sprache; die Voraussetzung ist, dass es in einer Kultur überhaupt Sprache gibt. Das gesprochene Wort ist die Ursache für die Fähigkeit, solch eine Hirnregion (z.B. das Sprachzentrum) herauszubilden. Und damit wird aus der Neurobiologie nach Hüther eine sozialwissenschaftliche Disziplin. Folgt man diesem Gedanken, öffnet die Neurobiologie Tore zu anderen Disziplinen, die für Pädagogen, Berater und Therapeuten zunehmend bedeutsamer werden können.

Wie sehr ein Kind bereits geprägt ist durch das, was es vor der Geburt erlebt hat, wird erst jetzt so richtig evident. Es geht darum wie viel ein Kind bereits gelernt hat, wenn es zur Welt kommt. Entscheidende Lern- und Prägungsprozesse finden in den ersten neun Monaten statt. (Hüther/Krens, 2005)

Francis und andere haben dazu Versuche gemacht, die in „Nature New Science“ erschienen sind, und zwar zunächst mit Ratten. Sie stellten die Frage, was angeboren und was erworben ist. Unmittelbar nach der Geburt wurden die kleinen Ratten von einer Mutter zur anderen vertauscht. Eine Gruppe der Ratten bestand aus fürsorglichen Muttertieren, die ihre Kinder abgeleckt, gestillt und immer wieder ins Nest zurückgetragen haben. Die anderen ließen ihre Kinder einfach liegen. Diese ließ man schwanger werden, vertauschte die Jungen dann zur Hälfte nach dem Wurf, um sie bei der „falschen“ Mutter aufwachsen zu lassen – es galt

herauszufinden, ob solche Verhaltenweisen vererbt oder erworben sind. Die Ergebnisse waren eindeutig, denn diese Eigenschaften werden nicht vererbt. Man muss bei einer „guten“ Mutter aufgewachsen sein, um solche komplizierten Fähigkeiten zu erwerben.

Diese Arbeitsgruppe hat sich später tiefer in so genannte „cross-over–studies“ hinein gearbeitet. Man hat befruchtete Eizellen in die „falschen“ Mütter eingepflanzt (cross-fostering).

Es gibt Mäusestämme, die sich stark in ihren Verhaltenseigenschaften unterscheiden; ein Stamm z.B., der extrem ruhig ist, der ein anderes Lernverhalten und einen anderen Schlafrhythmus hat und einen anderen Stamm, der sehr unruhig ist. Die Eizellen des ruhigen Stammes wurden in Leihmütter des unruhigen Stammes eingepflanzt, und als die Jungen zur Welt kamen haben sie die Verhaltensweisen der unruhigen Mütter angenommen. Derartige Grundeigenschaften, ruhig oder unruhig zu sein, (was bei Menschen auf der Ebene der Temperamente liegt), ist offenbar nicht genetisch verankert, sondern wird erworben durch pränatale Einflüsse. (vgl. Hüther 2006, S. 65 u. 66)

Hüther fordert unter diesem Gesichtspunkt, dass alle Zwillingsstudien der letzten fünfzig Jahre noch einmal neu bewertet werden müssen.

4.3. Die Herausformung neuronaler Verschaltmuster

Neun Monate vor der Geburt passieren Entwicklungsprozesse und Weichenstellungen, die in ihrer Komplexität kaum zu überbieten sind. In dieser Phase wird das Fundament gelegt, auf dem später weiter modifiziert wird, entsprechend der dann folgenden Erfahrungen.

Es geht um die nachgeburtlichen Erfahrungen, frühe Bindungsbeziehungen, eingebunden in eine Art Bindungssystem, das nach der Geburt aktiviert und möglicherweise bereits im Mutterleib angelegt wird. Diese Vorstellung basiert auf der impliziten Erfahrungen, mit der ein Kind auf die Welt kommt. Diese lautet, ich bin die ganze Zeit verbunden gewesen. Das erzeugt zwangsläufig die Annahme, dass es so bleibt. Jedes Kind möchte weiter in dieser Verbundenheit bleiben und sucht nach allem, was an diese Verbundenheit erinnert, denn das vermittelt Sicherheit und Geborgenheit. Deshalb lernen Kinder die Sprache, die die Mutter gesprochen hat besonders gern, diese Sprachmelodie ist ihnen vertraut. Im Fruchtwasser sammelten sich bestimmte Qualitäten. Pheromone und Aromastoffe, die die Mutter immer zu sich genommen hat, kommen in das Fruchtwasser. Das Kind weiß, wenn es auf die Welt kommt, ungefähr wie die Mutter riecht und was sie normalerweise isst. Diese Informationen

werden wieder über die Muttermilch aufgenommen. Das Einschließen der Muttermilch wird reguliert durch Oxytocin und immer dann, wenn das Kind gestillt wird, sind das Momente tiefsten Vertrauens zwischen Mutter und Kind. Es entsteht ein intensiver Blickkontakt zwischen Mutter und Kind, und im kindlichen Hirn kommt das Oxytocin an, das in höherer Konzentration in der Muttermilch vorhanden ist. Dort regt das Oxytocin bestimmte Rezeptoren an und erzeugt Oxytocin-spezifische Erregungsmuster.

Der Blickkontakt zwischen Kind und Mutter vertieft ein entsprechendes Erregungsmuster im kindlichen Gehirn, ein vertrauensbildendes Muster. Diese beiden Erregungsmuster überlagern sich, weil sie simultan auftreten. Aus diesem Zusammenhang erklärt sich, warum Oxytocin als Bindungshormon bezeichnet wird. „Oxytocin ist interessanterweise sowohl Ursache, als auch Wirkung von Bindungserfahrungen...“ (Bauer 2006, S. 45)

Wenn solche Prozesse gut funktionieren, dann entsteht daraus eine sichere Bindung. Diese Vorgänge geschehen einerseits mit Unterstützung der hormonellen Systeme und andererseits durch vorgeburtliche Erfahrungen.

In der Konsequenz entwickeln die Menschen zwei Bedürfnisse, verbunden zu bleiben und unabhängig zu werden.

Wenn man diese Bedürfnisse als Grundbedürfnisse eines Kindes begreift wird deutlich, zu welchen Fehlentwicklungen es kommen kann. „Klebrige Bindungen“ verhindern Entwicklung, oder „lose Bindungen“ verhindern die Entstehung eines angemessenen Entwicklungsrahmens (vgl. Riemann 2000, S. 12-15). Es handelt sich um einen schwierigen Prozess, der in der kindlichen Entwicklung immer wieder neu justiert werden muss. In dem Maße, indem die Bindungen auf andere Bezugspersonen erweitert werden, erfolgt eine Übernahme von Haltungen und Fertigkeiten dieser Personen. Dabei spielt keine Rolle, ob man diese Fertigkeiten als Kind wirklich braucht. Verantwortlich für die Übernahme von komplexen Handlungsmustern sind nach neueren Erkenntnissen die Spiegelneurone im Gehirn. Spiegelneurone sind die Voraussetzung für ein Erfassen und tieferes Verstehen miteinander verbundener Personen.

So hat man z.B. in Versuchen mit Affen festgestellt, dass das Beobachten ausreicht, um das gleiche Erregungsmuster im Gehirn des Beobachters zu erzeugen, wie beim Beobachteten während seiner Handlung. Gäbe es alleine die Beobachtungen aus Affenversuchen, wäre ein Eins zu Eins-Übertrag auf menschliches Lernverhalten unbefriedigend. Bestätigung jedoch erhalten wir aus der vielfältigen Beobachtung kleinerer Kinder in der Interaktion mit größeren oder mit Erwachsenen. Gut zu beobachten sind die Imitationsversuche der jüngeren am Verhalten der älteren. Das reicht vom Nachmachen einfacher Kopf- und Handbewegungen,

Schrittfolgen, bis hin zu Imitationen komplexer Bewegungsabläufe und sprachlicher Muster. Das geht jedoch nur, wenn der Beobachter eine emotionale Beziehung zum beobachteten Subjekt hat. Affektive Reaktionen werden mitgemacht, aufgebaut und im weiteren Verlauf relativ leicht ausgelöst. Diese Phänome erklären, warum Kinder bestimmte komplizierte Bewegungsabläufe (wie das Fahrradfahren) durch Beobachtung lernen, bevor sie das erste Mal auf ein Fahrrad steigen. Die erforderlichen Muster sind bereits vorhanden (vgl. Bauer 2006, S. 26 ff).

Die Menschen sind von den höheren Säugern diejenigen, die archaische Ängste durch Erfahrungen und kognitive Bilder überschreiben können. Das gilt für die Überformung stammesgeschichtlich alter Programme, z.B. Ängste vor Schlangen, vor großen Höhen, vor Feuer, überhaupt für alle archaischen Ängste, die wir mit Säugetieren gemeinsam haben und für deren Auslösung im Thalamus angelegte Verschaltungen zuständig sind.

Diese können abgeschwächt oder auch gesteigert werden. Wenn die Mutter, die eine gute Bindung zu ihrem Kind hat, beim Anblick einer Spinne jedes Mal entsetzt aufschreit, dann wird ihr Kind genau dafür sensibilisiert. Grawe bezeichnet diese Vorgänge als prepriming. (Grawe 2004, S. 266 f)

:

Das Gehirn verarbeitet alle Wahrnehmungen, die in einer traumatischen Situation entstehen; zu jeder Wahrnehmung gehören bestimmte Emotionen und Körperreaktionen, die gleichzeitig eintreten.

In der Regel sind es multisensorische Eindrücke, die gleichzeitig entstehen und miteinander verkoppelt werden.

Eine einschneidende Stimme, die mit Angst assoziiert wird, Gerüche, Körperhaltungen usw. werden miteinander verknüpft. Das kann später dazu führen, dass bestimmte Sinneseindrücke, die auftauchen entweder Empfindungen von Angst oder von Geborgenheit auslösen.

„Ich-Funktionen“	(Meta-Repräsentant „Selbstbild“)
Leitbilder, Ziele, Orientierungen	(Motivation)
Haltungen Verantwortung Empathie	(Soziale/emotionale Kompetenz)
Handlungsplanung Folgenabschätzung	(Impulskontrolle)

Abb. 7 Selbstwirksamkeitsprinzip

Beispiel Selbstwirksamkeitskonzept:

Was das Selbstbild eines Menschen ausmacht und später die Ich-Funktionen bildet, wird in Form von Repräsentanzen im Präfrontalen Cortex (PFC) angelegt.

Um ein Selbstwirksamkeitsmuster aufzubauen, muss ein Kind die Erfahrung machen, dass es etwas bewirken kann. Anderenfalls wird die komplexe Erfahrung nicht aufgenommen im Präfrontalen Cortex. Kinder brauchen Gelegenheiten, um entsprechende Erfahrungen im Gehirn aufzubauen. Leitbilder, Ziele, Orientierungen, Vorstellungswelten sind Voraussetzung dafür, dass Motivation entsteht. Die Fähigkeit Haltungen aufzubauen, Verantwortung zu übernehmen, sich gar in jemanden hineinzusetzen, sind hochkomplexe Leistungen, die Kinder im Allgemeinen bis zum sechsten Lebensjahr erwerben. Das ist die Voraussetzung für das, was später als emotionale und soziale Kompetenz bezeichnet wird. Es muss jemand da sein, von dem man es lernen kann und zu dem man eine emotionale Verbindung hat; und diese Person muss das Verhalten häufig genug vormachen. Fachleute verweisen zunehmend auf Kinder, die nicht mehr die Verhaltensweisen ihrer Eltern übernehmen, sondern von Personen aus dem Fernsehen, zu denen sie möglicherweise eine engere, spezifische Beziehung haben (vgl. Spitzer 2006, S. 189-194).

In ihren Untersuchungen zur emotionalen Beanspruchung von Schülern geben Myrtek und Scharff mit Recht zu bedenken: „...nimmt man die Schule, das Elternhaus und das Fernsehen zusammen, so werden fast 42 % der Erziehung vom Fernsehen geleistet.“

Die Fähigkeit Handlungen zu planen oder die Folgen von Handlungen abzuschätzen (Konsequenzanalyse) kann man nicht unterrichten, Kinder muss Gelegenheit geboten werden, Erfahrungen zu machen.

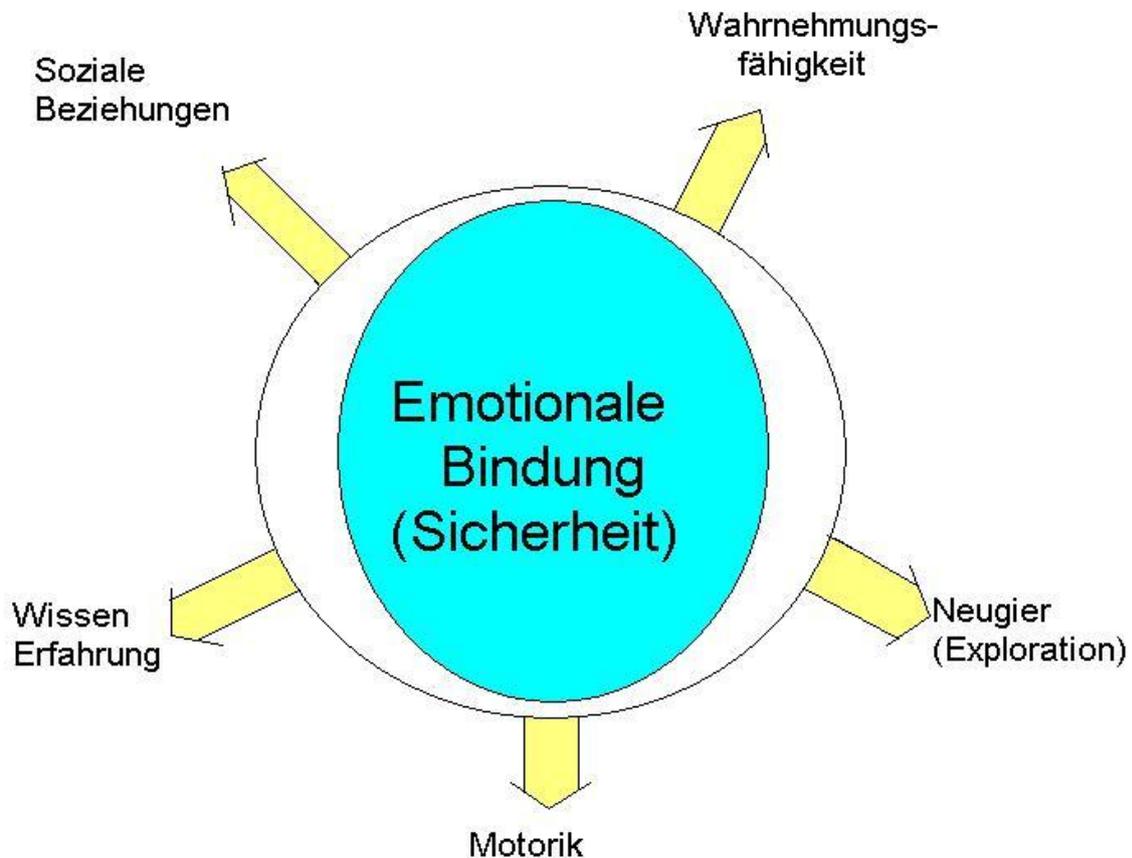


Abb. 8 Strukturierung Frontalhirn zur Konsequenzanalyse

Damit das Frontalhirn [in der im Bild dargestellten Form] strukturiert werden kann, muss das Kind sich in einem Zustand befinden, in dem es diese Muster aufbauen kann. Wenn ein Kind verunsichert ist, oder unter Druck steht, wenn es irritiert wird, entstehen im Gehirn zunehmende unspezifische Erregungen (arousal genannt) und im Frontalhirn kann nichts aufgebaut werden.

Die Fähigkeit zu empathischem und planvollem Verhalten und Handeln ist stark eingeschränkt. Die handlungsleitenden und einstellungsbestimmenden Erregungsmuster sind so kompliziert, dass sie nicht mehr aufgebaut werden können, wenn die Erregung zu groß wird.

4.4. Veränderungsmöglichkeiten im erwachsenen Gehirn

- Die Bedeutung emotionaler Aktivierungsprozesse -

Nach Hüther ist es nicht möglich, etwas Neues ganz neu zu lernen. Wenn man eine Wahrnehmung macht, etwas Neues erfährt, entsteht im Gehirn ein Erregungsmuster in Bereichen, in denen diese sensorischen Wahrnehmungen eintreffen. Dieses Erregungsmuster bringt eine spürbare Unruhe in den bisherigen Verarbeitungsprozess des Gehirns. Je komplexer das Neue ist, umso stärker wird die Unruhe. Das Gehirn versucht diese Unruhe zu minimieren, indem es dieses Erregungsmuster an ein bereits vorhandenes anfügt. Erinnerungsbilder werden in den Bereichen aufgerufen, in denen bereits entsprechende Verschaltungsmuster vorhanden sind. Sind die bereits gespeicherten Muster kompatibel, gibt es folgende Möglichkeiten der Assoziation:

1. die neue Herausforderung und die alten Erinnerungsbilder passen zusammen; man macht, was man in diesen Situationen immer gemacht hat
2. ein ähnliches Erinnerungsbild ist nicht verfügbar; die neue Wahrnehmung wird ignoriert
3. die neue Herausforderung kann mit einer älteren Erinnerung verknüpft werden und das neue Erregungsmuster überlappt sich mit dem alten. Passt das Neue in den Schatz der alten Erfahrungen, dann wird es mit den alten Erinnerungen verbunden und in der Großhirnrinde abgelegt. Es wurde etwas hinzulernt. Diese Vorgänge werden von einer gewissen Unruhe begleitet, und der Augenblick der Verbindung mit einer alten Erfahrung, bzw. Problemlösung wird als Entlastung erlebt. Hierdurch wird das Belohnungssystem aktiviert, denn das Gehirn hat eine bestimmte Aufgabe erfolgreich gemeistert. Über die Aktivierung des Belohnungssystems wird das neu hinzugekommene Muster zusätzlich im Gehirn verankert.

Um solche hochkomplexen Muster im Frontalhirn aufzubauen, darf ein Kind nicht in Unruhe gebracht werden. Ist dies nicht gewährleistet, wird es durch diese sich ausbreitenden Erregungen unmöglich gemacht, komplexe Verschaltungsmuster aufzubauen. Kinder brauchen während ihrer Entwicklung Stabilität und Sicherheit. Am besten ist Stabilität zu erreichen, wenn sie sich sicher fühlen. Ist das nicht gegeben, sind Kinder nicht interessiert

daran, etwas Neues zu lernen. Sie suchen nur Sicherheit. Diese Sicherheit gewinnen Kinder auf drei Ebenen.

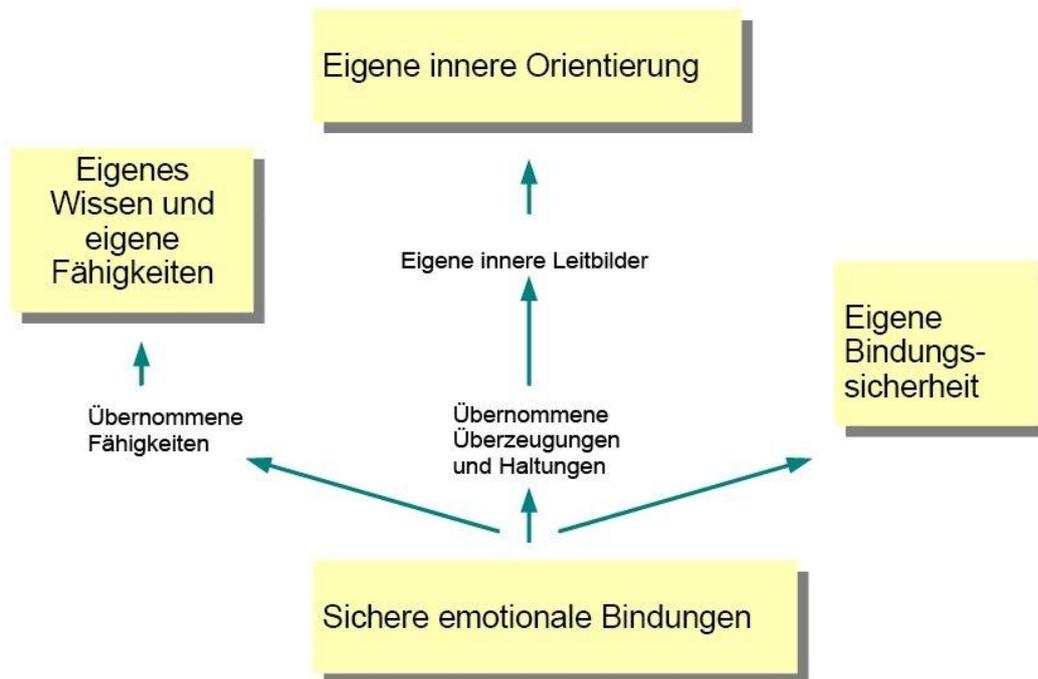


Abb. 9 Emotionale Aktivierungsprozesse

1. Vertrauen, dass man selbst etwas kann (Selbstwirksamkeitserfahrung)
2. Vertrauen, dass es jemanden gibt, mit dem man es gemeinsam machen kann (Bindungssicherheit und Zugehörigkeit)
3. Vertrauen, dass es (wieder) gut wird (positive Lebenseinstellung = SOC)

Diese drei Säulen braucht der Mensch, um sich auf etwas Neues einlassen zu können, um offen sein zu können für das, was es auf der Welt zu entdecken gibt, d.h. um unser Frontalhirn auf komplexe Weise benutzen zu können. Geht das nicht, schaltet es auf Notfall um, es geht nur noch ums Überleben.

Wie gewinnt ein Kind eine eigene innere Orientierung? Als ein Beispiel dafür nennt Hüther (2006, Vorlesung St. Gallen) die Hausmärchen, die wir unseren Kindern erzählen. In den Geschichten kommt es zu Schwierigkeiten und man hat das Gefühl, es geht nicht mehr. Dann passiert irgendetwas und alles wird wieder gut. Das Kind extrahiert aus den Geschichten, dass es im Leben Probleme gibt, aber am Ende alles in Ordnung kommt.

Das eigene Wissen und die eigenen Fähigkeiten sind Eigenschaften, die bereits erworben wurden. Das Vertrauen in diese Fähigkeiten wird gesteigert durch die eigene Bindungssicherheit, die wir nur mit wenigen Tieren teilen, die in einem sozialen Familienverband groß werden, z.B. Affen und Meerschweinchen. Wenn ein Tier alleine ist und etwas Unbekanntes erlebt, dann gibt es eine massive Stressreaktion. Mit einem Artgenossen aus seinem Verband an seiner Seite, hält es viel mehr aus. Stress muss in diesem Fall erheblich verstärkt werden, um eine entsprechende Stressreaktion hervorzurufen. Hirnforscher bezeichnen diesen Vorgang als psycho-social-support, eine Steigerung des Vertrauens, dass es gemeinsam geht. Ein anthropologisch wichtiger Akzent wird dem Umstand zugeordnet, dass nur der Mensch in der Lage ist, in seiner eigenen inneren Vorstellungswelt Orientierung und Halt zu finden

Veränderungen im menschlichen Gehirn sind in einem hohen Maße gebunden an Veränderungen von sozialen Beziehungserfahrungen. Deshalb ist auch im therapeutischen Kontext die Beziehungserfahrung entscheidend dafür, im Patienten etwas zu bewirken. So hat sich seit einigen Jahren die Überzeugung durchgesetzt, dass die Intensität, bzw. die Qualität einer therapeutischen Beziehung wichtiger ist als therapeutische Schulen oder Techniken (vgl. Ettrich 2004, S. 7, Grawe 2006, S. 163, 404 f.).

Hieraus ergibt sich ein veränderter Zugang zur Erfassung von Entwicklungsprozessen.

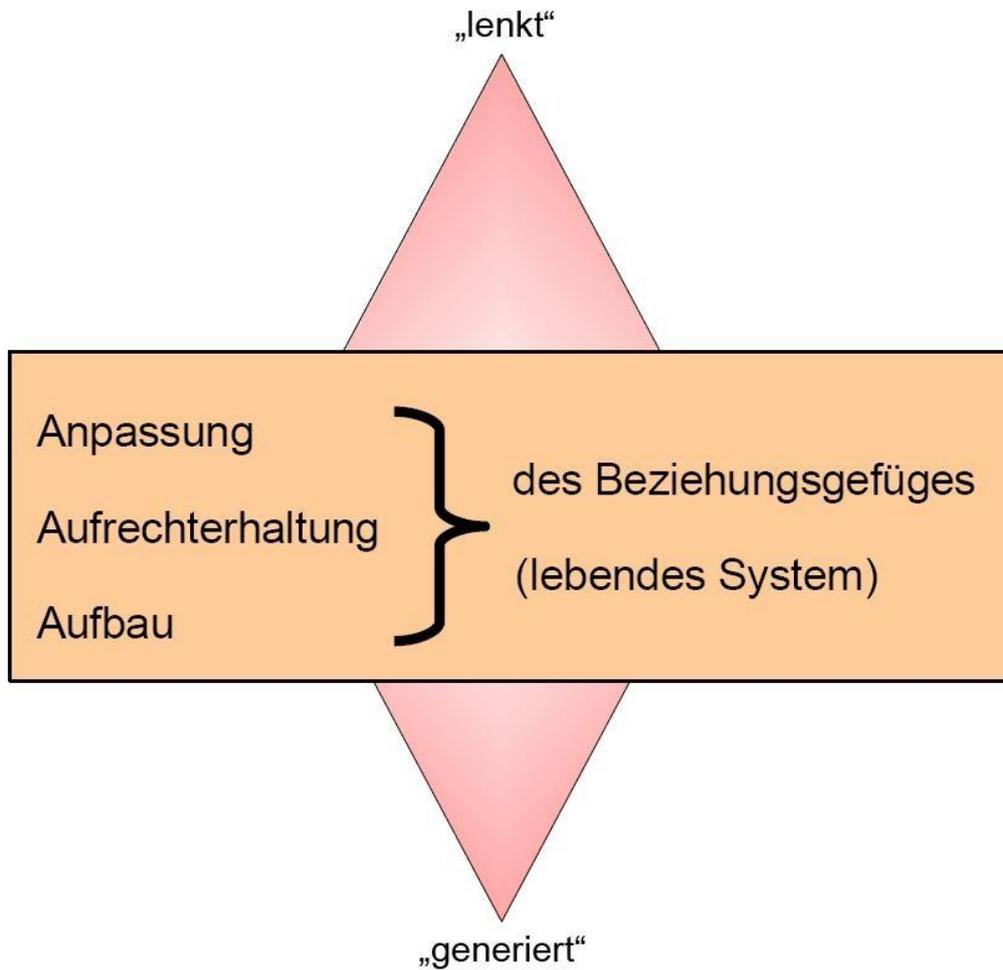


Abb. 10 Erfassung von Entwicklungsprozessen

Ein Kind wächst mit bestimmten Fähigkeiten in ein Beziehungssystem hinein, und die Familie lenkt, was davon benutzt wird und wirksam bleibt, und was davon in diesem Familiensystem keinen Sinn ergibt. So haben wir eine sehr dialektische Beziehung von *nature*, der natürlichen Generierung von Beziehungssystemen und *nurture*, der von der Umwelt bedingten Strukturierung dieses Geschehens.

Hierzu eine schematische Darstellung:

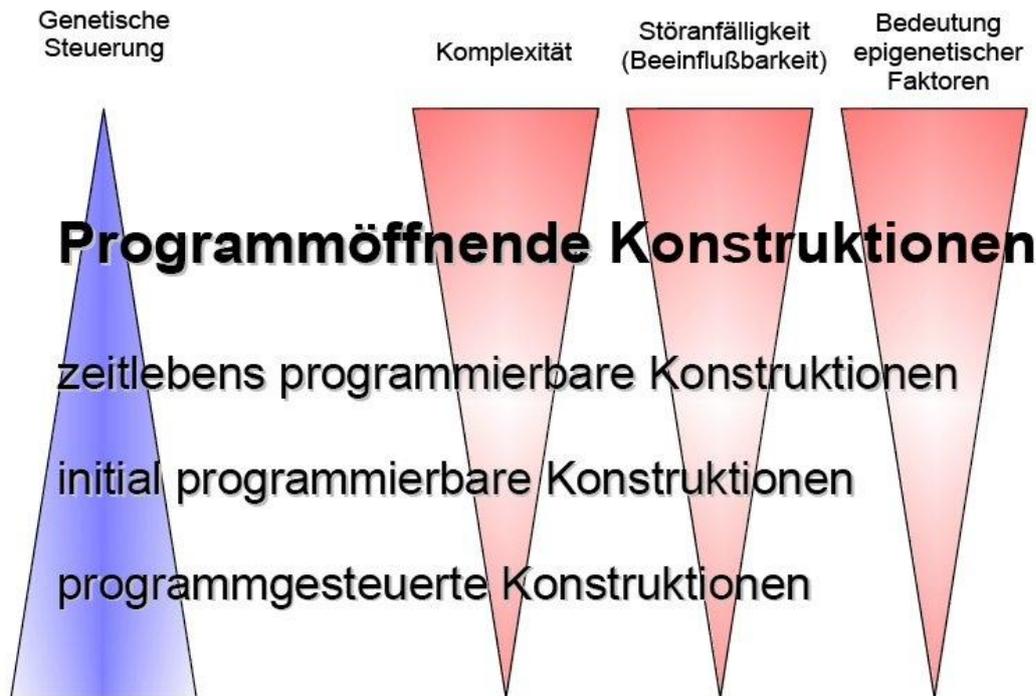


Abb. 11 Programmöffnende Konstruktionen

Unten befinden sich programmgesteuerte Konstruktionen von Gehirnen. Hier werden die neuronalen Verschaltungen des Gehirns ausschließlich von unten her gelenkt; d.h. ausschließlich über genetische Programme. Spinnen, Würmer und Insekten haben solche Gehirne. In diesen Gehirnen gibt es keine Flexibilität, keine Lernfähigkeit.

Evolutionär bedingt hat sich eine initial programmierbare Konstruktion entwickelt; diese findet man bei Vögeln und Säugetieren. In diesen Gehirnen finden Prägungen statt. Für diese gibt es Zeitfenster, in denen über Bindungen Prägungen hergestellt werden können. Derartige Prägungen gelten für ein ganzes Leben.

Wir Menschen haben eine zeitlebens programmierbare Konstruktion. Das bedeutet, dass wir uns bis ins hohe Alter Verhaltensprogrammierungen ins Gehirn „einbauen“ können.

Alle Erfahrungen stecken schon als Optionen in unserem Gehirn. Wir verfügen über eine zeitlebens lernfähige Konstruktion, die sich immer wieder öffnet. Damit unser Gehirn nicht in eingefahrenen Programmen stecken bleibt, müssen wir in sozialen Bindungen und Beziehungen leben.

Dadurch ist das Gehirn nicht länger ein lineares Modell mit einem irreversiblen Reifungsprozess, der durch genetische Programme gelenkt wird, sondern es gibt einfache Verschaltungsmuster, die hochkomplex werden können, wenn es stabilisierende Einflüsse gibt

oder die bei destabilisierenden Einflüssen wieder einfacher werden können. Die Art der Nutzung bestimmt die Qualität der Funktionsweise des Gehirns. Hüther sagt, dass für eine Veränderung im Gehirn nicht die Anzahl der Nervenzellen wichtig ist, sondern die Beziehung der Zellen untereinander, vergleichbar mit einem sozialen Gefüge. Für eine Veränderung im Gehirn, muss die Beziehung der Nervenzellen zueinander verändert werden. Beziehungsmuster im Gehirn verändern sich nicht nur chemisch, sondern auch strukturell (vgl. Grawe Neuropsychotherapie). Die Synapsen rücken bei starker Benutzung enger zusammen. Das kann im Elektronenmikroskop sichtbar gemacht werden. Entweder wird der Spalt enger, oder die Synapsen an sich werden breiter durch häufige Benutzung oder es werden Seitenäste angebaut, und es entstehen Mehrfachsynapsen.

Schnelle Prozesse im Gehirn werden mit Glutamat als aktivierendem Transmitter im Kortex und GABA als hemmenden Transmitter geregelt. Es gibt globalisierende Transmittersysteme, die monoaminergen Systeme und das cholinerge System. Im Zwischenhirn hat man die Zellkörper dieser globalisierenden Transmittersysteme, die in Funktion treten, wenn das limbische System durch eine emotionale Erfahrung aktiviert wird. Psychoemotionale Erregungszustände, z.B. psychosoziale Konflikte, Verlust von psychosozialer Kompetenz wie Arbeitslosigkeit, Tod oder Trennung von wichtigen Personen, lösen eine Aktivierungsreaktion aus, die mit Stress einhergeht. Ausreichend mag bereits die bloße Vorstellung dieses Ereignisses sein, damit im Gehirn das gleiche passiert. (vgl. Kapitel 5.1)

Eine Erregung breitet sich aus, und wenn keine Lösung gefunden werden kann, dringt die Erregung tiefer und erreicht das limbische System und die dopaminergen und die noradrinergen Kerngebiete werden aktiviert. Die Fortsätze der dopaminergen Projekte reichen in die höheren Bereiche des Gehirns und dort wird Dopamin ausgeschüttet. Die Ausschüttung kann dazu führen, dass im Gehirn tiefgreifende strukturelle Umformungsprozesse in Gang kommen. Dann werden über die Ausschüttung von Dopamin (oder einer Reihe anderer Botenstoffe) in den betroffenen Zellen, in den neuronalen Terminalbereichen der Projektionen, (beispielsweise im frontalen Kortex), ganze Kaskaden von Reaktionen in Gang gesetzt. Das veranlasst die Zelle zu veränderten Reaktionen, beispielsweise vermehrt Wachstumsfaktoren zu produzieren, oder Eiweiße, die gebraucht werden, um neue Fortsätze zu produzieren oder neue synaptische Kontakte herzustellen.

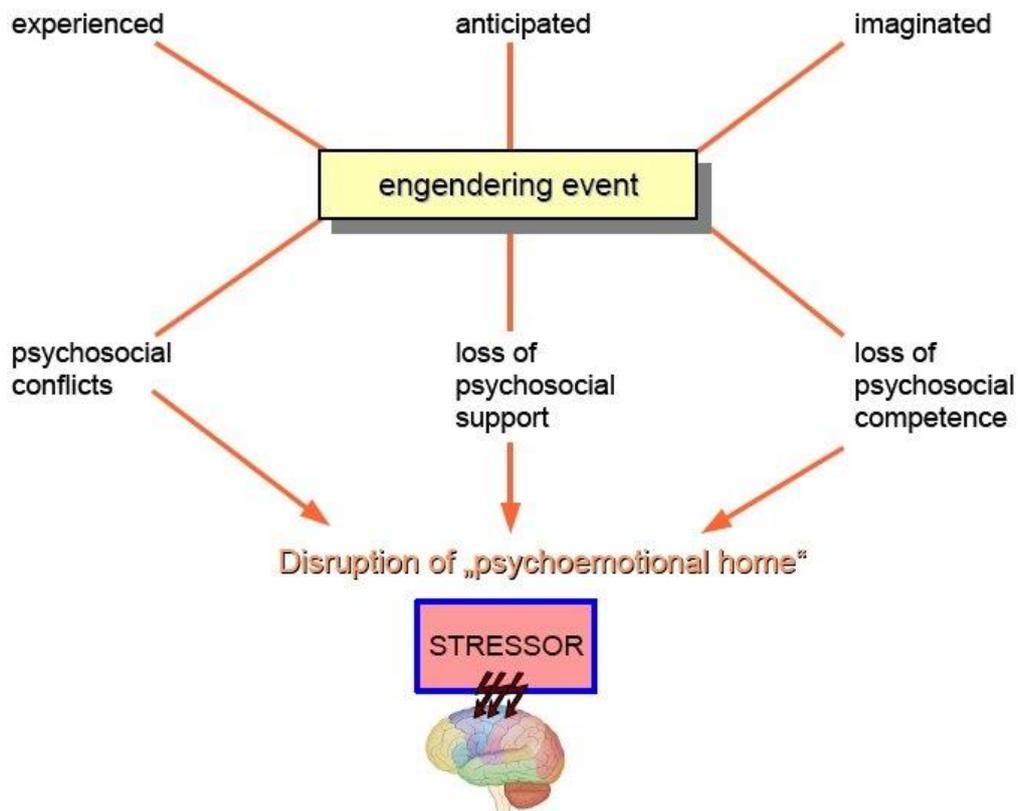


Abb. 12 Schematischer Ablauf Stressreaktionen

Breitet sich im Gehirn eine Erregung aus, und es wird keine Lösung gefunden, entsteht eine länger andauernde Stressreaktion, die zu Ängsten und psychischen Belastungen führt.

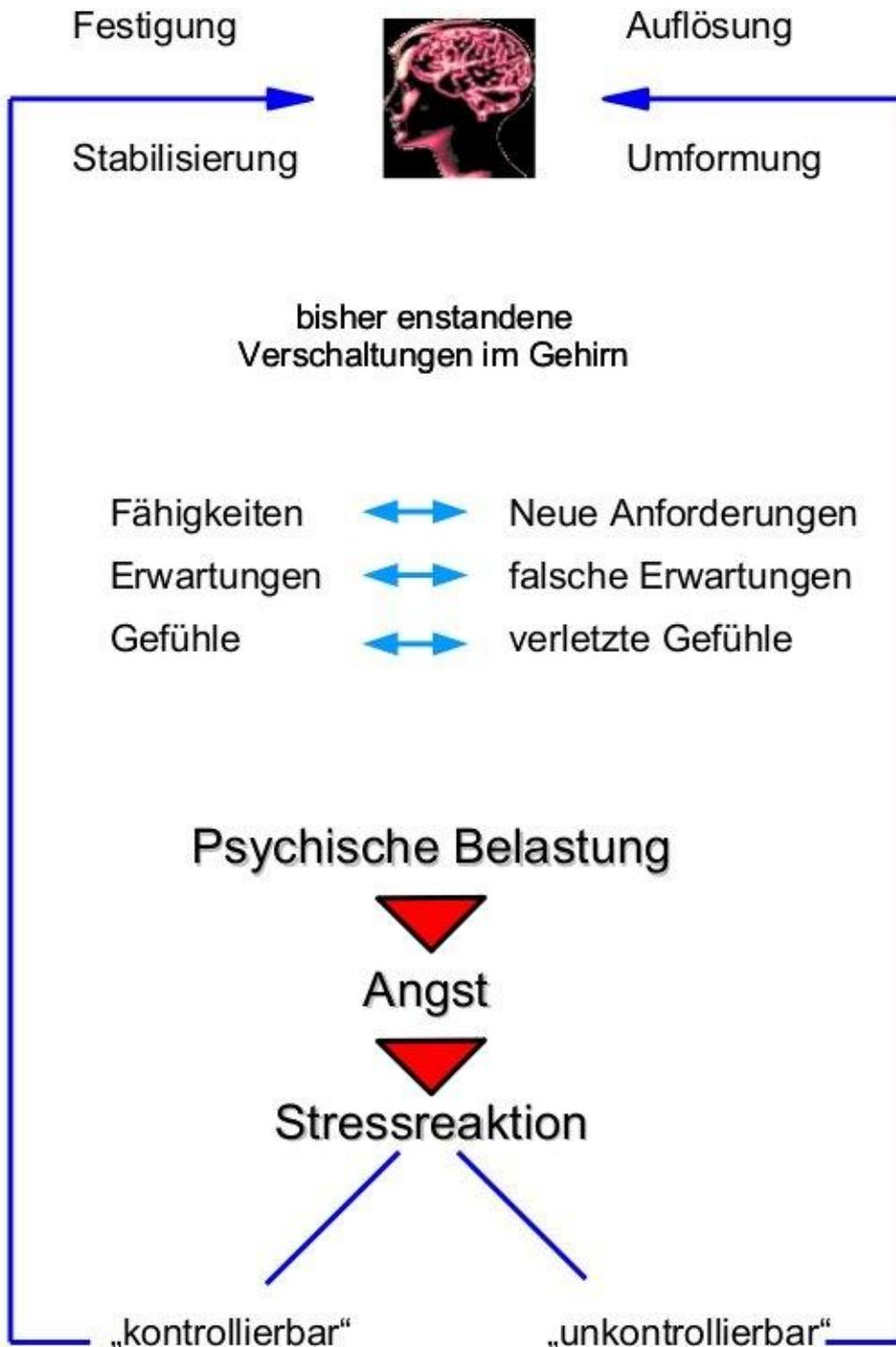


Abb. 13 Reaktionen auf kontrollierbare und unkontrollierbare Stressreaktionen

Es gibt kein objektives Kriterium dafür, was einer Traumatisierung wird, was in eine unkontrollierbare Stressreaktion einmündet und was als lösbare Herausforderung empfunden wird, es hängt nicht von äußeren Triggern ab, sondern von der inneren Einstellung dessen, der es erlebt.

Wenn man eine Bewältigungsstrategie entwickelt (egal, ob sie sinnvoll ist oder nicht), wird das vom dopaminergen System belohnt, es wird gebahnt.

Gerät man in eine schwere seelische Krise bei der es zu einer lang anhaltenden Erregung kommt, schwimmt durch die Aktivierung der Nebennieren sehr viel Kortisol mit ins Gehirn. Dort gibt es entsprechende Kortisolrezeptoren, das aktivierte Gehirn schüttet besonders viel Glutamat aus. Sind sehr viele Kortisolrezeptoren vorhanden, kommt es zu traumatischen Prozessen, zur Destabilisierung von bereits ausgebildeten Verschaltungsmustern. Eine solche Region ist der Hippocampus, der besonders betroffen ist, wenn man unter großem Stress steht. Durch die ansteigenden Glukocorticoide kommt es zu einer massiven Energieverarmung im Hippocampus. Das führt dazu, dass Nervenzellen ihre gewohnte Arbeit, die Ionen, die in die Zelle fließen wieder herauszupumpen, nicht mehr leisten können. Dadurch wird intrazellulär zuviel Kalzium aufgebaut, was dazu führt, dass Proteasen aktiviert werden wodurch sich die Synapsenfortsätze selbst anfangen zu verdauen. Die Nervenzellen werden eingezogen, der Hippocampus und andere Regionen deaktivieren sich. Es ist noch kein Zelltod, sondern eine Stilllegung wegen Überlastung.

Später können sich diese Nervenzellen wieder regenerieren, brauchen dazu aber optimale Bedingungen. Das ist mittlerweile bei verschiedenen psychiatrischen Störungsbildern deutlich geworden (Grawe). Vor allem (aber nicht nur) bei den schweren Traumatisierungen beobachtet man so genannte Hippocampusatropien.

Unkontrollierbare Belastungssituationen sind nicht über längere Zeit aushaltbar.

Möglichkeiten zur Synchronisierung und Harmonisierung neuronaler Netzwerke

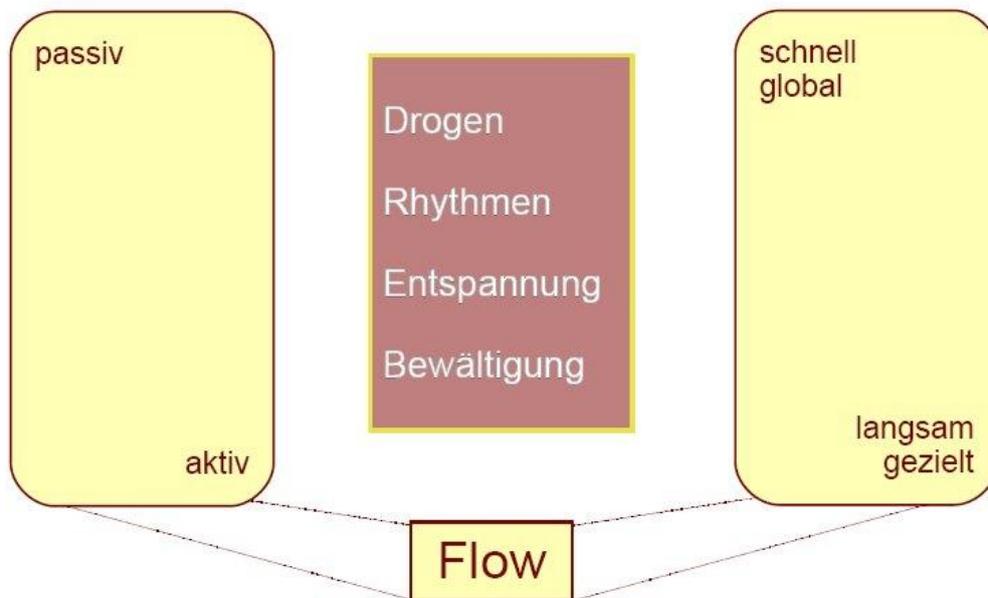


Abb. 14 Möglichkeiten zur Synchronisierung und Harmonisierung neuronaler Netzwerke

Die wohl funktionalste Möglichkeit ist die Bewältigung einer Krise über den assoziativen Rückgriff auf gespeicherte Lösungsaspekte.

Entspannung bringt keine Lösung an sich, aber sie verschafft dem gestressten Hirn Phasen der Ruhe, in denen sich leichter verknüpfen lässt, was im erregten Zustand nicht möglich war.

Rhythmen wurden zu allen Zeiten in allen Kulturen benutzt, um Erregungszustände unter Kontrolle zu bekommen. Beispiele bieten Tanzen, Singen, Rosenkranz beten, meditatives Mantra aufsagen und heutzutage Joggen oder Nordic Walking. Diese Tätigkeiten führen dazu, dass sich der Rhythmus ins Gehirn überträgt. Durch die sich ausbreitende Welle von Rhythmik im Gehirn kommt es zur Synergie und Harmonie. Wir kommen in Zustände, die als Flow, Rausch oder Trance bezeichnet werden.

Ein ebenso archaisches Mittel wie Rhythmus ist die Herbeiführung von Rauschzuständen, Bewusstseinsweiterungen, und Beruhigung durch Drogen. (siehe Kapitel 7 Schamanismus)

Moderne Antidepressiva, so genannte Serotoninwiedereintrittshemmer wie Prozac oder Fluoxetin wirken über eine Eindämmung des Arousels und verhindern auf diese Weise den Übergang in zentrale Gehirnparten (siehe auch Kapitel 5)

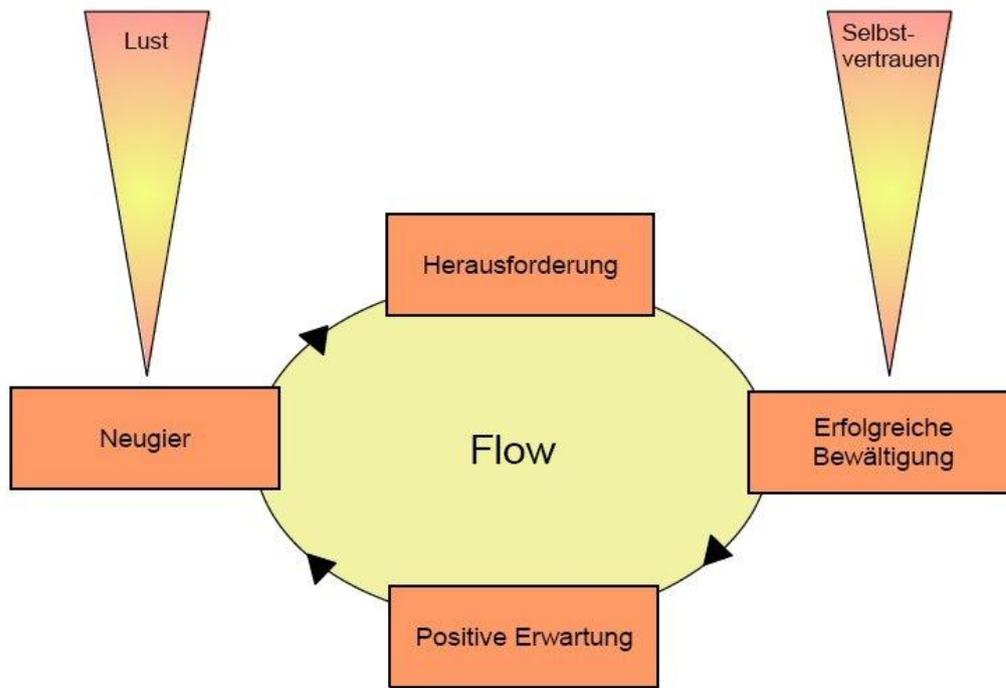


Abb. 15 Flow

Problemlösung kann durch positive Erwartung erleichtert werden. Die erfolgreiche Bewältigung stärkt das Selbstvertrauen, die Neugier macht Lust auf mehr. Mit dieser Urform des Lernens fangen alle Kinder an. Dieser Prozess ist emotional und nicht zu verwechseln mit der Ansammlung von auswendig gelerntem Wissen. Unter dem emotional getriggerten Einfluss der vermehrt ausgeschütteten neuroplastischen Botenstoffe erfolgen entsprechende Prägungen im Gehirn. Es wird dazugelernt.

Wenn z.B. Patienten wieder lernen, dass es Freude bringen kann, neue Erfahrungen zu machen und diese mit Erlebnissen und Gefühlen aus der Vergangenheit zu assoziieren, Zusammenhänge zu erkennen die sie bis dahin nicht gesehen haben, dann beginnen sie, sich selbst besser zu verstehen und es berührt sie emotional. Das ist auch entscheidend für die sozialtherapeutische Beratung – es geht nicht nur darum, Wissen zu vermitteln, sondern den Klienten erfahren zu lassen, wie es sich anfühlt, etwas Neues dazu zu lernen. Dadurch entsteht eine andere Einstellung zu sich selbst und zu den eigenen Fähigkeiten.

Das für die Emotionen zuständige limbische System hat Einfluss auf körperliche Prozesse, so dass jede Erfahrung die wir machen, die „unter die Haut geht“, mit einer bestimmten Körperreaktion einher geht. Man hat „ein Gefühl im Bauch“, „die Knie werden weich“ oder „die Haare stehen zu Berge“. Das sind so genannte somatische Marker (Damasius). Sie werden an die Erfahrung gekoppelt, die in diesem Moment gemacht wurde. So wird nicht nur

die Wissenserfahrung abgespeichert, sondern es wird auch das dazugehörige, in dieser Situation mit aufgetretene Gefühl angehängt. Am Ende wird diese neue Erfahrung auf allen Ebenen repräsentiert: Kognition, emotionale Reaktionsmuster und körperliche Aktivierungsprozesse. Eine für die therapeutisch-beraterische Arbeit äußerst wichtige Erkenntnis, da besonders unter Einbeziehung veränderter Bewusstseinszustände (Tiefenentspannung und Trance), Sinneserfahrungen mit einzubeziehen sind, da sie einen wichtigen Bestandteil gemachter Erfahrungen repräsentieren. In der Hypnosetherapie nennt man sie kurz VAKOG, das bezeichnet visuell, auditiv, kinästhetisch, olfaktorisch und gustatorisch gemachte Erfahrungen.

Deshalb kann man später in einer ähnlichen Situation „intuitiv“ entscheiden, und diese Entscheidungen sind oft auch richtig, da sie das Integral der im Leben gesammelten tiefer gehenden Erfahrungen darstellen.

4.5. Therapeutische und pädagogische Implikationen

Angst besitzt für das Leben der Menschen eine enorme Bedeutung - auch für die Strukturierung des menschlichen Gehirns. Für Freud steht außer Frage, dass Angst ein Knotenpunkt ist, an dem unterschiedliche wichtige Fragen zusammentreffen (vgl. Freud 2000, Bd. VI, S. 229-232). Die Lösung der Angstfrage, so Hüther, würde eine Lichtflut auf unsere biologische und geistige Existenz werfen. Es scheint, dass wir in unserer heutigen Kultur das Thema Angst weitgehend verdrängen und uns damit der Möglichkeit berauben, mit den Ängsten umzugehen, die wir so vielfältig erleben.

Angst ist ein Zustand, in dem man sein Gehirn nicht wirklich effektiv steuernd nutzen kann. Auch im Kernspintomographen ist bereits bei bloßer Vorstellung von Angstgehalten sichtbar, dass große Areale des Gehirns in Erregung versetzt werden, vor allem in verschiedenen Kortextbereichen. Diese erregten Bereiche können nicht genutzt werden, um ein das Denken und Handeln ordnendes Erregungsmuster zu generieren. Beim kindlichen Gehirn bedeutet das zusätzlich, dass dort nichts verankert werden kann, was in solchen Zuständen an das Kind herangetragen wird. In Deutschland gibt es Studien aus denen hervorgeht, dass vierzig Prozent der Kinder mit Angst in die Schule gehen. Die Angst verhindert, dass sie aufnehmen, was sie an Inhalten lernen sollten; was sie wahrscheinlich eher lernen, ist auf irgendeine Weise mit ihren Ängsten umzugehen (vgl. Spitzer 2006, S. 63ff.).

Der Neurobiologe Hüther konstruiert einen Zusammenhang zwischen kollektivem Erleben und Überleben in spezifischen gesellschaftlichen Kontexten und der individuellen Prägung der Gehirne. Je härter die Zeiten und je größer die Zwänge, desto strukturierter entwickeln sich die Gehirne nach vorherrschenden langjährigen Anforderungen.

In den westlichen Gesellschaften gibt es genug zu essen, starre Rituale sind verschwunden, nur noch wenig formt und strukturiert. Die starre, traditionelle Gesellschaft verschwindet zunehmend und an ihre Stelle tritt eine postmoderne, fluide Gesellschaft. Diese ist geprägt durch Disembedding, Globalisierung und Digitalisierung, sowie durch Pluralismus, Individualisierung und Wertewandel. Solche Übergänge in der Gesellschaft funktionieren dann, wenn parallel eine stützende Binnenstruktur aufgebaut wird. Wie erzieht man Kinder, wie entwickeln sich Menschen so, dass sie innere Kraft und Stabilität entfalten? Dazu brauchen sie innere Haltungen und wie diese nachhaltig in Menschen eingebracht werden, wird nach wie vor kontrovers diskutiert.

Mit dem gegenwärtigen Bildungssystem z.B. gelingt es offensichtlich nicht. Die Gegenwart ist, wie Hüther meint, gekennzeichnet durch Entgrenzungsphänomene, und die Menschen benötigen einen grossen Teil ihrer Kräfte dazu, das Auseinanderfließende zusammen zu halten. Einigen gelingt es durch innere Vorbilder zu einer stabilen inneren Haltung zu gelangen. Sie entwickeln ein Kohärenzgefühl, wie es Antonovsky mit seinem Konzept „Sense of Coherence“ (SOC) beschreibt (Antonovsky 1997).

Menschen mit Kohärenzgefühl bleiben gesund und entwickeln innere Strukturen, die sie tragen. Anderen gelingt es nicht; sie praktizieren erlernte Hilflosigkeit, werden demoralisiert und verlieren sich.

Über Kohärenz zu verfügen bedeutet, die Welt als verstehbar und einschätzbar zu begreifen. Verstehbarkeit und Voraussehbarkeit werden begleitet von der Gewissheit, das tägliche Leben mit allen Schwierigkeiten handhaben zu können. Das Gefühl, die Welt in der ich lebe, mit gestalten zu können, ist kombiniert mit dem Empfinden, dass es sich lohnt zu kämpfen und Probleme anzugehen. Hüther sagt nun (vgl. Hüther 2001, S. 42 u. 43), was den Destabilisierungsprozess auslöst, was vor der Entstehung von Kohärenz die Demoralisierung begünstigt, ist Angst.

Gerät man in eine Belastungssituation ohne über entsprechende Ressourcen zur Problemlösung zu verfügen, ist ein Scheitern wahrscheinlich. Es kommt zu einer negativen Erwartung, die in einer Vermeidungshaltung mündet. Die Belastung wird größer und es kommt zu einem negativen Flow. Gemeint ist ein Teufelskreis, der getragen wird von steigender Angst und wachsenden Selbstzweifeln. Der Zustand eines negativen Flows ist nicht naturgegeben. Er ist das Ergebnis von frustrierenden Erfahrungen, die im sozialen Zusammenleben gemacht wurden. Auslöser und Träger solcher Prozesse ist Angst; Angst zu versagen, Angst nicht unterstützt, nicht wertgeschätzt und letztendlich entmutigt zu werden.

Dopamin und weitere neuroplastische Botenstoffe werden ausgeschüttet, wenn die eigene Sicherheit erschüttert wird. Wahrscheinlich entsteht hier das, was in der Psychotherapie gelegentlich als Opfer- oder Versagerscript bezeichnet wird. Was eine Person (möglicherweise auch eine Familie) in solchen Prozessen erlebt, wird gebahnt und fest verschaltet. Befindet sich ein Mensch lange genug in solchen negativen Flow-Zuständen, überzeugt er sich letztendlich selber davon, ein Versager zu sein.

Wenn wir solche (aber auch andere) Grundüberzeugungen (vgl. Kapitel 5) entwickelt haben, verteidigen wir sie, weil damit Gewohnheit und Sicherheit verbunden sind. Auch mit den negativen Selbstüberzeugungen sind wir vertraut und es bedarf einigen Aufwandes, um sie aufzugeben. So betreiben wir häufig einen größeren Aufwand, die negativen Selbsteinschätzungen zu verteidigen, als sie zu überwinden, weil bislang ja auch alle Versuche gescheitert sind. Diese Entwicklung ist nur zu überwinden, wenn es – mit Unterstützung – gelingt, die Angst in den Griff zu bekommen.

Wird die Angst übermächtig, erfolgt der Rückzug auf alte, vertrautere, aber nicht unbedingt angemessenere Positionen. Wir regredieren und im Frontalhirn kommt es zu einer Desorganisation. Wir organisieren uns auf eine lang zurückliegende Ebene der Erfahrung und fallen immer weiter zurück in die Verhaltensweisen, die früher funktionierten. Erscheint die Situation unlösbar, dann kommt es zu deutlich krisenhaften bis hin zu psychiatrischen Entwicklungen, es tritt ein Notfallprogramm in Aktion, das sich im Hirnstamm befindet. Kampf oder Flucht sind angesagt und wenn das nicht möglich ist, kommt es zu einem Erstarren wichtiger Funktionen, das die Verhaltensforscher als Totstellreflex bezeichnet haben. Stereotypien, sich wiederholende Verhaltensmuster werden bei Tier und Mensch in

tiefen und alten Gehirnteilen aktiviert, um überschießende Erregung zu kanalisieren. (vgl. Kapitel 6.4 Neurozeption)

Menschen können in solchen Situationen dissoziieren, depersonalisieren, die Realität verlassen. Sie haben die Möglichkeit, aus dem Geschehen auszutreten und in eine andere Gedankenwelt hineinzugehen. Menschen können Drogen nehmen, sich betrinken, somatisieren oder sich selbst verletzen.

Ein Weg heraus ist möglich mit der Wieder-Gewinnung von Vertrauen. Psychotherapeuten versuchen an Ressourcen orientiert, Angst ab- und Selbstvertrauen aufzubauen. Sie erarbeiten mit dem Betroffenen heilsame Vorstellungen, Bilder mit denen Verstehbarkeit und Vorhersagbarkeit der Welt wieder hergestellt werden können. In allen Sinnen werden Kompetenzvorstellungen entwickelt, die in das Vertrauen einmünden, dass die Dinge wieder handhabbar und kontrollierbar werden. Sie üben mit ihnen ein die Überzeugung zu entwickeln, dass ihr Leben bedeutsam und sinnvoll ist.

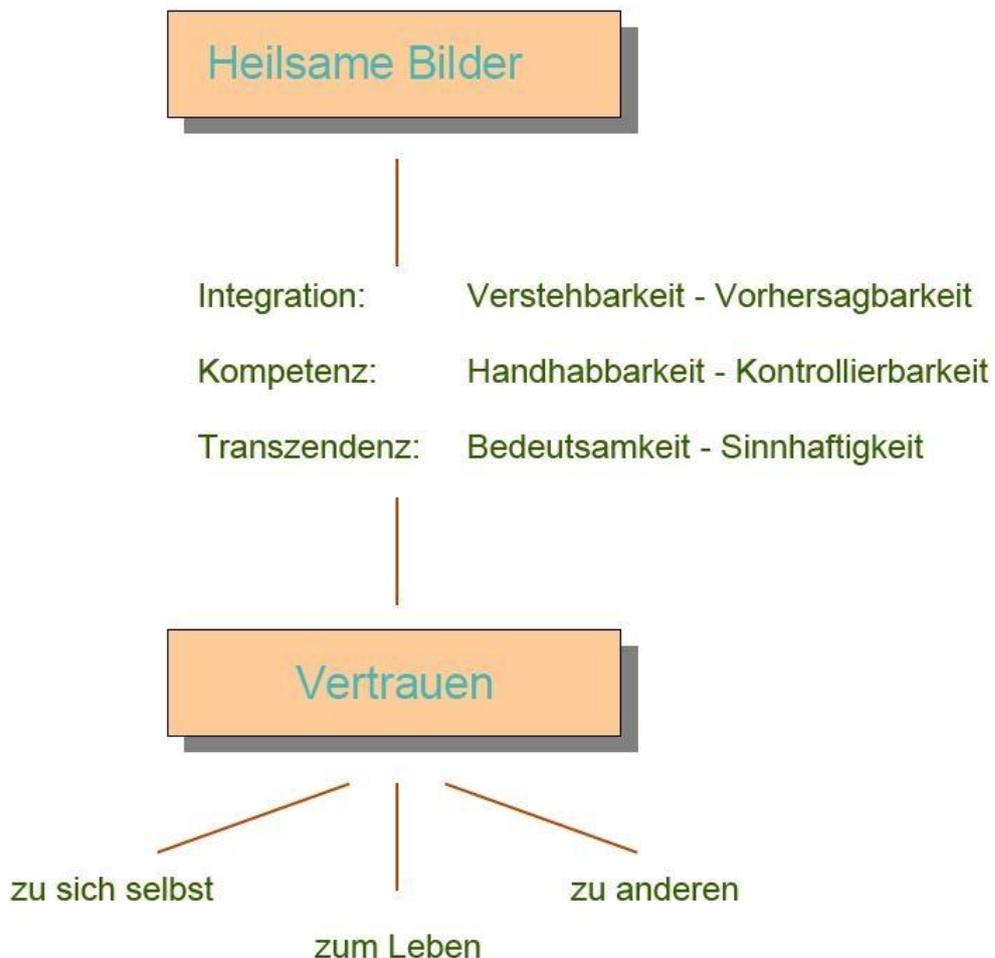


Abb. 16 Heilsame Bilder

Hüther schlägt aus der Perspektive des Neurobiologen vor, mit der Hilfe aus der Krise dort anzuknüpfen, wo der Mensch gesund war und es ihm gut ging. Es gilt in Bereiche der gespeicherten Erfahrung vorzudringen, in denen das System noch in Ordnung war. Das kann unter Umständen bedeuten, weit in die Kindheit zurück zu gehen, möglicherweise vor die Sprachentwicklung – und wenn es sein muss, ein Bewußt-Sein von sich selbst über körpertherapeutische Arbeit zu schaffen.

4.6. Zusammenfassung:

Pädagogen, Psychologen und Seelenärzte sind sich offenbar in folgendem einig: Beziehungsfähigkeit in einem umfassenden Sinne meint die Beziehung zu sich selbst, die Beziehung zwischen Geist und Körper, zwischen Denken und Fühlen, zwischen sich selbst und anderen. Es heißt aber auch, Beziehungen herzustellen zur eigenen Geschichte und zur Familie, zur Natur, zur Welt und zum kulturellen Hintergrund in dem wir leben. Gehirnforscher bestätigen aufgrund ihrer Erkenntnisse: alles, was die Beziehungsfähigkeit des Menschen stört, einschränkt und unterminiert, ist schlecht für die Konektivität des Gehirns und ungünstig für die Gemeinschaft, in der diese Menschen leben.

Die These des anfänglich geäußerten Paradigmenwechsels wird aus der Perspektive der modernen Gehirnforschung durch folgende Erkenntnisse gestützt:

- Das Gehirn ist bis ins hohe Alter veränderbar...
- Gefühle sind außerordentlich wichtig...
- Erfahrungen hinterlassen immer Spuren...
- Angst und Vertrauen sind mehr als Gefühle, es sind fundamentale Zustände im Gehirn...
- Vorstellungen und Ideen sind qualitativ viel mehr als Gedanken...
- Das Gehirn ist – auch - ein soziales Konstrukt
- Reorganisation geht von innen aus

- Die Gehirne der Menschen unterscheiden sich und sind einzigartig

ein Beispiel:

Die Macht, die innere Bilder und Vorstellungen auf die Lebensrealität und –qualität des Menschen haben, sowie die therapeutischen Möglichkeiten, die sich daraus ergeben, seien an einem kleinen Beispiel dargestellt.

Bei einer Vorlesung in St. Gallen (2006) berichtete Gerald Hüther von folgender Untersuchung:

Untersucht wurden Fastende im Verlauf eines Fastenprozesses. Gemessen wurden die Spiegel der Stresshormone im Nachturin der Beteiligten. Besonders der Kortisolspiegel ist interessant, da er ein Maß für die Intensität des emotionalen Arousels in der Nacht ist. Bei einer Hälfte der Probanden ging der Kortisolspiegel während der Nacht immer weiter herunter. Es fand eine Stimmungsstabilisierung statt. Der anfangs hohe emotionale Belastungsspiegel ging im Laufe des Fastens stetig herunter. Bei der anderen Gruppe, deren Belastung am Anfang niedrig war, stieg der Kortisolspiegel jedoch im Laufe des Fastens an.

Bei der Auswertung der Untersuchung stellte sich heraus, dass es sich bei der Gruppe mit dem sinkenden Kortisolspiegel um freiwillig Fastende handelte, die die Fastenkur selbst bezahlt und sich darauf gefreut hatten. Ihre innere emotionale Einstellung erzeugte Bilder von Entschlackung, Entgiftung und Gesundheit.

Die Gruppe mit den steigenden Stresshormonen dagegen waren Patienten, die von der Krankenkasse zum Abnehmen geschickt worden waren.

Der physiologische Prozess, drei Wochen zu fasten, ist bei beiden Gruppen gleich, die Klinik war die gleiche, die Behandlung war die gleiche, nur die Einstellung war grundsätzlich unterschiedlich.

An diesem Beispiel zeigt sich, wie wichtig die innere Einstellung des Patienten, Schülers etc. gegenüber einem Angebot, einer Behandlung ist. Übertragen auf die therapeutische und beraterische Tätigkeit ist es notwendig, primär an Überzeugungen und inneren Einstellungen zu arbeiten. Die Methodik ist sekundär.

5. Neurologische und zellbiologische Aspekte sozial- und psychotherapeutischer Interventionen

5.1. Die Biologie tiefer Überzeugungen und die Macht der Gedanken

Im Jahre 1952 machte Albert Mason, ein junger britischer Arzt, einen Fehler, der ihm zu kurzer Berühmtheit verhalf. Dr. Mason behandelte einen fünfzehnjährigen Jungen gegen seine Warzen mit Hypnose. Mason und andere Ärzte hatten schon öfter mit Hypnose bei Warzen Erfolg gehabt, aber dies war ein besonders schwerer Fall. Die lederne Haut des Jungen ähnelte mehr einem Elefanten, als der eines Menschen. Nur auf seiner Brust war die Haut normal. Bei seiner ersten Hypnose-Sitzung konzentrierte sich Mason auf einen Arm des Jungen. Während der Junge in einer hypnotischen Trance war, erzählte ihm Mason, die Haut auf seinem Arm werde heilen, und er bald ganz normale rosafarbenen Haut haben. Als der Junge eine Woche später kam, sah der Arm zu Masons Freude sehr gesund aus. Doch als Mason den Jungen zu einem Chirurgen mitnahm, der dem Jungen zuvor erfolglos zu helfen versucht hatte, erfuhr er, dass er eine Fehldiagnose gestellt hatte. Der Chirurg war außerordentlich erstaunt, als er den Arm des Jungen sah. Er teilte Mason mit, der Junge litte nicht an Warzen, sondern an einer unheilbaren Erbkrankheit namens kongeniale Ichthyose (eine angeborene Verhornungsstörung der Haut). Durch die Kraft des Geistes hatten Mason und der Junge etwas erreicht, das zu jener Zeit als unmöglich galt. Mason setzte die Hypnose-Sitzungen fort und zum allgemeinen Erstaunen wurde die gesamte Haut des Jungen allmählich gesund und rosa. Der Junge, der bis dahin wegen seiner merkwürdig aussehenden Haut gnadenlos gehänselt worden war, konnte endlich ein normales Leben führen.

Nach der Veröffentlichung des Falles im British Medical Journal (1952, Heft 30: 442-443) meldeten sich zahllose Ichthyose-Patienten und baten ihn um Hilfe, jedoch gelang es ihm nie mehr, ähnliche Ergebnisse zu erzielen wie bei dem Jungen. Mason selbst schrieb dieses Versagen seiner eigenen inneren Einstellung zu, da es ihm nach eigener Aussage nun vollkommen bewusst war, dass er eine von anerkannten Medizinern als angeborene unheilbare Krankheit behandelte, und nicht wieder zu der unbefangenen Haltung zurückfinden konnte, in der er nach seiner festen Überzeugung „einen schweren Fall von Warzen“ behandelt hatte. (vgl. Bruce Lipton 2006; S.121 ff.)

Kann es sein, dass der menschliche Geist stärker ist als eine genetische Programmierung? Wie konnte die innere Einstellung Masons zu der Heilung deren Ergebnis beeinflussen?

Bruce Lipton ist Zellbiologe und Medizinprofessor, der sich als Forscher der neuen Wissenschaft der Epigenetik zugewandt und bemerkenswerte Entdeckungen gemacht hat. Sein Erklärungskonzept der Wirkfaktoren psychotherapeutischer Arbeit auf die Steuerungsvorgänge von Nervenzellen basiert auf quantenphysikalischen Vorstellungen und ist somit ein energetisches Modell.

Das Dilemma der modernen Medizin begann im 17. Jahrhundert, als René Descartes die Vorstellung verwarf, der Geist beeinflusse die physischen Eigenschaften des Körpers. Descartes nahm an, der Körper bestehe aus Materie und der Geist aus einer nicht identifizierbaren, aber auf jeden Fall immateriellen Substanz. Somit entstand ein unlösbares philosophisches Rätsel. Wie kann der immaterielle Geist, dessen Wesen als nicht fassbar dargestellt wurde, mit dem Körper verbunden sein, wenn Materie nur durch Materie beeinflusst werden kann? Andere Quellen sehen in Descartes Modell einen geschickten Schachzug gegenüber der Kirche, indem er den nicht fassbaren Geist der Kirche überließ und den menschlichen Körper für die Mediziner zugänglich machte. Descartes Trennung von Geist und Körper wurde auch von der traditionellen Biomedizin, deren Wissenschaft auf dem rein materiellen Universum Newtons beruht, dankbar übernommen, schien es doch sehr viel einfacher, einen mechanischen Körper wieder zu reparieren, ohne sich dabei mit einem dazwischenfunkenden Geist auseinandersetzen zu müssen.

Für viele von uns ist die Vorstellung, dass die Seele – die wörtliche Übersetzung von Psyche – eine Rolle spielen könnte als Mitverursacher von Gesundheit oder Krankheit, schlichtweg absurd. Denn damit geraten wir in mystische Bereiche, deren Betreten Wissenschaftlern seit Descartes offiziell verboten ist, versicherte er doch dem Papst, sich nicht mit der Seele, dem Geist oder den Gefühlen zu befassen, einem Bereich also, der damals ausschließlich der Kirche vorbehalten war, sondern nur mit dem Körper, wofür er im Gegenzug den menschlichen Körper sezieren durfte. Dieses Abkommen bestimmte die Richtung der westlichen Wissenschaft für die nächsten zweihundert Jahre.

Allerdings begreift heute eine wachsende Zahl von Wissenschaftlern, dass wir uns inmitten eines grundsätzlichen Paradigmenwechsels befinden, der eine sehr große Bedeutung für unsere Auffassung von Gesundheit und Krankheit hat. Das kartesianische Zeitalter, wie man das philosophische Denken seit Descartes nennt, war von der reduktionistischen Methode beherrscht, die versucht, das Leben in immer kleinere Teile zu zerlegen und daraus

Erkenntnisse und Annahmen über das Ganze zu gewinnen (vgl. Candace B. Pert 2005; S. 22 ff.).

Durch die Hinwendung moderner Wissenschaftsbereiche wie z.B. Biophysik, Epigenetik etc. zur Wirklichkeit eines Quantenuniversums, d.h. quantenphysikalische Gesetzmäßigkeiten wirken auch im Makrokosmos, wird wieder zusammengeführt, was Descartes getrennt hat. Das neue Verständnis des Universums offenbart, wie der physische Körper vom immateriellen Geist beeinflusst werden kann.

...“Mit modernsten technischen Mitteln können wir die molekulare Basis der Gefühle untersuchen und allmählich erkennen, wie eng, ja untrennbar, diese Moleküle unserer Gefühle mit unserer Physiologie zusammenhängen. Die Verbindung zwischen Körper und Geist wird durch die Gefühle hergestellt. Dieser eher ganzheitliche Ansatz ergänzt die reduktionistische Auffassung, erweitert sie eher, als sie zu ersetzen, und ermöglicht ein neues Verständnis von Gesundheit und Krankheit“ (Pert 2005; S. 23).

Die Schulmedizin hat zwar die Rolle der Energie als Informationsträger weitgehend ignoriert, aber sie hat sich noninvasive Scanningtechniken zunutze gemacht, die genau solche Energiefelder ablesen. So haben Quantenphysiker Geräte entwickelt, mit deren Hilfe durch Methoden wie Computer- und Kernspintomographien, Magnetresonanzdiagnosen und Positron- Emissions-Tomographien, Krankheiten im Körper aufgespürt werden können. Da Energie den Körper leicht durchfließt, können diese Geräte das Energiespektrum lesen, das unsere Körpergewebe und Organe abstrahlen. Störungen im Körperinneren können erkannt werden, da sich die Spektralenergie des gesunden Gewebes von krankem unterscheidet. (vgl. Lipton 2006; S.113)

Für die Biomedizin ist das Verhalten von Energiewellen deshalb so wichtig, weil Schwingungsfrequenzen die physischen und chemischen Eigenschaften von Atomen sowohl darstellen, als auch verändern können. Atome befinden sich ständig in Bewegung, was sich an ihrer Schwingung messen lässt und ein einzigartiges Wellenmuster erzeugt.

Jedes Atom ist einzigartig, denn seine Verteilung der positiven und negativen Ladungen und sein Spin erzeugen ein ganz spezifisches Schwingungsmuster (vgl. Oschmann 2000; S. 121-137) Die Wissenschaftler haben eine Möglichkeit gefunden, diese Energiewellen auszunutzen, um ein Atom zum Stillstand zu bringen. Zuerst identifizieren sie die Frequenz eines bestimmten Atoms und setzen dann einen Laserstrahl ein, der genau dieselbe Frequenz ausstrahlt, jedoch nicht phasengleich ist. Wenn die Lichtwellen dann mit den atomaren Wellen zusammentreffen, annullieren sie sich durch die destruktive Interferenz und das Atom dreht sich nicht mehr. (Chu 2002; S. 206-210; Rumbles 2001; S. 572-573)

Soll das Atom beschleunigt und nicht gestoppt werden, werden Wellen eingesetzt, die eine harmonische Resonanz bilden, diese können elektromagnetischer oder akustischer Natur sein.

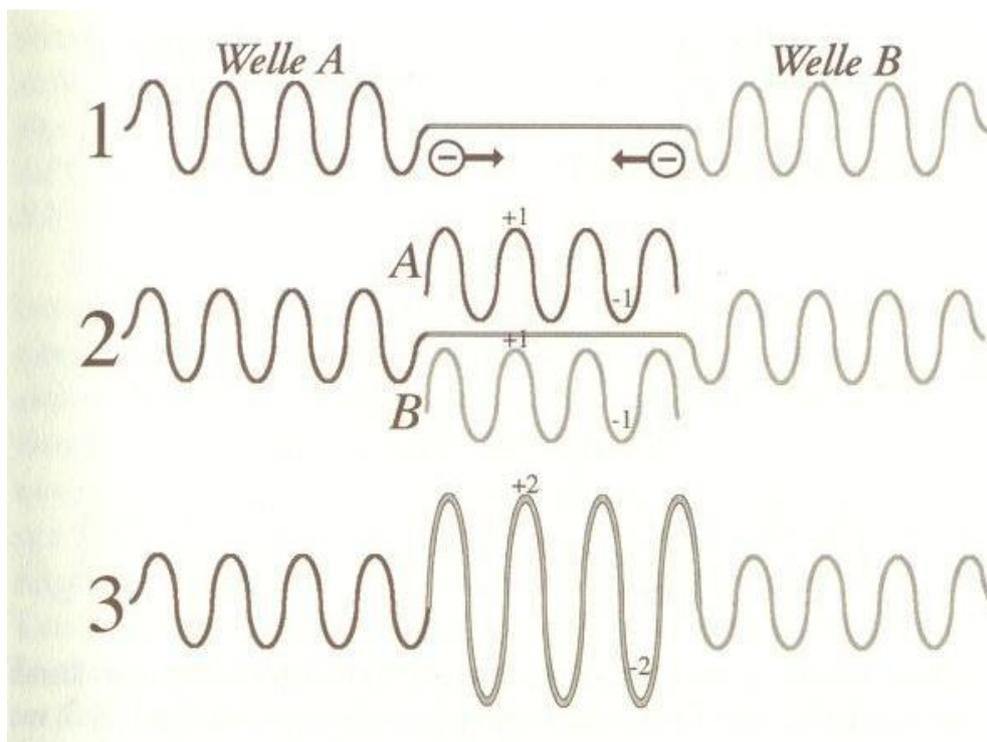


Abb. 17 Konstruktive Interferenz (Lipton 2006,Seite 115): In der Abbildung bewegen sich zwei Wellen über das Wasser aufeinander zu. Dabei sind in diesem Fall beide Wellen phasengleich – beide führen hier mit einer negativen Amplitude. Um die Konsequenzen dieses Zusammentreffens zu verdeutlichen, wurden beide Wellen in 2 übereinander dargestellt. Wenn die Amplitude von Welle A auf +1 ist, ist auch die Amplitude von Welle B

auf +1. Die zusammengesetzte Welle hat also an diesem Punkt eine Amplitude von +2. Genauso ist A an der gleichen Stelle -1 wie B, die gesamte Amplitude beträgt dann also -2. Die erhöhte Amplitude wird bei 3 gezeigt.

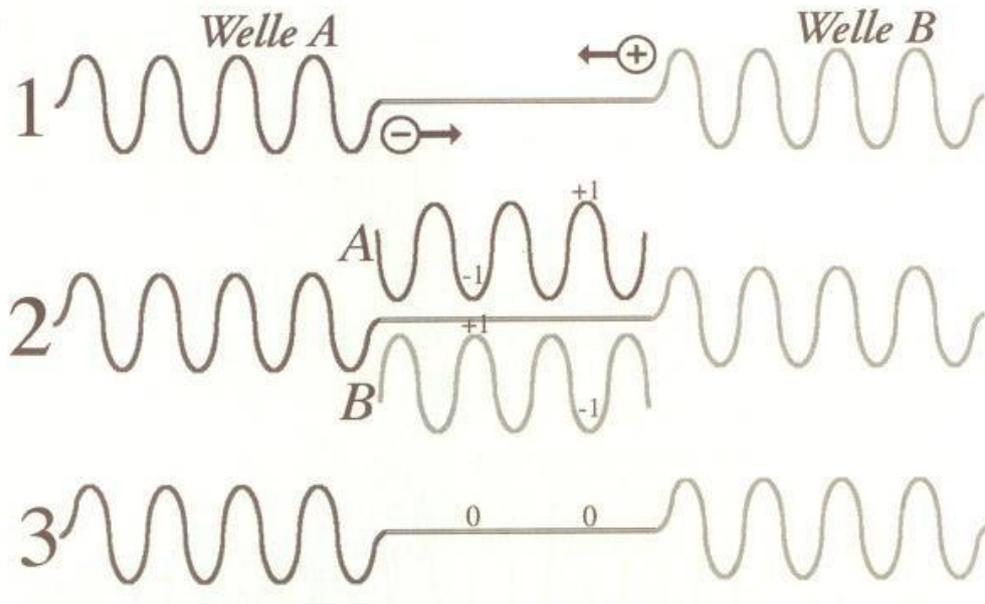


Abb. 18 Destruktive Interferenz (Lipton 2006, Seite 116): In der ersten Abbildung bewegt sich die Welle A eines ersten Kiesels von links nach rechts. Welle B eines kurz danach eingeworfenen zweiten Kiesels fließt von rechts nach links. Da die Kiesel nicht zur gleichen Zeit auf das Wasser aufgetroffen sind, bewegen sich die Wellen nicht phasengleich. Hier führt Welle A mit einer negativen Amplitude und Welle B mit einer positiven. Wenn sie sich wie bei 2 dargestellt begegnen, wirken sie wie Spiegelbilder. Die hohe Amplitude von Welle A trifft auf die niedrige von Welle B und umgekehrt. Wie bei 3 deutlich wird, annullieren sich die Amplitudenwerte der Wellen und die zusammengesetzte Welle hat die Amplitude 0 – sie ist also gar keine Welle mehr, sondern flach!

Die konstruktive Interferenz wird von Ärzten zum Beispiel zur Zertrümmerung von Nierensteinen benutzt. Hier kommen die Gesetze der Quantenphysik zum medizinischen Einsatz. Nierensteine sind Kristalle, deren Atome in einer bestimmten Frequenz schwingen. Der Arzt richtet auf noninvasive Art eine harmonische Frequenz auf die Nierensteine und erzeugt eine konstruktive Interferenz, damit verstärkt sich die Schwingung in den Atomen, so dass die Nierensteine zertrümmert werden.

Die Notwendigkeit Prinzipien der Quantenphysik auch in den Biowissenschaften anzuwenden führt zu einer Erweiterung und Ergänzung des medizinischen Verständnisses von Krankheit und Gesundheit und stellt keinen Gegensatz zur bisherigen Auffassung dar, sondern eine Ergänzung. Dazu Lipton:

...“die neueren Gesetze der Quantenmechanik machen die Ergebnisse der klassischen Physik nicht überflüssig, die Planeten bewegen sich immer noch auf den von der Newtonschen Mathematik berechneten Bahnen. Der Unterschied zwischen den beiden Zweigen der Physik besteht darin, dass sich die Quantenphysik stärker auf die molekulare und atomare Ebene bezieht, während die Newtonschen Gesetze eher für höhere Organisationsformen wie organische Systeme, Menschen oder Bevölkerungen gelten“ (2006; S. 108).

Die Konsequenz und Bedeutung dieser Erkenntnis für die Medizin beschreibt Lipton wie folgt:

„Die Manifestation einer Krebserkrankung zeigt sich auf der Makroebene möglicherweise als Tumor, doch der Prozess, der den Krebs ausgelöst hat, begann auf der molekularen Ebene der betroffenen Zellen. Tatsächlich beginnen die meisten biologischen Fehlfunktionen (außer Verletzungen durch physisches Trauma) auf der Ebene der zellulären Moleküle und Ionen, daher die Notwendigkeit für eine Biologie, die den Newtonschen und den quantenphysikalischen Ansatz vereint“ (2006; S.109).

Mit dem Buch *Einführung in eine submolekulare Biologie* versuchte der Physiologe und Nobelpreisträger Albert Szent-Györgyi, bereits vor über vierzig Jahren, Biologen und Medizinern die Bedeutung der Quantenphysik für biologische Systeme nahe zu bringen (vgl. Szent-Györgyi 1960). Ein Buch, das in heutiger Zeit mehr wissenschaftliche Relevanz bekommt, als zur Zeit seiner Veröffentlichung, nachdem Wissenschaftler lange erfolglos versucht haben, die Bewegungen von Proteinmolekülen nach den Gesetzen der Newtonschen Physik zu berechnen.

Interessant für die vorliegende Arbeit ist die Tatsache, dass Albert Szent-Györgyi sich auch über viele Jahre intensiv mit dem Schamanismus auseinandergesetzt hat, und auf seine Erkenntnisse wird in Kapitel 7 eingegangen. Möglicherweise haben Schamanen von alters her Naturgesetze zur Anwendung gebracht und genutzt, die erst heute durch das Verständnis der Quantenphysik für westliche Wissenschaftler theoretisch erklärbar werden.

Im Wissenschaftsmagazin *Nature* 411 (2001, S. 565 - 568) wurde ein Artikel von V. Pophristic und L. Goodman veröffentlicht, dem zufolge die Lebenserzeugenden Bewegungen in einem Molekül nicht den Newtonschen, sondern den quantenphysikalischen Gesetzen gehorchen.

5.2. Die Geschichte der Genetik und das Primat der DNS

Die Vorstellung, dass Gene auf eine starr festgelegte Weise funktionieren und danach das gesamte Leben programmieren ist seit der Einführung der Erblehre durch den Augustinerpater Gregor Johann Mendel (1822-1884) bis hin zum Human Genome Project, das im Frühjahr 2000 mit der Entschlüsselung der Gesamtheit menschlicher Gene, des so genannten Genoms abgeschlossen wurde, in weiten Kreisen der Öffentlichkeit, aber auch der Wissenschaft, verbreitet.

1990 (S. 441-446) veröffentlichte H. F. Nijhout einen Artikel unter dem Titel „Metaphores and the Role of Genes in Development“, in dem er feststellt, die Annahme, die Gene steuern die Lebensvorgänge, sei so lange und so oft wiederholt worden, dass die Wissenschaftler vergessen hätten, dass es sich dabei um eine Hypothese, und nicht um eine Tatsache handele.

Die DNS als zentrales Steuerorgan erhielt seine größte Unterstützung durch den Naturforscher Charles Darwin. Mit seinem Buch „Der Ursprung der Arten“ verbreitet er die These, dass die „Erbfaktoren“ von Generation zu Generation weitergegeben werden und die Eigenschaften der Nachkommen bestimmen. Sein Einfluss war so groß, dass sich die Wissenschaftler nun intensiv auf die Erkundung dieses Erbmaterials stürzten, welches angeblich das Leben steuert. Im Jahre 1910 zeigten intensive Mikroskopanalysen, dass das Erbgut in den Chromosomen steckt, fadenähnlichen Strukturen, die kurz vor der Zellteilung sichtbar werden. Die Chromosomen werden dann in den jeweiligen Zellkern der beiden Tochterzellen aufgenommen. In diesem Zellkern fanden die Wissenschaftler zwei Arten von Molekülen: Proteine und DNS. Daraus ergab sich, dass die Proteinmaschine des lebenden Organismus irgendwie mit der Struktur und Funktion dieser Chromosomen zusammenhängen musste. 1944 stellten die Wissenschaftler fest, dass die DNS die Erbinformation enthielt, und erweiterten damit das Wissen um die Funktionsweise der Chromosomen (Avery et al. 1944 S.

137-158; Lederberg 1994 S. 11). Man entnahm reine DNS aus einer Bakterienart A, und reine DNS der Bakterienart B und innerhalb kurzer Zeit begannen die Bakterien der Spezies B Eigenschaften aufzuweisen, die sich zuvor nur bei A beobachten ließen. Sobald klar war, dass man nur DNS brauchte, um Eigenschaften zu vererben, wurde das DNS-Molekül zum „wissenschaftlichen Superstar“. (vgl. Lipton 2006, S.60)

In den siebziger Jahren gelang es den Forschern Watson und Crick die Struktur und Funktion dieses langen und fadenähnlichen DNS-Moleküls zu entziffern. Das DNS-Molekül besteht aus vier stickstoffhaltigen organischen Basen:

Adenin, A
Thymin, T
Cytosin, C
Guanin, G

Des Weiteren entdeckten sie, dass die Sequenz dieser vier Basen die Sequenz der Aminosäuren bestimmt, die das Rückrat eines Proteins bilden. Diese langen DNS-Fäden sind in einzelne Segmente (Gene) unterteilt, die als „Kopiervorlage“ für ein bestimmtes Protein dienen. Damit war der Code für den Proteinerzeugungsapparat der Zelle geknackt. Der Bau der DNS als so genannte Doppelhelix, d.h. jeder DNS-Strang ist mit einem zweiten DNS-Strang verbunden und in Form einer Wendeltreppe verschlungen, auf der sich die Basensequenzen beider Seiten wie Spiegelbilder entsprechen, schien die DNS zum perfekten Vererbungsmolekül zu machen. Wenn sich die beiden Stränge trennen, so kann sich das DNS-Molekül selbst vervielfältigen.

...“die Annahme, die DNS steuere ihre Replikation selbst und liefere gleichzeitig die Vorlage für die körpereigenen Proteine, ließ Francis Crick jenes zentrale Dogma der Biologie formulieren, nämlich dass die DNS die Hauptrolle bei der Vererbung spielt. Dieses Dogma ist so tief in der modernen Biologie verankert, dass es in Stein gemeißelt scheint wie die zehn Gebote. In jedem wissenschaftlichen Text wird dieses Dogma vom Primat der DNS stillschweigend vorausgesetzt“ (Lipton 2006, S.61, Church 2008, S. 18-22)

Diesem Dogma zufolge entfaltet sich das Leben von der über allem stehenden DNS zur RNS, einer kurzlebigen Kopie der DNS, die die Schablone bildet, aus der sich die

Aminosäuresequenz ableitet, die das Grundgerüst der Proteine erzeugt. Die Logik dieses „genetischen Determinismus“ lautet: da die Eigenschaften eines lebendigen Organismus von der Art seiner Proteine bestimmt werden, die in der DNS kodiert sind, ist die DNS die „erste Ursache“, d.h. der Ort, an dem die Eigenschaften eines Organismus festgelegt werden.

DNS → RNS → PROTEIN

...“Das zentrale Dogma...vom Primat der DNS definiert den Informationsfluss in biologischen Organismen. Wie die Pfeile zeigen verläuft er nur in eine Richtung: von der DNS zur RNS zum Protein. Die DNS fungiert als das Langzeitgedächtnis der Zelle, das von Generation zu Generation weitergegeben wird. Die RNS, eine instabile Kopie des DNS-Moleküls, ist das aktive Gedächtnis, das von der Zelle bei der Proteinsynthese als Schablone eingesetzt wird. Proteine sind die molekularen Bausteine, welche die Zellstruktur und das Zellverhalten bestimmen. Die DNS gilt als Quelle, die den Charakter der Zellproteine bestimmt und daher als erste Ursache“ (Lipton 2006, S.62).

5.3. Epigenetik – eine neue Wissenschaft kündigt einen Paradigmenwechsel an

Epigenetik bedeutet jenseits der Genetik. Diese neue Wissenschaft verändert unser Verständnis davon, wie das Leben gesteuert wird von Grund auf. (Pray 2004 S. 14-20; Silvermann 2004 S. 32-33) In den letzten zehn Jahren hat die Epigenetik festgestellt, dass die DNS in unseren Genen zum Zeitpunkt der Geburt noch nicht vollständig festgelegt ist. Das bedeutet, Gene bestimmen nicht unser Schicksal! Umwelteinflüsse, darunter auch Ernährung, Stress und Gefühle können unsere Gene verändern, ohne die grundlegende Zusammensetzung in Frage zu stellen. Desweiteren haben die Epigenetiker festgestellt, dass diese Modifizierungen ebenso an die Nachkommen weitergegeben werden können, wie es bei der DNS über die Doppelhelix der Fall ist (Reik und Walter 2001 S. 21f; Surani 2001 S. 122f, siehe auch Spiegelartikel „Bruch des bösen Zaubers“ von Jörg Blech im Anhang, Nr. 32/2008)

Die Biologen haben seit Ende der 1940er-Jahre die genetischen Mechanismen der DNS untersucht, indem sie sie aus den Zellkernen isolierten. Sie entfernten den Nucleus aus der

Zelle, entfernten seine schützende Membran und benutzten den Chromosomen-Inhalt, der aus DNS und gewöhnlichen Proteinen besteht, für ihre Forschungen. Da das Interesse dieser Experimente ausschließlich der DNS galt, wurden die Proteine einfach weggeworfen. Das Interesse der Epigenetiker bezieht die Proteine nun wieder mit ein; dabei zeigt sich, dass diese Proteine in der Vererbung genauso relevant sind, wie die DNS selbst (vgl. Lipton 2006, S. 68).

Die Frage, die sich den Epigenetikern stellte war, was steuert die Gene, bzw. wie werden Gene reguliert? Dabei entdeckten sie die kommunikative und auf Kooperation gerichtete Natur unserer Gene.

...“Gene haben die Möglichkeit, Erfahrungen des Organismus in seiner Umwelt in Form eines biochemischen Skripts abzuspeichern. Dies kann eine längerfristige Änderung der Arbeitsweise eines Gens bewirken. Die sich daraus ergebenden Folgen können, wenn es sich um Gene im Bereich der Neurobiologie handelt, das seelische Erleben und Verhalten eines Individuums betreffen“ (Bauer 2006, S. 161).

Wie dieser Vorgang auf mikrobiologischer Ebene abläuft beschreibt Lipton wie folgt:

„In einem Chromosomenstrang bildet die DNS das Kernstück, und sie wird von Proteinen umhüllt wie von einem Ärmel. Sind die Gene bedeckt, ist ihre Information nicht „lesbar“. Stellen Sie sich Ihren Arm als ein Stück DNS vor, indem das Gen für blaue Augen steckt. Im Zellkern wird dieses Stück DNS von gebundenen Regulationsproteinen bedeckt, die das Blaue-Augen-Gen wie ein schützender Ärmel verdecken, so dass es nicht gelesen werden kann“ (Lipton 2006, S.68).

Hier stellt sich die Frage, wie der Protein-„Ärmel“ zu bewegen ist oder entfernt werden kann.

„Man braucht ein Signal aus der Umgebung, das den Protein-Ärmel dazu bringt, seine Form zu verändern, sich zum Beispiel von der Doppelhelix der DNS zu lösen. Dann kann das Gen gelesen werden. Wenn die DNS enthüllt ist, kann die Zelle davon eine Kopie machen. Die Aktivität der Gene wird also durch die An-oder Abwesenheit des schützenden Proteins „gesteuert“, das wiederum unter dem Einfluß von Umweltsignalen steht“ (Lipton 2006, S. 68).

Dieser Vorgang wird Genexpressierung genannt, und führt zu einem Informationsfluss, der durch ein Umweltsignal in Gang gesetzt wird, dieser wirkt auf das Regulationsprotein ein und verläuft erst dann zur DNS und RNS. Diese Einsichten könnten einen Paradigmenwechsel einleiten weg vom Primat der DNS hin zur Priorität von Umwelteinflüssen. Die möglichen Auswirkungen auch auf die Paradigmen der Geisteswissenschaften liegen auf der Hand.

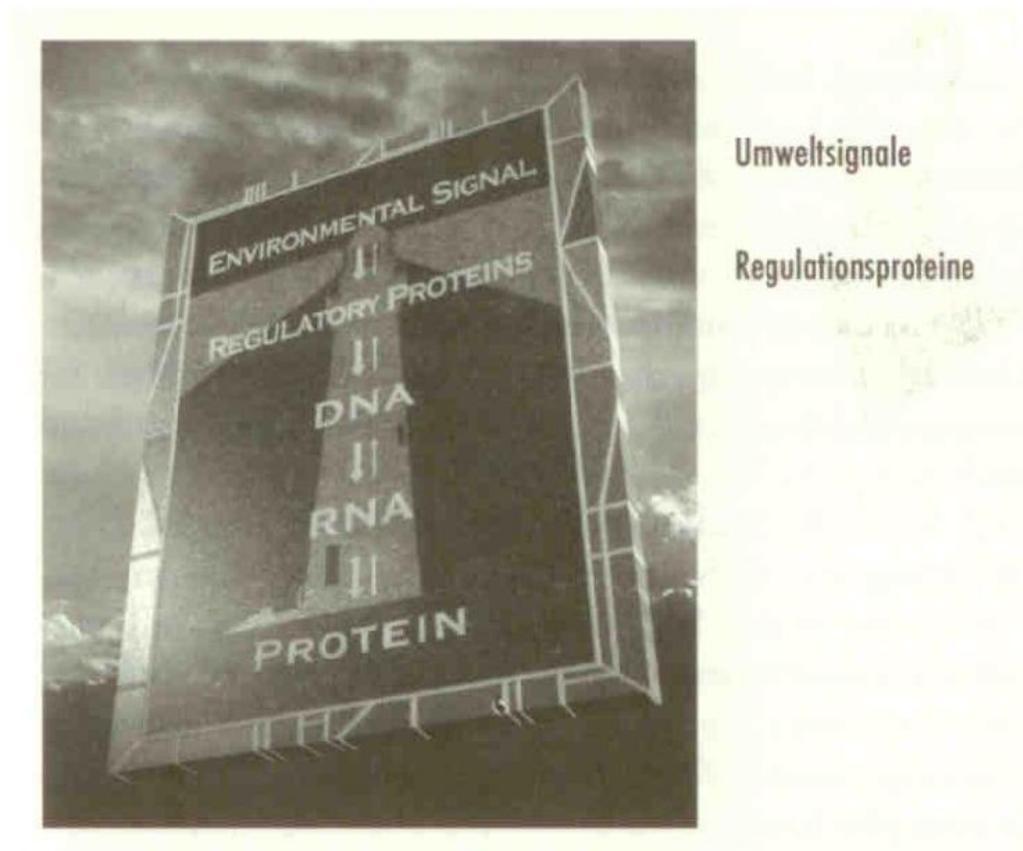


Abb. 19 Primat der Umgebung (Lipton 2006, S. 69): Neue wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass die Informationen, welche die Lebensvorgänge steuern, durch Umweltsignale in Gang gesetzt werden. Diese Umweltsignale beeinflussen die Regulationsproteine in der Schutzhülle um die DNS, d.h. die Regulationsproteine steuern die Gen-Aktivität. Die DNS-, RNS- und Proteinfunktionen sind genau die gleichen wie in der Abbildung zum Primat der DNS. Der Informationsfluss geht jedoch nicht mehr nur in eine Richtung. In den 1960er Jahren stellte Howard Temin das Dogma der Genetik mit Experimenten in Frage, in denen offenbar wurde, dass die RNS auch entgegen dem angenommenen Informationsfluss wirken und die DNS verändern kann. Zuerst wurde er für seine ketzerischen Theorien ausgelacht, doch dann gewann er den Nobelpreis für die Beschreibung der reversen Transkriptase, den molekularen Mechanismus, durch den die RNS den genetischen Code umschreiben kann. Die reverse Transkriptase erlangte mittlerweile traurige Berühmtheit, weil sie von der RNS des

AIDS-Virus dazu benutzt wird, die DNS der infizierten Zelle zu manipulieren. Es ist inzwischen auch bekannt, dass Veränderungen im DNS-Molekül, zum Beispiel die Entfernung einer Methyl-Gruppe, die Verbindungen der Regulationsproteine beeinflusst. Diese Proteine müssen auch in der Lage sein, den vorgesehenen Informationsfluss abzublocken, denn die Protein-Antikörper in Immunzellen sind an der Veränderung der DNS jener Zellen beteiligt, die sie synthetisieren. Die Größe der Pfeile, die den Informationsfluss symbolisieren, ist nicht die gleiche. Der rückwärtige Informationsfluss ist nur sehr eingeschränkt möglich, was die Zellen vor radikalen Veränderungen ihres Erbguts bewahrt.

Solche Erkenntnisse scheinen dem vielgeschmähten Evolutionstheoretiker Jean-Baptiste Lamarck Recht zu geben, der fest davon überzeugt war, durch Umwelteinflüsse erworbene Eigenschaften könnten vererbt werden. Die Philosophin Eva Jablonka und die Biologin Marion Lamb schrieben 1995 in ihrem Buch *Epigenetic Inheritance and Evolution – The Lamarckian Dimension*:

„In den letzten Jahren hat die Molekularbiologie gezeigt, dass das Genom nicht so starr festgelegt ist und viel stärker auf die Umwelt reagiert, als man bisher annahm. Auch zeigte sich deutlich, dass Erbinformationen auf anderen Wegen als durch die Basensequenz der DNS an die Nachkommen weitergegeben werden können“ (Jablonka and Lamb 1995, S. 35).

5.4. Die Kommunikation von Genen mit der Umwelt

Gene kommunizieren permanent mit der Umwelt, sie sind die großen Kommunikatoren unseres Körpers. Gene sind sowohl in ihrer Beziehung untereinander als auch gegenüber der Umwelt ein kooperierendes Netzwerk. Diesen Vorgang erklärt uns der Zellbiologe und Epigenetiker Lipton auf mikrobiologischer Ebene wie folgt: das Steuerungsorgan des Zellebens ist die Membran (Zellhülle), er nennt sie wegen ihrer chemischen und physikalischen Struktur auch „die magische Membran“. In ihren genial einfachen biologischen Mechanismen sieht er das wahre Geheimnis des Lebens – jenes Mechanismus, durch den der Körper Umweltsignale in Verhalten umsetzt. Erst in den 1950er-Jahren konnten Biologen überhaupt bestätigen, dass es eine solche Membran gab, davor glaubten viele von ihnen, dass das Cytoplasma durch seine gallertartige Konsistenz zusammengehalten würde. Doch auch dann schien sie einfach eine halb durchlässige Haut zu sein, die wie eine Frischhaltefolie mit Löchern das Cytoplasma zusammenhielt. Zwar konnte mit

leistungsstarken Mikroskopen herausgefunden werden, dass alle lebendigen Zellen eine Membran mit der gleichen dreilagigen Struktur aufweisen, die jedoch durch ihre simple Struktur über ihre funktionelle Komplexität hinweg täuscht. Erst durch das Studium der primitivsten Organismen dieser Erde, der Prokaryoten, zu denen auch Bakterien und andere Mikroben gehören, erhielten die Zellbiologen Einblick in die erstaunlichen Fähigkeiten der Zellmembran. Prokaryoten bestehen nur aus einem Tropfen Cytoplasma, umgeben von einer Membran. Obwohl sie die primitivste Lebensform darstellen, haben sie ein Sinnesorgan. Ein Bakterium lässt sich nicht ziellos in der Gegend umher treiben, sondern führt die grundlegenden physiologischen Prozesse aus, wie die komplexeren Zellen auch. Es nimmt Nahrung auf, atmet, scheidet aus und zeigt sogar eine Art „neurologische“ Verarbeitung von Außenreizen. Es kann sich dorthin bewegen, wo es Nahrung wahrnimmt. Und es kann Gifte und Räuber erkennen und sich vor ihnen zurückziehen. Welche Struktur verleiht einer Prokaryote diese „Intelligenz“? Es gibt in ihrem Cytoplasma keine Organellen, wie z.B. einen Zellkern oder Mitochondrien, Die einzige geordnete Struktur, die als Kandidat für das „Gehirn“ der Prokaryote in Frage kommt, ist ihre Zellmembran.

Die beiden wesentlichen Bestandteile der Membran sind die Phosphorlipide und die integralen Membranproteine (IMP). Die Phosphorlipide bestehen aus polaren und unpolaren Molekülen. Je nach der chemischen Bindung, die die Atome zusammenhält, sind alle Moleküle entweder polar oder unpolar. Die Verbindungen zwischen polaren Molekülen weisen eine positive und/oder negative Ladung auf. Aufgrund dieser Polarität verhalten sie sich wie Magnete – sie ziehen andere geladene Moleküle an, oder stoßen sie ab.

Zu den polaren Molekülen zählen das Wasser und alles, was sich darin auflöst. Aus unpolaren Molekülen besteht Öl und alles, was sich in Öl auflöst. So wenig wie man Wasser und Öl mischen kann, kann man fettige unpolare und wässrige polare Moleküle mischen. Das kommt daher, dass Moleküle ebenso wie Menschen lieber in einer Umgebung sind, die ihnen Stabilität verleiht. Phosphorlipide, die sowohl polar als auch unpolar sind, tun sich allerdings schwer damit, Stabilität zu finden. Der Phosphatanteil des Moleküls strebt zum Wasser- während der Lipidteil sich lieber dem Öl zuwendet und das Wasser meidet.

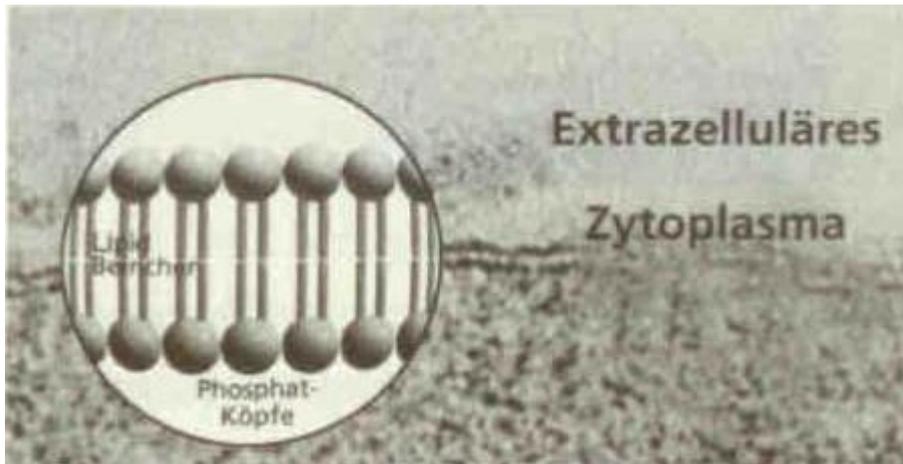


Abb. 20 Bild der Zellmembran-Oberfläche einer menschlichen Zelle unter dem Elektronenmikroskop (Lipton 2006, S. 79). Die Hell-Dunkel-Hell-Schichten der Zellmembran entsprechen der Anordnung der schützenden Phosphorlipid-Moleküle. Die helle mittlere Schicht der Membran zeigt die hydrophobe Zone, die aus den „Beinchen“ der Phosphorlipide gebildet wird. Die dunklen Bereiche unter- und oberhalb davon entsprechen den wasserliebenden „Phosphat-Köpfen“.

Wie auf der Abbildung zu sehen, sind die Phosphorlipide unserer Membran geformt wie ein Lutscher mit zwei Stielen. Der runde Teil des Lutschers hat zwischen seinen Atomen eine polare Spannung. Die beiden Stiele sind unpolar und lassen keine Atome oder Moleküle mit positiver oder negativer Ladung durch. Dieser Lipidkern wirkt wie eine elektrische Isolierung, was die Zelle davor bewahrt, von sämtlichen Molekülen ihrer Umgebung überschwemmt zu werden. Da die meisten Zellnährstoffe aus geladenen polaren Molekülen bestehen, ebenso wie die Abfallprodukte im Zellinneren, und diese die unpolare Lipidbarriere nicht durchdringen können, könnte die Zelle nicht überleben.

Hier kommt nun der zweite Hauptbestandteil der Membran ins Spiel, die Proteine. Sie erlauben nämlich, dass Nährstoffe, Abfallprodukte und andere Arten von „Informationen“ durch die Membran transportiert werden können. Durchgelassen werden nur solche Moleküle, die für die Funktion des Cytoplasmas wichtig sind. Da diese Proteine in der Membranhülle stecken, sozusagen einen Kanal bilden, werden sie als integrale Membranmoleküle bezeichnet (IMP).

Die zwanzig verschiedenen Aminosäuren, die Elemente der linearen Proteinketten, sind zum Teil hydrophil (Wasser liebend) und polar und zum Teil hydrophob (Wasser abstoßend) und unpolar. Wenn ein Bereich des Protein-Rückrats aus aneinander gebundenen hydrophoben

Aminosäuren besteht, findet dieser Abschnitt eine stabile Bindung in der fettigen Umgebung des Lipidkerns der Membran, in die er sich einbetten kann. Da manche Bereiche des Proteinstrangs aus polaren und andere Bereiche aus unpolaren Aminosäuren bestehen, webt er sich in die Membranschichten ein. Die IMPs lassen sich in zwei Funktionsgruppen einteilen: in Rezeptorproteine und Effektorproteine.

Rezeptor-IMPs sind die Sinnesorgane der Zellen. Die Rezeptoren sind auf bestimmte Umweltsignale ausgerichtet und funktionieren wie molekulare „Nanoantennen“. Manche Rezeptoren sind nach außen gerichtet, um auf externe Signale zu achten, andere überwachen das innere Milieu der Zelle. Sie haben eine inaktive und eine aktive Form, und sie wechseln ihrer Ladung entsprechend zwischen diesen Konformationen hin und her. Bindet sich ein Rezeptorprotein an ein Umweltsignal bewirkt die daraus hervorgegangene elektrische Ladung, dass der Proteinstrang seine Form verändert und in „aktive Konformation“ wechselt. Die Zellen haben für jedes Umweltsignal das sie ablesen müssen, besonders ausgebildete Rezeptoren.

Einige Rezeptoren reagieren auf physische Signale, z.B. Östrogen, Histamin oder Insulin. Befindet sich das jeweilige Molekül an dem entsprechenden Rezeptor, perfekt miteinander verbunden, wie Schloss und Schlüssel, verändert sich die elektromagnetische Ladung des Rezeptors und das Protein wechselt in seine aktive Konformation.

Die „Antennen“ der Rezeptoren empfangen jedoch auch Schwingungsenergiefelder wie Licht, Ton oder Radiowellen, wobei sie vibrieren wie Stimmgabeln. Tritt eine Schwingung in der energetischen Umgebung einer Zelle auf, die mit der Antenne des Rezeptors in Resonanz ist, so verändert sich die Ladung des Proteins und der Rezeptor verändert seine Form (Tsong, 1989 S. 89-92).

In der Tatsache, dass biologisches Verhalten nicht nur durch physische Moleküle, sondern auch durch unsichtbare Kräfte (z.B. auch durch Gedanken) gesteuert werden kann, sieht Lipton den wissenschaftlichen Hintergrund für die medikamentenfreie energetische Medizin. Sowie die Rezeptoren der Zelle eine Wahrnehmung von Umweltsignalen ermöglichen, besteht die Aufgabe der Effektorproteine auf die Wahrnehmungen zu reagieren. Dieser Rezeptor-Effektor-Komplex bildet einen Wahrnehmungs- und Reaktionsmechanismus, der wie ein Relais Umweltsignale in Zellverhalten übersetzt.

Alle Rezeptoren sind wie bereits erwähnt Proteine, die sich in der Zellmembran zusammenballen, während sie auf die richtigen biochemischen Schlüssel warten, die sich in der extrazellulären Flüssigkeit nähern und den richtigen Rezeptor (das passende Schlüsselloch) suchen. Diesen Prozess nennt man Bindung. Der chemische Schlüssel, der am Rezeptor andockt, wird als Ligand bezeichnet. Dieser biochemische Schlüssel verursacht durch die Bindung an den Rezeptor eine Störung, die das Molekül veranlasst, sich neu zu organisieren, seine Form zu verändern, um eine bestimmte Information in die Zelle zu transportieren. Mit dem Wort Ligand (lat. ligare „das, was bindet“) wird jeder natürliche oder künstliche Stoff bezeichnet, der sich selektiv an seine spezifische Rezeptorart in der Zelloberfläche bindet.

„Der Ligand lagert sich dem Rezeptor an, löst sich, lagert sich wieder an und löst sich erneut. Die Anlagerung des Liganden bezeichnen wir als Bindung - ein Prozess, in dessen Verlauf der Ligand durch seine molekularen Eigenschaften dem Rezeptor eine Nachricht übermittelt“(C.B. Pert, 2005 S. 32).

Hat der Rezeptor eine Nachricht erhalten, überträgt er sie mittels des Effektor-Rezeptor-Komplexes ins Zellinnere, wo sie eine weitreichende Veränderung des Zellzustandes bewirken kann.

„...sie stellen neue Proteine her, treffen Entscheidungen über die Zellteilungen, öffnen oder schließen Ionenkanäle, fügen energiereiche chemische Gruppen wie die Phosphate hinzu oder nehmen sie fort – um nur einige dieser Vorgänge zu nennen...

...Global können sich diese physiologischen Phänomene auf der Zellebene als tief greifende Änderung des Verhaltens, der körperlichen Aktivität und sogar der Stimmung manifestieren“(C .B. Pert 2005, S. 32).

Auch hier zeigt sich deutlich die Relevanz der Erkenntnisse aus den neueren Humanwissenschaften für die Sozialwissenschaft. Der Einfluss des sozialen Milieus auf das Individuum ist den Sozialwissenschaftlern wohlbekannt, sein Ausmaß jedoch wurde bisher bei weitem unterschätzt. Dieser Entwicklung muss in allen geisteswissenschaftlichen Bereichen Rechnung getragen werden, in der bestehende Paradigmen unter Einbeziehung dieses neuen Menschenbildes erneut überprüft werden.

Der Bindungsvorgang Ligand-Rezeptor ist äußerst selektiv:

...“so können die Opiat-Rezeptoren nur die Liganden empfangen, die zur Opiat-Gruppe gehören, also z.B. Endorphine, Morphin (Morphium) oder Heroin, der Valium-Rezeptor nur Valium oder valiumähnliche Peptide“ (Pert 2005 S.33).

Die Spezifität der Rezeptoren sorgt dafür, dass in einem komplexen Organisationssystem alles dorthin gelangt, wohin es gehört. Die Liganden, weitaus kleinere Moleküle als die Rezeptoren, sind in drei chemische Typen untergliedert:

- 1.) die Neurotransmitter, z.B. Acetylcholin, Noradrenalin, Dopamin, Histamin, Glycin, GABA und Serotonin. Meist im Gehirn produziert, dienen sie dazu, Informationen über den synaptischen Spalt zu transportieren.
- 2.) Die Steroide, dazu zählen die Geschlechtshormone Testosteron, Progesteron und Östrogen.
- 3.) Die Peptide, sie stellen rund 95% aller Liganden. Sie spielen eine vielfältige Rolle bei der Regelung fast aller Lebensprozesse.

Candace B. Pert, Professorin für Physiologie in Washington, D.C. und Entdeckerin des Opiatrezeptors fasst die beschriebenen Zusammenhänge in folgendem Bild zusammen:

„Wenn die Zelle der Motor ist, der alle Lebensvorgänge antreibt, dann sind die Rezeptoren die Knöpfe auf der Steuerkonsole des Motors, während ein spezifisches Peptid (oder ein anderer Ligandentyp) der Finger ist, der den Knopf drückt und die Dinge in Gang setzt“ (2005,S. 32.)

5.5. Die biochemischen Äquivalente des Gefühls als Verbindung zwischen Körper und psychischem Erleben

Pert sieht in den Neuropeptiden und ihrer über den ganzen Körper verteilten Rezeptoren die physiologischen Substrate des Gefühls, das molekulare Fundament dessen, was wir als Empfindungen, Sinneswahrnehmungen, Gedanken, Impulse, vielleicht auch als Geist oder Seele erleben. In den elektrischen und chemischen Aspekten des Gehirns, z.B. die Neurotransmitter, die ihren elektrisch ausgelösten Brückenschlag über die Synapsen

vollziehen, erkennen sie und ihre Forschungskollegen nur einen Teil eines viel weiter ausgreifenden Informationsnetzes.

1984 prägte der Neurowissenschaftler Francis Schmitt vom Massachusetts Institute of Technology, für die Vielfalt von Neurotransmittern, Peptiden, Hormonen, Faktoren und Proteinliganden den Ausdruck „Informationsstoffe“. Er schlug neben dem konventionellen Modell des synaptisch-neuronalen Schaltkreises ein parasynaptisches oder sekundäres Parallelsystem vor, über das chemische Botenstoffe im Interstitium (extrazelluläre Körperflüssigkeiten) ihre spezifischen Rezeptoren auf den Zielzellen erreichen. Ein Konzept, das von der Fachwelt dankbar aufgegriffen wurde, boten sich hieraus doch plötzlich zahlreiche Alternativen zu der synaptischen Nervenverknüpfung, die bisher als unentbehrlich für die Geist-Körper-Kommunikation galt. Dazu Lipton:

„Die Evolution des limbischen Systems erzeugte einen einzigartigen Mechanismus, der die chemischen Kommunikationssignale in Empfindungen übersetzte, die von allen Zellen der Gemeinschaft wahrgenommen werden konnten“(2006, S. 130).

Diese Signale erfährt das Bewusstsein als Emotionen, d.h. die biochemische Kommunikation wird übersetzt in Gefühlsqualitäten.

„Das Bewusstsein nimmt nicht nur den Fluss der koordinierenden Zellsignale wahr, sondern kann auch Emotionen erzeugen, die sich im Nervensystem in Form kontrollierter Freisetzung von regulatorischen Signalen manifestieren“ (Lipton 2006, S.130).

Das würde bedeuten, dass der angemessene Einsatz des Bewusstseins einen kranken Körper gesunden lassen kann, während eine unangemessene Unterdrückung oder Kontrolle von Gefühlen einen gesunden Körper krank machen kann. Hierauf deuten auch die Forschungsergebnisse von C.B. Pert hin, die zeitgleich zu Lipton, der sich mit dem „Gehirn“ der Zelle befasste, das menschliche Gehirn untersuchte, und hierbei Parallelen zu den Funktionsweisen des zellulären Gehirns erkannte. Ihre Erforschung der Informationsverarbeitenden Rezeptoren in den Nervenzellmembranen führte zu der Entdeckung, dass die gleichen neuralen Rezeptoren in den meisten, wenn nicht gar in allen Körperzellen auftreten. Damit offenbarte sie, dass der menschliche Geist nicht nur im Kopf sitzt, sondern durch Signalmoleküle im ganzen Körper verteilt ist.

„Emotionale Zustände oder Stimmungen werden von den verschiedenen Neuropeptidliganden hervorgerufen, und was wir als Gefühle oder Empfindung erleben, ist zugleich ein Mechanismus zur Aktivierung eines bestimmten neuronalen Schaltkreises – im Gehirn und im Körper. Dadurch wird ein Verhalten erzeugt, an dem der ganze Mensch beteiligt ist, einschließlich all der physiologischen Veränderungen, die für dieses Verhalten erforderlich sind“ (Pert 2005, S.219).

D.h. die Signalmoleküle versetzen uns in bestimmte Bewusstseinszustände und sie verändern diese Zustände. In seinem Buch *Die Pforten der Wahrnehmung* bezeichnete Aldous Huxley (1954, S. 19) das Gehirn als „Reduktionsfilter“ und lag mit seiner Vermutung richtig, dass aus der ständigen Flut sensorischer Inputdaten die unser Gehirn permanent überschwemmen, durch irgendein Filtersystem die relevanten Informationen von den nicht relevanten selektiert werden müssten. Dabei bestimmen unsere Gefühle (oder die psychoaktiven Wirkstoffe, die sich ihrer Rezeptoren bemächtigen), welche Informationen unsere Aufmerksamkeit verdienen. Im Zusammenhang mit diesem Phänomen, das man auch als *dissoziierte Lernzustände* oder *zustandsabhängigen Gedächtnisabruf* bezeichnet, konnte der Psychologe Donald Overton von der Temple University im Laborversuch mit Ratten zeigen: wenn eine Ratte unter dem Einfluss eines Wirkstoffs (ein externer Ligand, der an Rezeptoren im Gehirn und im Körper bindet), den Weg durch ein Labyrinth lernt, oder einen elektrischen Schlag erhält, sich am besten erinnert, wie sie durchs Labyrinth findet oder den elektrischen Schlag vermeiden kann, wenn sie wieder unter dem Einfluss des gleichen Wirkstoffes getestet wird. Es zeigte sich, dass diese Erkenntnis auf Menschen übertragbar war. Durch den bewusstseinsverändernden Wirkstoff konnte die Ratte eine frühere Lernerfahrung abrufen, die unter dem Einfluss des gleichen Wirkstoffs gebahnt worden war. In gleicher Weise bahnt auch der gefühlstragende Peptidligand die Erinnerung von Menschen. Das Gefühl ist ein Äquivalent des Wirkstoffs oder der Droge, beide sind sie Liganden, die an Rezeptoren im Körper binden. Auf unsere Alltagserfahrung übertragen heißt das, dass wir uns an positive emotionale Erlebnisse eher erinnern, wenn wir uns in euphorischer Stimmung befinden, dagegen negative Erfahrungen leichter erinnert werden, wenn wir bereits schlechter Laune sind. Sowohl das Gedächtnis, als auch unser tatsächliches Verhalten werden beeinflusst von der Stimmung, in der wir sind. Das zeigt die enge Verflechtung von Gefühl und Gedächtnis, bzw. momentaner Stimmungen und bereits gemachter Erfahrungen (vgl. Pert 2005, S.212-220, Grawe 2004, S. 266 – 267)

Eine Erkenntnis, mit der man sich in der Sozialtherapeutischen Praxis täglich konfrontiert sieht und die der Psychotherapieforscher Grawe als Priming bzw. motivationales Priming bezeichnet.

5.6. Die Bedeutung der Erkenntnisse epigenetischer Forschung für die psychosoziale Arbeit

Das limbische System stellte durch seine Fähigkeit, den Fluss der verhaltensregulierenden Signale in der Zellgemeinschaft wahrzunehmen und zu koordinieren, einen großen evolutionären Fortschritt dar. Mehrzellige Organismen sind in der Lage auf eine zunehmende Anzahl von äußeren Umweltreizen zu reagieren.

„Eine einzelne Zelle kann auf einfache sensorische Wahrnehmungen wie rot, rund, aromatisch und süß reagieren, doch erst die zusätzliche Geisteskraft der mehrzelligen Lebewesen kann diese einfachen Empfindungen zu einer höheren Komplexität zusammensetzen und den Apfel erkennen“ (Lipton 2006, S. 131).

Durch genetisch festgelegte Instinkte wird nur evolutionär erlerntes, fundamentales Reflexverhalten an die Nachkommenschaft weitergegeben.

Mittlerweile liegt eine Reihe von Studien vor, die zu belegen scheinen, dass auch kulturelle Einflüsse und Erfahrungen biologisch vererbt werden können. Wenn epigenetische Muster ebenfalls vererbt werden können, dann ist das laut Biologin Eva Jablonka von der Universität Tel Aviv in Israel, ...“das Ende der Theorie vom egoistischen Gen...Der ganze Diskurs über Vererbung und Evolution wird sich verändern“(vgl. Spiegel 32/2008, S. 111).

Die Ergebnisse der epigenetischen Forschung weisen immer mehr darauf hin, dass man epigenetischen Belastungen nicht völlig ausgeliefert ist, wie es beim genetischen Determinismus der Fall ist, sondern die Möglichkeit der therapeutischen und auch pharmakologischen Einflussnahme hat.

„Die Evolution des größeren Gehirns mit seiner höheren Anzahl von Neuralzellen bot den Organismen die Chance, sich nicht nur auf instinktives Verhalten zu verlassen, sondern auch

aus Lebenserfahrungen zu lernen. Neues Reflexverhalten entsteht durch Konditionierung“ (Lipton 2006, S. 131).

Pawlows programmierte Hunde fingen beim Klang der Glocke automatisch an zu geifern, selbst wenn weit und breit kein Futter da war. Ein eindeutiges Zeichen für unbewusstes, erlerntes Reflexverhalten. Unabhängig davon, wie anspruchsvoll konditionierte Verhaltensweisen sind, man braucht dabei nicht zu denken. Der Lernprozess hat die neuronalen Verbindungen des Reiz-Reaktions-Musters so fest „verdrahtet“, dass jeweils die gleiche Reaktion sicher gestellt ist. Man spricht bei diesen fest verankerten Mustern von Gewohnheiten.

...„Die im Stammhirn auf diese Weise entstehenden Reaktionsketten und Netzwerke sind noch relativ einfach aufgebaut. Sie sind für die Steuerung basaler Körperfunktionen zuständig, also beispielsweise für die Regulation der Atemmuskulatur, des Herz- und Kreislaufsystems, der Körpertemperatur oder des vegetativen Nervensystems, das seinerseits wiederum für die Abstimmung und die Regulation verschiedenster Organfunktionen verantwortlich ist“ (Hüther, Krens 2005, S. 64).

Pawlows Hunde sabbern reflexhaft, nicht absichtlich. Dieser Teil des „Unterbewusstseins“ handelt dabei immer reflexhaft, es unterliegt nicht der Vernunft oder dem Denken. Physiologisch gesehen wird diese Art des Bewusstseins mit den Aktivitäten jener Gehirnstrukturen assoziiert, die in nicht selbstbewussten Tieren vorkommen.

...„Wesentlich komplexer entwickelt und noch stärker miteinander und mit den Zellgruppen des Stammhirns verknüpft, sind die Netzwerke, die sich im Mittelhirn und im Zwischenhirn herausbilden. Hier entstehen komplizierte Verschaltungsmuster zwischen den Nervenzellen, die als neuronale Regelsysteme für die Koordination voneinander abhängiger Organfunktionen und StoffwechsellLeistungen und für die Steuerung einfacher, schematischer Bewegungsabläufe und Reaktionen zuständig sind“ (Hüther, Krens 2005, S. 64).

Die von den verschiedenen Sinnesorganen und aus dem Körper eintreffenden Signale werden in diesen mittleren Bereichen des sich entwickelnden Gehirns zu einem zwar noch sehr schematischen, aber bereits schon ganzheitlichen „Gesamtbild“ zusammen gefügt.

Die so entstehenden Erregungsmuster lösen nun ihrerseits den Aufbau schematischer, jedoch bereits ganzheitlicher Reaktions- und Handlungsmuster aus.

...„Zeitlebens bleiben die hier bereits vor der Geburt geknüpften Netzwerke und Verschaltungsmuster bestimmend für all die nicht bewusst wahrnehmbaren Eindrücke, die das Gehirn immer dann macht und in irgendwelche Stimmungen und Reaktionen umsetzt, wenn sich im Körper oder in den Umgebungsbedingungen etwas entscheidendes zu verändern beginnt“ (Hüther 2005, S. 65).

Als Beispiele nennt Hüther unter anderem einen absinkenden Blutzuckerspiegel der ein Hungergefühl auslöst, Angst, die als *komisches* Gefühl im Bauch spürbar wird und die Aktivierung des körpereigenen Abwehrsystems bei einer sich ausbreitenden Infektion.

... - immer sind diese sehr früh entstandenen gut gebahnten Verschaltungsmuster im Mittel- und Zwischenhirn für das Zustandekommen der diesen Regungen zugrunde liegenden Erregungsmuster verantwortlich“ (Hüther 2005, S. 65).

Menschen und eine Reihe anderer, höherer Tiere, haben einen besonderen Bereich des Gehirns entwickelt, mit dem sie denken, planen und Entscheidungen treffen können – die vordere Großhirnrinde. Nach neueren Erkenntnissen der Gehirnforschung ist dieser Bereich des Vorderhirns offensichtlich der Sitz des selbst-bewussten Denkvermögens. Der selbst-bewusste Geist kann sich selbst reflektieren. Lipton sieht in ihm eine Art Sinnesorgan, mit dem wir unser eigenes Verhalten und unsere Gefühle überwachen. Ebenso kann er sich der meisten Daten unserer langfristig gespeicherten Erinnerungen bedienen. Diese äußerst wichtige Fähigkeit, die es uns erlaubt, unsere Zukunft in Anbetracht unserer Geschichte zu planen, gibt uns ebenfalls die Möglichkeit, die Gegenwart zu gestalten oder zu verändern. Für die sozial-psychologische Therapie ist diese Erkenntnis bahnbrechend:

...„Die Fähigkeit der Selbst - Reflexion verleiht dem selbst – bewussten Geist große Macht. Er kann unser programmiertes Verhalten beobachten, das Verhalten bewerten und sich entscheiden, dieses Verhalten zu verändern. Wir können aktiv wählen, ob und wie wir auf die meisten Umweltsignale reagieren wollen. Die Fähigkeit des Bewusstseins, die vorprogrammierten Verhaltenweisen des Unterbewusstseins zu verändern, ist die Grundlage unseres freien Willen“ (Lipton 2006, S. 132).

In der sozialtherapeutischen Arbeit mit oftmals traumatisierten Menschen ist es jedoch von entscheidender Bedeutung zu wissen, dass mit dieser besonderen Gabe auch eine besondere Schwäche einhergeht. Fast alle anderen Organismen müssen Reize unmittelbar erfahren, beim Menschen hingegen ist die Lernfähigkeit des Gehirns so weit entwickelt, dass Wahrnehmungen auch indirekt von jeweiligen „Lehrern“ übernommen werden können. Wenn diese Art von Wahrnehmungen dann als „Wahrheiten“ akzeptiert sind, werden sie im eigenen Gehirn als eigene „Wahrheit“ verankert. Was geschieht jedoch, wenn die Sichtweisen unserer Lehrer unzutreffend sind oder bewusst manipulativ? Dann wird unser Gehirn mit Fehlwahrnehmungen gefüttert ohne objektive Überprüfungsmöglichkeit. Lipton bemerkt dazu:

...„Das Unterbewusstsein reagiert auf Reize gemäß seiner Programmierung – es gibt in diesem Bereich nichts, was sich über die langfristigen Konsequenzen unserer Programmierungen Gedanken machen könnte. Das Unterbewusstsein wirkt nur im Jetzt, unsere einprogrammierten Fehleinschätzungen werden also nicht überprüft, weshalb wir uns in manchen Dingen immer wieder auf unangemessene Weise verhalten“ (2006, S. 132).

Würde ein Mensch unseres Kulturkreises in seinem Garten plötzlich von einer Schlange angezischt, wäre der erste Impuls wegzurennen oder die Schlange zu töten, weil die meisten Menschen lernen: Schlange – böse! Umweltsignale, die als gefährlich eingestuft werden, erzeugen bei ihrer Wahrnehmung eine blitzschnelle Reaktion des unterbewussten Gedächtnisses (der Traumaforscher Peter Levine (1998) nennt dies fight or flight reaction). Wäre diese Person jedoch ein Herpetologe (Reptilienkundler), so wäre er wahrscheinlich hoch erfreut – jedenfalls nach dem er sich vergewissert hätte, dass die Schlange harmlos ist. Das reflexhafte Verhalten eines „Unwissenden“ würde er dagegen möglicherweise für irrational halten, da nicht alle Schlangen gefährlich sind. Die gleiche Schlange, also der gleiche Reiz – jedoch völlig unterschiedliche Reaktionen. Unsere Reaktionen auf Umweltreize werden durch die Wahrnehmungen gesteuert, doch nicht alle unsere erlernten Wahrnehmungen sind zutreffend. Nicht alle Schlangen sind gefährlich!

Es trifft also zu, dass unsere Wahrnehmungen unsere Biologie steuern, unabhängig davon, ob eine Wahrnehmung zutreffend oder falsch ist. Eine wichtige Erkenntnis im Hinblick auf die sozialtherapeutische Arbeit, zeigt sie doch, dass wir in der Lage sind, unsere Reaktionen auf

Umweltreize bewusst zu überprüfen und jederzeit alte Verhaltensweisen zu verändern. Lipton schlägt vor, diese steuernde Wahrnehmung als Überzeugung zu bezeichnen.

„...Jedes Tier, jede Pflanze, jeder primitive Vielzeller und sogar jeder frei lebende Einzeller und jedes Bakterium ist in der Lage, seine eigenen Lebensbedingungen in gewissem Umfang zu kontrollieren und zumindest teilweise selbst zu gestalten. Unsere krankheitserregenden Bakterien beispielsweise können Stoffe (naturheilkundlich Toxine genannt, Anm. des Verf.), produzieren, die sie vor dem Angriff von Immunzellen schützen, frei lebende Einzeller können sich mit Hilfe von Geiseln oder Wimpfern dorthin bewegen, wo für ihr Überleben und ihre Vermehrung günstigere Bedingungen herrschen“ (Hüther 2006, S. 45)

Im Pflanzenreich ist es ähnlich: um genügend Sonnenlicht für die Photosynthese einzufangen, richten Pflanzen ihre Wuchsrichtung und ihrer Blätter nach der Sonne aus. Mit verschiedenen Tricks sorgen sie dafür, dass sie nicht allzu sehr von Tieren abgefressen werden.

„Noch viel größer ist das Repertoire von Strategien, das Tiere zur Nahrungsbeschaffung, zur Abwehr von Feinden oder zur Sicherung ihrer Nachkommenschaft entwickelt haben“ (Hüther 2006, S. 45).

Die Fähigkeit des Menschen Lebensbedingungen zu kontrollieren sieht Hüther in der Steuerung durch innere Bilder, die Lipton als Überzeugungen bezeichnet. Die interessanten Erkenntnisse und Ergebnisse aus Hüthers Forschungen sind bereits in Kapitel 4 ausführlich dargestellt worden. An dieser Stelle soll noch einmal auf die mikroskopischen Aspekte der zugrunde liegenden zellulären Steuerungsvorgänge eingegangen werden.

Die Erkenntnis, dass unsere tiefen Überzeugungen biologische Prozesse steuern können, beruht auf Liptons Studien mit geklonten Endothelialzellen (Zellen aus der Innenwand der Blutgefäße). In seinen Kulturen konnte er feststellen, wie diese Zellen ihre Umwelt beobachteten und ihr Verhalten je nach den ihnen zur Verfügung stehenden Informationen veränderten. Bei Nährstoffgabe bewegten sie sich mit „offenen Armen“ auf diese Nährstoffe zu, bei Vergiftung des Milieus zogen sich die Zellen von diesem Reiz zurück, um sich vor diesen schädlichen Stoffen zu schützen. Liptons Forschungsinteresse konzentrierte sich auf die „Wahrnehmungsschalter“ der Membran, die den Übergang von dem einen zum anderen Verhalten steuern. Er berichtet hierzu:

...„Der wichtigste dieser Schalter, mit dem ich mich befasste, hat einen Proteinrezeptor, der auf Histamin reagiert, ein Molekül, das der Körper als eine Art Alarmsystem einsetzt. Ich fand zwei verschiedenen Arten von Schaltern, H1 und H2, die auf das gleiche Histaminsignal reagieren“ (Lipton 2006, S. 134).

Bei Aktivierung der H1 Histaminrezeptoren schalten diese, ähnlich den Zellen in giftiger Umgebung, auf Schutzreaktion. Die H2 Rezeptoren verhalten sich dagegen ähnlich den Kulturen, die Nährstoffe erhalten haben, und rufen einen Wachstumsimpuls hervor. In seinen weiteren Forschungen fand Lipton heraus:

„...dass das Signal Adrenalin, mit dem der Körper auf allgemeine Notsignale reagiert, auch zwei verschiedene adrenalinsensitive Rezeptoren hat, die alpha und beta genannt werden. Die Adrenalinrezeptoren führten zum gleichen Zellverhalten wie es beim Histamin zustande kam. Wenn in einem IMP-Schalter ein alpha-Adrenalin-Rezeptor sitzt, dann löst die Anwesenheit von Adrenalin eine Schutzreaktion aus. Wenn zu dem Schalter ein beta-Rezeptor gehört, aktiviert das gleiche Adrenalinsignal eine Wachstumsreaktion“ (Lipton, Bensch 1992, S. 281).

Diese mikroskopische Betrachtung von dem Verhalten der Zellen verdeutlicht die zwei Verhaltenspositionen Wachstum und Schutz. Lipton und sein Forscherteam gingen jedoch noch darüber hinaus und erforschten was geschieht, wenn sie den Zellkulturen Histamin und Adrenalin gleichzeitig zufügten. So konnten sie feststellen, dass die Adrenalinsignale, die vom zentralen Nervensystem (ZNS) freigesetzt werden, stärker sind als die lokal erzeugten Histaminsignale. Auch hier lässt sich also die hierarchische Ordnung von Gemeinschaft erkennen, die wir zuvor an unserem Apfelbeispiel gesehen haben. Vergleiche hierzu auch das Ordnerprinzip nach Hermann Haken im Kapitel 3.5.

In der menschlichen Biologie gibt es eine ähnliche Hierarchie. Wenn ein Vorarbeiter seinem Untergebenen eine Anweisung erteilen würde und kurz darauf käme der Chef mit einer genau entgegengesetzten Order, welchem Auftrag würde der Mitarbeiter wohl folgen? Da er seinen Job behalten will, macht er natürlich das, was sein Chef sagt. Im Fall unserer Zellen bedeutet das, dass sie im Zweifelsfall den Anweisungen des „Chefs“ ZNS folgen, selbst wenn es einem örtlichen Reiz widerspricht.

Aus diesen Ergebnissen schlussfolgerte Lipton:

„..., dass sie auf der Ebene der einzelnen Zelle etwas aussagten, was sich auf mehrzellige Organismen übertragen ließ, nämlich dass der Geist - über das Adrenalin des zentralen Nervensystems – stärker ist, als der Körper, dem das lokale Histaminsignal entspricht“...(Lipton 2006, S. 135)

Damit stieß er bei seinen Kollegen auf großen Widerstand. Biologen sind Newtonianer, also in ihrem Denken an die Materie gebunden, für die der „Geist“ als Bezeichnung für eine nicht örtlich bestimmbare Energie keinem anerkannten biologischen Modell entspricht. Quantenphysikalisch ist diese Einstellung jedoch nicht haltbar, ja sogar falsch.

Unbestritten bleibt jedoch die Tatsache, dass die beiden fundamentalen zellulären Reaktionen auf Umweltreize diese beiden entgegengesetzten Bewegungen sind, hin zu einem lebensfördernden Signal (=Wachstumsreaktion) oder der Rückzug weg von bedrohlichen Signalen (=Schutzreaktion).

....„Anders als bei Einzellern ist die Wachstums- bzw. Schutzreaktion bei mehrzelligen Organismen keine Entweder- / Oder-Entscheidung und nicht alle unsere fünfzig Billionen Zellen müssen gleichzeitig in eine Wachstums- oder Schutzreaktion gehen. Der Anteil der Zellen, die an einer Schutzreaktion beteiligt sind, hängt von der Schwere der wahrgenommenen Gefahr ab“ (Lipton 2006, S. 145-146).

So ist ein Überleben auch unter Stress möglich, aber die chronische Einschränkung der Wachstumsmechanismen geht auf Kosten der Vitalität. Um die volle Entfaltung der Vitalität zu gewährleisten ist jedoch mehr als die Reduzierung von Stressfaktoren nötig.

....„Wachstumsprozesse erfordern auch einen offenen Austausch zwischen dem Organismus und der Umgebung, zum Beispiel wird Nahrung aufgenommen und Abfallprodukte werden ausgeschieden. Eine Schutzreaktion erfordert jedoch, das System zu schließen, um den Organismus vor der erwarteten Gefahr abzuschotten. Das Unterbinden von Wachstum ist jedoch auch schwächend, weil der Wachstumsprozess nicht nur Energie verbraucht, sondern auch produziert“ (Lipton 2006,S. 145).

Wird die Schutzhaltung über längere Zeit aufrechterhalten, hemmt das die Produktion lebenserhaltender Energie. Länger anhaltende Schutzhaltung verhindert immer stärker das Wachstum. Weitgehend unterbundene Wachstumsprozesse können starke Ängste hervorrufen bis hin zur Todesangst. Die Beseitigung von Stressfaktoren in einem Wachstums-/Schutz Kontinuum versetzt uns nur in eine neutrale Position. Für ein gesundes und glückliches Leben müssen wir entsprechende Überzeugungen und innere Bilder generieren und nutzen.

Das Wachstums-Schutz-Kontinuum (Grawe nennt es auch Annäherungs-Vermeidungs-Schema), gilt vom Einzeller über höher organisierte Systeme wie dem Menschen und seinem Nervensystem bis hin zu sozialen Verbänden.

5.7. Der biologische Vorgang des Schutzmechanismus

Wie bereits dargestellt, wird das Wachstums- bzw. Schutzverhalten in mehrzelligen Organismen durch das Nervensystem gesteuert, dabei besteht die Aufgabe des Nervensystems darin, die Umweltreize wahrzunehmen, zu interpretieren und eine angemessene Verhaltensreaktion zu organisieren. Nimmt das Nervensystem in seiner Umgebung eine Bedrohung wahr, alarmiert es die Zellgemeinschaft.

Der Körper verfügt über zwei getrennte Schutzsysteme, die beide für sein Überleben wichtig sind.

1.) Das System zum Schutz gegen äußere Gefahren, man nennt es die Hypothalamo-Hypophyse-adrenokortikale Achse, oder der Einfachheit halber HHN-Achse (die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse). Wenn keine Bedrohung existiert, ist die HHN-Achse inaktiv und das System auf Wachstum orientiert. Nimmt der Hypothalamus jedoch eine äußere Gefahr wahr, sendet er durch die HHN-Achse ein Signal an die Hypophyse, in deren Verantwortung es liegt, die fünfzig Billionen Zellen der Gemeinschaft in Bezug auf diese Bedrohung hin zu organisieren. Hypothalamus und Hypophyse bilden hier das gedachte Äquivalent zu unseren Rezeptor-/Effektor-Proteinen in der Zellmembran. Wie das Rezeptorprotein in der Zellmembran empfängt und erkennt der Hypothalamus Umweltsignale, während die Aufgabe der Hypophyse den Effektorproteinen im Zellinneren ähnelt, weil sie den Körper in Aktion versetzt.

Die Reaktion der Hypophyse besteht im Senden eines Signals an die Adrenalindrüsen, welches diese veranlasst die fight- or flight reaction des Körpers zu koordinieren. Technisch gesehen beschreibt Lipton diesen Prozess folgendermaßen:

„Auf die Wahrnehmung von Stress durch das Gehirn hin setzt der Hypothalamus CRF (Corticotropin-releasing factor) frei, das zur Hypophyse wandert. CRF aktiviert bestimmte Zellen in der Hypophyse, die ACTH (Adrenocorticotropes Hormon) ins Blut ausschütten. ACTH wandert dann zu den Adrenalindrüsen und signalisiert ihnen, Adrenalin-Hormone freizusetzen“ (Lipton 2006, S. 147).

Genauer gesagt handelt es sich um zwei sich überschneidende prozesshaft ablaufende Reaktionen für die Bewältigung kurz- und langzeitiger Streßzustände. In der langandauernden Variante reagiert der Hypthalamus auf streßauslösende Situationen mit der Ausschüttung von CRH (Corticotropin-releasing hormon). CRH regt die Hypophyse zur Ausschüttung von ACTH (Adrenokortikotropes Hormon) an. ACTH seinerseits regt die Nebennierenrinde zur Ausschüttung von Glukokortikoiden an.

In einer zweiten Reaktionskette wird über den Sympathikus das Nebennierenmark zur sekundenschnellen Ausschüttung einer Mischung von Adrenalin (80 %) und Noradrenalin (20 %) angeregt. (vgl. Medizininfo Stichwort: Endokrinologie: <http://medizininfo.de/endokrinologie/anatomie/nebennieren.htm>) Diese Differenzierung nimmt Lipton auch in der amerikanischen Originalfassung nicht vor - und spricht verallgemeinernd von adrenal glands (vgl. Lipton 2005, S.117 – 120, Biology of Belief).

Durch diese freigesetzten Stresshormone wird die Funktion der Körperorgane koordiniert und zusätzliche Körperkraft für den Flucht-Kampf-Reflex generiert.

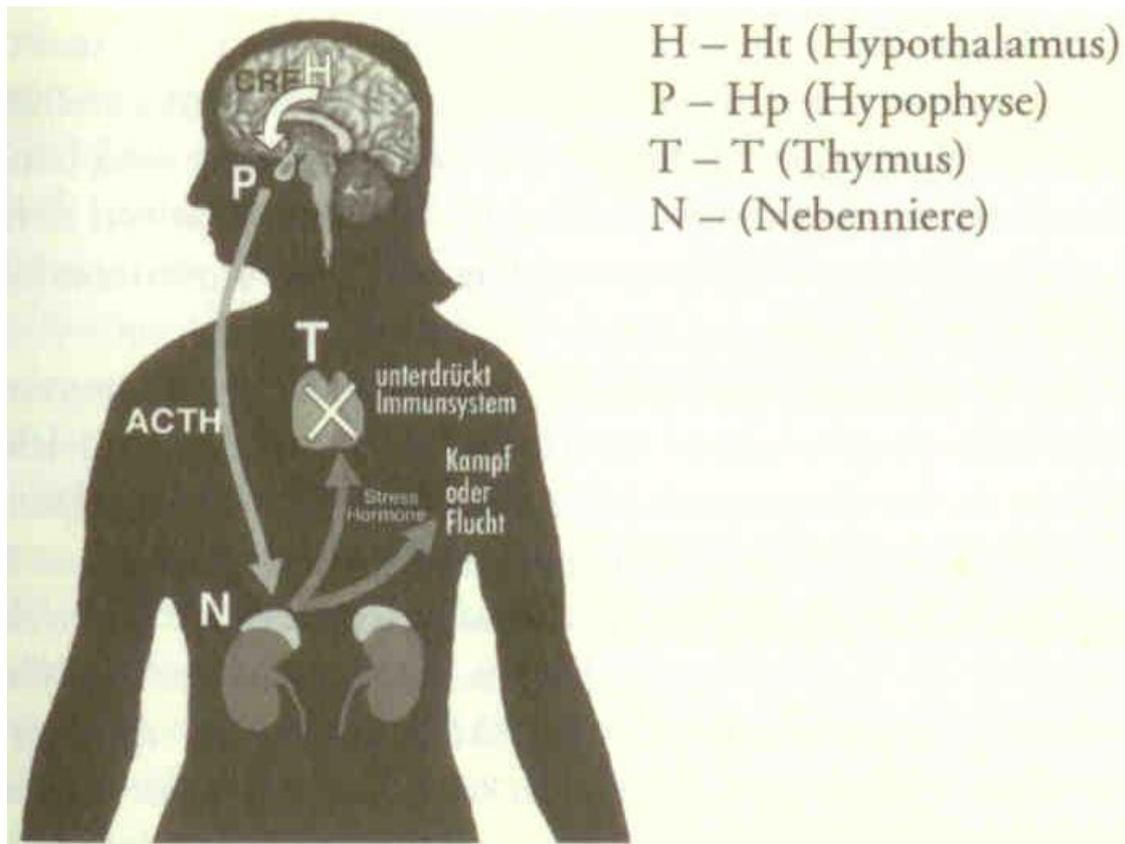


Abb. 21 Schematische Darstellung Adrenalinreaktion auf Stresssituationen (Lipton 2006, S. 147). Wenn der Adrenalinalarm ausgelöst wird, sorgen die Stresshormone für ein Zusammenziehen der Blutgefäße im Verdauungstrakt, um das Blut in Arme und Beine zu schicken, welche helfen die Gefahr zu überwinden. Die lebenserhaltenden Aktivitäten wie Verdauung, Absorption und Ausscheidung, verantwortlich für das Wachstum der Zellen und Aufbau von Energiereserven, werden unterbrochen.

Die Wachstumsprozesse und das Überleben des Körpers werden also durch die Stressreaktion behindert, weil diese die Bildung lebenswichtiger Energiereserven stört.

2.) Das Schutzsystem des Körpers (das Immunsystem) gegen interne Gefahren, z.B. hervorgerufen durch Mikroorganismen, wird mobilisiert, kann es große Mengen an Körperenergie verbrauchen, z.B. wenn es gegen eine Erkältung ankämpft und wir uns schwach fühlen. Im Falle einer Kampf-Fluchtreaktion des Körpers durch die HHN-Achse wird aus Energiespargründen das Immunsystem durch die Adrenalinhormone unterdrückt. Hier erleben wir die bereits erwähnte Hierarchie. Das Gehirn muss entscheiden, welches die größere Bedrohung ist und sich ihr stellen. Peter Levine findet hierfür folgendes Bild: wenn man mit einer Durchfall verursachenden Bakterieninformation in der Wildnis kämpft und plötzlich das Knurren eines wilden Raubtieres hört, so wird er Körper den Kampf gegen die

Infektion unterbrechen und seine Energie dafür einsetzen, dem Löwen zu entkommen. Diese Fähigkeit die Krankheitsabwehr zu hemmen, ist also eine sekundäre Folge der aktiven HHN-Achse. In Analogie dazu kennen wir das Phänomen des gestressten Geschäftsmannes, der mit Beginn seines Urlaubs krank wird, wobei der Stress erzeugende Arbeitstag vom Nervensystem synonym für die bedrohliche Bestie steht.

Eine weitere Nebenwirkung der Aktivierung dieser Achse ist die Einschränkung unserer Fähigkeit klar zu denken. Lipton bemerkt dazu:

„Die Umsetzung von Information im Vorderhirn, dem Bereich der Vernunft und der Logik, ist sehr viel langsamer als die reflexhafte Aktivität des Hinterhirns. In einem Notfall kann eine möglichst schnelle Informationsverarbeitung möglicherweise lebensrettend sein. Die Stresshormone verengen die Blutgefäße im Vorderhirn und reduzieren damit seine Funktionsfähigkeit. Außerdem unterdrücken diese Hormone die Aktivität der vorderen Großhirnrinde, dem Zentrum des bewussten, willentlichen Handelns. In einer Gefahrensituation unterstützen der Blutfluss und die Hormonwirkung die Aktivierung des Hinterhirns, aus dem die lebenserhaltenden Reflexe stammen, die unser Kampf- oder Fluchtverhalten am wirkungsvollsten steuern“ (2006, S. 149).

Der Preis für diese Unterdrückung des langsamen bewussten Denkens durch die Stresssignale zur Überlebenssicherung geht mit einer geminderten bewussten Wahrnehmung und einer reduzierten Intelligenz einher. (vgl. Takamatsu et al, 2003; Arnsten und Goldman-Rakic, 1998; Goldstein et al, 1996)

5.8. Die Gefahren stresserzeugender Angst

Das heißt, Angst macht einfach dümmer. Eine Erkenntnis, wie man sie von Menschen mit Prüfungsphobie kennt, die trotz bester Vorbereitung keinen Zugang mehr zu den erlernten Informationen haben. Bei akutem Stress funktioniert das HHN-System hervorragend, es eignet sich jedoch nicht dazu, ständig aktiv zu sein. Im Alltag wurzeln die meisten unserer Stressfaktoren jedoch nicht in akuten oder konkreten Gefahren, die eindeutig identifizierbar sind, und auf die wir dann angemessen reagieren könnten, sondern der Einzelne leidet in seinem persönlichen Leben beständig unter einer Vielzahl von Sorgen und Ängsten in Bezug

auf seine Arbeit, die Familie, die Überlebenssicherung und die gesellschaftliche Stellung. Solche diffusen Bedrohungen bedeuten zwar keine Bedrohung des unmittelbaren Überlebens, aktivieren aber unsere HHN-Achse, was wiederum zu einem chronisch hohen Stresshormonspiegel führt.

Lipton vergleicht die schädliche Wirkung eines anhaltend hohen Adrenalinpiegels mit einem Wettrennen, bei dem die Ansage „Auf die Plätze! Und fertig!“ ertönt, aber nicht das erlösende „Los!“. Bei dem Kommando „Fertig!“ würde in den Körpern der Sportler das Hormon der Fluchtreaktion, Adrenalin, freigesetzt. In Erwartung auf das Kommando „Los!“ würden die Körper ermüden, wenn das erlösende Signal nicht kommt – kein Mensch kann diese Anspannung länger als ein paar Minuten aushalten.

Dieses „Auf die Plätze! Fertig“ ist seiner Meinung nach die Welt in der wir heute leben.

Denken wir nur an die Ereignisse des 11. September 2001. Vor dem Terrorangriff befand sich die USA in einer Wachstumsphase. Unmittelbar danach fühlten sich alle in ihrem Überleben bedroht. Eine Schockwelle ergriff New York, die gesamte Nation und daraufhin die gesamte westliche Welt. Regierungserklärungen, die immer weiter und weiter betonten, die Gefahr bestehe weiterhin, wirkten wie pures Adrenalin und versetzten die Mitglieder der internationalen Gemeinschaft in eine Schutzhaltung. Der Krieg gegen den Terrorismus kennt weder einen konkreten Feind, noch ist eine Beendigung oder gar Frieden absehbar. Die Schutzhaltung jedoch hemmt wie bereits erwähnt die Versorgung des Frontallappens im Gehirn und macht die Menschen dumm. Wenn wir die Kontrolle über unser Leben zurück gewinnen wollen, müssen wir diese Ängste wieder in den Griff bekommen. Wir haben nichts zu befürchten außer unserer Furcht. Seit dem 11.09.2001 konnte alleine in den USA im Verkauf von Prozac eine jährliche Umsatzsteigerung von zwanzig Prozent verzeichnet werden, d.h. bis heute eine Verdoppelung der Einnahme des Medikaments Prozac, das der Angsthemmung dient und bis hin zur Paralyisierung der Gefühlswelt des Menschen führt. (zit. nach Vortrag Lipton/Bradon am 7. Juni 2007 in Frankfurt am Main)

....„Immer mehr Untersuchungen weisen darauf hin, dass unser angespannter Lebensstil gesundheitsschädlich ist. Unsere täglichen Stressfaktoren aktivieren ständig unsere HHN-Achse und versetzen den Körper in Aktionsbereitschaft. Im Gegensatz zu dem Sportler, der seine Anspannung dann in körperliche Aktivität umsetzen kann, werden wir den durch Angst

und Sorgen erzeugten Stress niemals ganz los. Beinahe jede der weit verbreiteten Zivilisationskrankheiten wird mit chronischem Stress in Verbindung gebracht. Lipton verweist auf Segerstrom und Miller 2004; Kopp und Réthelyi 2004; McEwen und Lasley 2002; McEwen und Seeman 1999“ (Lipton 2006, S. 150).

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch eine in dem Magazin *Science* 2003 veröffentlichte Studie von Holden darüber, warum sich Patienten nach der Einnahme von SSRI-Antidepressiva wie Fluctin (Fluoxetin, Prozac) oder Zoloft (Sertralin, Gladem) nicht sofort besser fühlen. In der Regel dauert es mindestens zwei Wochen, bis die Wirkung eintritt. Diese Studie ergab, dass im Gehirn depressiver Menschen die Zellteilung im Bereich des Hippocampus, der mit dem Gedächtnis zu tun hat, stark reduziert ist. Die Stimmungsaufhellung der Patienten wurde nicht nach Einnahme der Medikamente verspürt, sondern oft erst nach Wochen, zu dem Zeitpunkt, an dem die Zellteilung im Hippocampus wieder in Gang kam.

Die Theorie, dass Depression einfach ein „chemisches Ungleichgewicht“ im Gehirn sei, das die Produktion von Monoamin-Botenstoffen, besonders des Serotonins beeinträchtigt, stellen diese und andere Untersuchungen in Frage. Da ansonsten das chemische Gleichgewicht bereits wieder kurz nach der Einnahme hergestellt sein müsste. So wird in dem Artikel über diese Studie in *Science* resümiert:

„In den letzten Jahren hat die Stresshypothese gegenüber der Monoamin-Hypothese an Gewicht gewonnen. Sie geht davon aus, dass Depression entsteht, wenn die Stress-Maschinerie des Gehirns überlastet ist. Der wichtigste Faktor in dieser Theorie ist die HHN-Achse.“ (Holden 2003)

Da bei chronisch depressiven Menschen der Hippocampus und die vordere Großhirnrinde deutlich verkleinert ist, sehen immer mehr Forscher in der Unterdrückung des neuronalen Wachstums durch Stresshormone eine der Ursachen für Depressionen.

5.9. Kritische Betrachtungen zur pharmakologischen Behandlung neurophysiologischer und psychischer Störungen

Die Wirkungen menschlicher Überzeugungen auf vielen Gebieten wurden bereits beschrieben. Die Auswirkung von Überzeugungen auf die physische und psychische Gesundheit des Menschen soll nun hier noch einmal in zwei Sonderfällen dargestellt werden.

5.9.1. Der Placeboeffekt

Der Wirkung, die der Geist auf den Körper hat, begegnet jeder Medizinstudent zumindest ein wenig wenn er erfährt, dass es Patienten gibt, die sich besser fühlen, wenn sie (irrigerweise) annehmen, ein Medikament zu erhalten, in Wahrheit jedoch eine Zuckerpille bekamen. Die Besserung, die diese Patienten verspüren, wird in der Medizin als Placeboeffekt bezeichnet. Lipton schlägt den Begriff *Überzeugungseffekt* vor, und betont damit, dass unsere Überzeugungen eine Wirkung auf unser Verhalten und unseren Körper haben – seien sie nun zutreffend oder nicht. Dieser Überzeugungseffekt ist ein erstaunlicher Beweis für die Heilkraft des Körper-Geist-Systems.

Aus schulmedizinischer Perspektive grenzt der „eingebildete“ Placebo-Effekt jedoch an Quacksalberei und wird auf schwache, leicht beeinflussbare Patienten zurückgeführt. So verwundert es nicht, dass er in den medizinischen Fakultäten rasch abgehandelt wird, um sich den „wirksamen“ Heilmethoden der modernen Medizin zuzuwenden – den Medikamenten und Operationen. Dabei wäre es wünschenswert Effekten wie dem Placebo oder den Spontanremissionen eine bedeutendere Rolle in der medizinischen Ausbildung zuzugestehen. Es wäre für das komplexe Menschenbild, das angehenden Ärzten nahe gebracht wird, von wesentlicher Bedeutung, die Macht unserer inneren Ressourcen zu erkennen. Sie sollten die Kraft des Geistes nicht als etwas kennen lernen, das von geringerer Relevanz ist und damit weniger wirksam als Psychopharmaka und Skalpelle. Die Vorstellung, dass der Körper in all seiner Vielfältigkeit letztendlich „dumm“ ist und die Gesundheit nur durch äußere Hilfe aufrecht erhalten werden kann, sollte sinnvoller Weise aufgegeben werden.

Im Hinblick auf die epigenetischen, zellbiologischen und neurowissenschaftlichen Forschungen und Studien der neueren Zeit erscheint eine gründliche wissenschaftliche Untersuchung des Placeboeffekts sinnvoll. Könnte der Placeboeffekt bewusst und gezielt eingesetzt werden, so hätten die Ärzte ein effizientes, energetisches und nebenwirkungsfreies

Instrument in ihrem Repertoire zur Krankheitsbekämpfung. Natürlich basiert die Haltung der Schulmedizin in dieser Frage nicht nur auf dogmatischen Gründen, sondern wird vornehmlich von den Profitinteressen der Pharmakonzerne bestimmt. So berichtet Lipton, dass Pharmakonzerne tatsächlich Patienten genauer untersuchten, bei denen der Placeboeffekt eintrat, jedoch mit dem Ziel, sie aus den klinischen Versuchsreihen herauszuhalten. (zit. aus Vortrag Lipton/Bradon am 07. Juni 2007 in Frankfurt am Main)

Es stört die Hersteller nämlich, dass in den meisten klinischen Versuchen die Patienten mit der „falschen“ Droge fast genauso gut abschneiden, wie mit ihren Chemie-Cocktails. (Greenberg 2003, S. 76 -81)

Trotz ablehnender Haltung von Seiten der Ärzteschaft weisen manche Medizinhistoriker auf die große Rolle hin, die Placeboeffekte seit jeher in der Medizin gespielt haben. Über weite Teile der Medizingeschichte standen den Ärzten keine wirksamen Methoden im Umgang mit vielen Krankheiten zur Verfügung. Krankheiten wurden über lange Zeit mit Aderlass und Wunden mit Arsen behandelt, wenn gar nichts mehr half, gab es noch das Allheilmittel Klapperschlangenöl! (vgl. Lipton 2006, S. 137)

In jüngerer Zeit haben sich nichtsdestotrotz einige angesehene Wissenschaftler mit diesem Phänomen beschäftigt und fanden Hinweise darauf, dass nicht nur die antiquierten fragwürdigen Methoden und Therapien vergangener Jahrhunderte den Placeboeffekt hervorbrachten, sondern ebenfalls die modernen, hoch entwickelten medizinischen Technologien, bis hin zur Operation.

Dr. Bruce Moseley veröffentlichte im Jahre 2002 im New England Journal of Medicine eine Studie der Baylor School of Medicine in der Patienten mit starken Knieschmerzen überwacht wurden, die sich operieren lassen wollten. (Moseley et al, 2002) Moseley war Leiter der Untersuchung und wusste, dass die Knieoperation seinem Patienten half. Jeder gute Chirurg weiß, dass es bei Operationen keine Placeboeffekte gibt. Da er wissen wollte mit welcher Art von Operation er seinen Patienten am besten helfen könne, teilte er sie in drei Gruppen auf. In der ersten Gruppe wurde den Patienten der geschädigte Knorpel abgeschliffen, der zweiten Kontrollgruppe wurde das Gelenk gespült, um alles Material zu entfernen, das zu einer Entzündung führen konnte. In beiden Fällen handelte es sich um Standardbehandlungen für chronische Knieentzündungen. Bei der dritten Gruppe wurde eine Scheinoperation durchgeführt. Unter Betäubung machte Moseley die drei Standard-Einschnitte bei den Patienten und redete und bewegte sich so, wie er es bei einer tatsächlichen Operation getan hätte. Er planschte sogar etwas mit Salzwasser herum, um die Geräusche der Kniewaschung nachzuahmen. Nach vierzig Minuten wurden die Schnitte vernäht. Die postoperative

Behandlung war bei allen drei Gruppen identisch. Dazu gehörte auch ein Gymnastikprogramm.

Das schockierende an den Ergebnissen war, dass nicht nur die Gruppen, die operiert worden waren die erwartete Besserung erfuhren, der Placebogruppe ging es genauso gut! Moseley zog den Schluss, dass nicht seine Operationskünste diesen Menschen geholfen haben, sondern ihr Erfolg allein dem Placeboeffekt zuzuschreiben war. In Anbetracht der jährlich sechshundertfünfzigtausend Knieoperationen bei Arthritis in den USA mit einem jeweiligen Kostenaufwand von ungefähr fünftausend Dollar eine bestürzende Erkenntnis.

In verschiedenen Fernsehprogrammen wurden die überraschenden Ergebnisse von Moseleys Studie dargestellt. Mitglieder der Placebogruppe waren beim Wandern und Basketballspielen zu sehen - Unternehmungen, die vor der „Operation“ nicht möglich waren.

Starke Wirkungen zeigte der Placeboeffekt auch bei der Behandlung anderer Krankheiten, unter anderem Asthma und Parkinson. Bei Depressionen zeigte sich die Behandlung mit Placebos so effektiv, dass der Psychiater Walter Brown von der Brown University School of Medicine den Vorschlag machte, Placebopillen zur Erstbehandlung leichter und mittlerer Depressionen einzusetzen (Brown 1998, S. 90 - 95). Selbst nachdem die Patienten mitgeteilt bekamen, dass die Mittel ohne aktive Inhaltsstoffe seien die Wirksamkeit dadurch jedoch nicht beeinträchtigt würde, zeigten die Untersuchungen, dass selbst dann die Placebopillen funktionierten.

Durch einen Bericht des amerikanischen Gesundheitsministeriums konnten diese Ergebnisse ebenfalls bestärkt werden, indem berichtet wird, dass sich in einer Studie etwa fünfzig Prozent der untersuchten Patienten mit einer Depression durch die Einnahme von Psychopharmaka besser fühlten, in der Placebokontrollgruppe waren es dagegen zweiunddreißig Prozent (Horgan 1999).

Der Psychologieprofessor Irving Kirsch schreibt in einem Artikel der Zeitschrift des amerikanischen Psychologen-Verbands *Prevention & Treatment* unter dem Titel „The Emperero`s New Drugs“ (Des Kaisers neue Drogen) dass gemäß klinischen Studien achtzig Prozent der Wirkung von Antidepressiva dem Placeboeffekt zugeschrieben werden könnten (Kirsch et al. 2002).

Um an die Daten der klinischen Untersuchungen zu meist verkauften Antidepressiva heran zu kommen, musste Kirsch sich auf die verfassungsrechtliche Informationsfreiheit berufen, da die Gesundheitsbehörden sie nicht freigeben wollten. Diese Daten machen deutlich, dass in über der Hälfte der klinischen Versuche zu den sechs führenden Antidepressiva die Drogen nicht besser abschnitten, als die Placebos. So ist es nicht verwunderlich, dass sich die 8,2

milliardenschwere Antidepressiva-Industrie kritischen Fragen zum Wahrheitsgehalt ihrer Darstellung zur Wirksamkeit ihrer Medikamente stellen müssen.

Um noch einmal auf die starke Wirkung von Überzeugungen hinzuweisen sei hier ein weiteres Phänomen erwähnt. In klinischen Versuchen zur Wirksamkeit von Antidepressiva konnte festgestellt werden, dass diese im Laufe der Jahre immer besser abschnitten. Das lässt die Schlussfolgerung zu, dass ein Teil ihrer Wirkung auf geschickter Vermarktung beruht. Dazu Lipton:

„Je stärker die wundersame Wirkung eines Mittels in den Medien und der Werbung angepriesen wird, desto besser wirkt es. Überzeugungen sind ansteckend! Wir leben heute in einer Kultur, in der die Menschen glauben, dass Antidepressiva helfen, also tun sie es“ (2006, S. 140).

1997 nahm die kalifornische Designerin Janice Schonfeld an einem Test zur Wirksamkeit von Effexor teil. Das Medikament konnte sie nicht nur von ihren langjährigen Depressionen befreien, auch die Auswertung des EEG zeigte, dass ihre Großhirnrinde wesentlich aktiver war als zuvor (Leuchter et al. 2002, S. 122 - 129). Ihre Besserung fand nicht nur „im Kopf statt“, wenn sich das Denken verändert, beeinflusst das unsere Biologie. Sie konnte es kaum glauben als sie erfuhr, dass sie nur ein Placebo bekommen hatte.

5.9.2. Nocebos

Wenn positive und stärkende Überzeugungen das Denken bestimmen und Menschen aus einer Depression holen oder ein entzündetes Knie heilen können, wirft sich die Frage auf, was negative Überzeugungen im Leben eines Menschen anrichten können. Diese Umkehrung, in der der Geist durch negative Vorstellungen oder Suggestionen die Gesundheit schädigt, wird Nocebo-Effekt genannt. Dieser Erkenntnis sollte in der medizinischen Ausbildung größere Aufmerksamkeit gewidmet werden, um Ärzten bewusst zu machen, wie sie durch ihre Worte und ihre Haltung den Patienten alle Hoffnung nehmen können. Die Aussage „Sie haben noch sechs Monate zu leben.“ könnte vermutlich dazu führen, dass wenn der Patient seinem Arzt Glauben schenkt, ihm tatsächlich nicht mehr Zeit zu leben bleibt.

Der Arzt Clifton Meador aus Nashville hat über drei Jahrzehnte lang die potentielle Macht des Nocebo-Effekts erforscht.

„1974 hatte Meador bei dem Patienten Sam Londe, einem Schuhverkäufer im Ruhestand, Speiseröhrenkrebs diagnostiziert. Diese Krankheit galt zu jener Zeit als hundertprozentig tödlich. Londe's Krebs wurde behandelt, aber unter Medizinern war klar, dass sein Krebs wiederkehren würde. Daher war niemand überrascht, als er wenige Wochen nach der Diagnose starb.

Die Überraschung war jedoch groß, als man bei der Autopsie nur sehr wenig Krebs in seinem Körper fand, jedenfalls nicht genug, um daran zu sterben. In seiner Leber und Lunge fand man ein paar Flecken, aber keine Spur von dem Speiseröhrenkrebs, der angeblich für seinen Tod verantwortlich sein sollte. Meador sagte dem Discovery-Channel (2003, Sendereihe „Placebo - Mind over Matter“): „Er starb mit dem Krebs, aber nicht an Krebs.“ Woran war Londe gestorben, wenn nicht an Krebs? Starb er, weil er glaubte, dass er sterben würde?“ (Lipton 2006, S. 141).

Dieser Fall brachte Meador auf seinen Weg, denn er fragte sich, ob er dem Patienten die Hoffnung genommen hätte, da er dachte, er hätte Krebs und jeder um ihn herum das auch dachte. Unsere positiven und negativen Überzeugungen scheinen nicht nur unsere Gesundheit, sondern jeden Aspekt unseres Lebens zu beeinflussen. Das erinnert an Henry Fords Ausspruch: *„Ob du glaubst, du kannst es, oder ob du glaubst, du kannst es nicht – du hast recht.“*

Denken wir an die Inder, für die das Wasser des Ganges heilig ist, sie schwimmen darin, trinken es, waschen sich und ihre Kinder mit diesem Wasser und werden nicht krank, obwohl jeder westliche Wissenschaftler in einer Probe einen schwer krankmachenden, wenn nicht gar tödlichen Cocktail aus Mikroorganismen und Giften finden würde.

Unsere Überzeugungen scheinen wie die Filter vor der Kamera zu wirken – sie verändern unseren Blick auf die Welt und unsere Biologie passt sich diesem Blick an. Wenn wir die Macht unserer Überzeugungen anerkennen, und damit auch unsere Verantwortung für die Welt in der wir leben, besäßen wir einen Schlüssel dafür, unsere genetischen Veranlagungen zu überkommen, allein durch die Veränderung unserer Vorstellungen.

Das Geheimnis des Lebens liegt anscheinend darin, unseren Geist auf Wachstum auszurichten.

Soweit die durchaus positiven und hoffnungsfrohen Zukunftsvisionen, die sich aus den Forschungsergebnissen der Epigenetikern heraus zu kristallisieren scheinen.

Selbst bei einer etwas distanzierteren oder gar skeptischeren Betrachtungsweise, wie sie der europäischen Wissenschaftswelt zu eigen ist, lassen sich die Auswirkungen auf das bisher bestehende Menschenbild nicht leugnen. Wie die Neurobiologie, so hat auch die Mikrobiologie, insbesondere die Epigenetik zu dem Paradigmenwechsel im wissenschaftlichen Verständnis fundamentaler Lebensprozesse beigetragen. Nun ist es an den Sozialwissenschaften, ihren Beitrag dazu zu leisten. Im folgenden Kapitel werden die Möglichkeiten einer Übertragung dieser Erkenntnisse auf die Praxis der psychosozialen Beratung und psychotherapeutischen Behandlung untersucht.

6. Die Auswirkungen der Paradigmenwechsel in den Humanwissenschaften auf die psychotherapeutische Landschaft

6.1. Neuropsychotherapie

Die bisher dargestellten Entwicklungen in den Humanwissenschaften tragen dazu bei, dass sich auch die Psychologie und die Psychotherapieforschung in einem Paradigmenwechsel befinden, nämlich hin zu einem neurowissenschaftlichen Verständnis. Klaus Grawe ist einer derjenigen, die sich seit zehn Jahren mit dieser Entwicklung intensiv beschäftigen. Aus seinem Interesse an den Neurowissenschaften und seinem angestammten Forschungsgebiet, der Psychotherapieforschung, entwickelten sich die nachfolgenden Überlegungen.

Das Forschungsinteresse ruht verstärkt auf dem Phänomen der psychischen Störungen. Was bringt ein menschliches Gehirn dazu, etwas qualitativ Neues zu produzieren, das wir als psychische Störungen bezeichnen? Wenn psychische Störungen neuronale Grundlagen haben, muss Psychotherapie dann nicht darüber wirken, dass sie diese neuronalen Grundlagen verändert?

Grawe bezieht sich in seiner Beschreibung der bevorstehenden Wende des neuropsychologischen Verständnisses von psychischer Störung und Therapie sehr stark auf die Entwicklung der Verhaltenstherapie. In diesem Kapitel der vorliegenden Arbeit soll jedoch darüber hinaus auch die allgemeine Wirksamkeit der neurowissenschaftlichen Erkenntnisse auf alle Therapieformen untersucht werden.

Die VT hat als eigene Therapierichtung in den fast fünfzig Jahren ihrer Existenz die Entwicklungen der Psychologie jeweils mit ein bis zwei Jahrzehnten Verzögerung mit vollzogen (Grawe 2004, S. 24). Die *black box* ist passé und von Wolpes und Skinners Behaviorismus ist heute nicht mehr viel übrig. Meichenbaum und Beck stehen der VT heute sehr viel näher, und Aaron Beck ist ein viel zitierter Autor in den Sozialwissenschaften geworden. Die größte Wandlung jedoch ist nicht an bestimmten Personen festzumachen, sondern ist in der störungsspezifischen Differenzierung, der Akkumulation des Wissens und Know hows um bestimmte Störungen und Probleme herum, zu finden. Die unabwiesbaren Wirksamkeitsbelege, die für die kognitiv-behaviorale Behandlung der unterschiedlichsten Störungsbilder entwickelt wurden, haben dafür gesorgt, dass die VT aus der psychotherapeutischen Versorgung nicht mehr fort zudenken ist. Ihr großes Arsenal an störungsspezifischen Interventionen hat auch bei ihren Kritikern zu Anerkennung und Akzeptanz geführt. Grawe mahnt jedoch sich auf dieser erfolgreichen Bilanz nicht

auszuruhen, und sieht die zukünftige Entwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie mit großer Wahrscheinlichkeit hin zu einer Neuropsychotherapie. (Grawe 2004, S. 445 f)

Sein Verständnis von Neuropsychotherapie ist zum einen methodisch, d.h. Psychotherapie bedient sich neurowissenschaftlicher Erkenntnisse. Er nennt in diesem Zusammenhang: die Therapieerfolgsmessung (Studie von Furmark et al. 2002), die Indikationsstellung und Hilfsmittel für therapeutische Interventionen.

Die Hilfsmittel für therapeutische Interventionen wären z.B.:

- Bildgebende Verfahren, d.h. Feststellung mit dem Scanner, wann bestimmte Hirnareale aktiviert, also bereit für eine bestimmte therapeutische Intervention sind
- Die Aktivierung bestimmter Hirnareale, z.B. wie beschrieben im Kapitel 6.4 Neurozeption, durch Magnetstimulation oder sogar direkt durch Elektrostimulation über Elektroden (*Hirnschrittmacher*), oder Beeinflussung der Lernbereitschaft durch pharmakologischen Einfluss auf die Neurotransmitter

Wichtiger bewertet Grawe jedoch die konzeptionellen Einflüsse, die aus den neurowissenschaftlichen Betrachtungen der Psychotherapie hervorgehen werden. Er nennt hier als wichtigste Erkenntnis, dass allen unseren psychischen Vorgängen spezifische neuronale Erregungsmuster zugrunde liegen. In seinem letzten Buch mit dem Titel „*Synaptic Self: How our brains become who we are*“ macht der Hirnforscher Joseph LeDoux das deutlich. Der letzte Satz lautet: “*You are your synapsis. They are who you are.*” (2002, S. 324) Eine Aussage, die von Zellbiologen und Forschern wie Lipton und Pert bestätigt wird.

Sollte es stimmen, dass ausnahmslos alles, was wir als seelisch bezeichnen, eine Hervorbringung neuronaler Schaltkreise ist, dann hätte dies auch weitreichende Konsequenzen für das Verständnis psychischer Störungen, der Wirkfaktoren, sowie für die Wirkungsweise von Psychotherapie. Der Begriff der Neuroplastizität bringt das zum Ausdruck:

Man kann das Gehirn, auch das eines erwachsenen Menschen, durch gezielte psychologische und psychotherapeutische Eingriffe in erheblichem Maße verändern. Dies steht im krassen Gegensatz zur bisherigen Sichtweise der Newtonschen Biologie.

Bahnbrechend in der neueren Hirnforschung ist die Erkenntnis, dass das Gehirn nicht ohne die Sinneserfahrungen auskommt. Neurotransmitter werden in allererster Linie als Reaktion auf Sinneserfahrungen ausgeschüttet und die neuronalen Strukturen entwickeln sich als

Ergebnis dieser Erfahrungen, die das Individuum in der Interaktion mit seiner Umwelt macht. Schlechte Erfahrungen haben schlechte Auswirkungen, eine Tatsache vor der auch pharmakologisch modifizierte Neurotransmitter nicht schützen. Welche Bedeutung Erfahrungen für einen Menschen haben, hängt im Wesentlichen davon ab, was ihn antreibt und was er tut, oder wie wir von Lipton erfahren haben, von seinen Überzeugungen und seinen Glaubenssätzen (beliefs). Erfahrungen werden nicht einfach passiv erlitten. Das gilt auch für diejenigen, die psychische Störungen hervorrufen und aufrechterhalten. Menschen sind während ihres gesamten Lebens motiviert, sowohl annähernd, als auch vermeidend, d.h. im übertragenen Sinne im Wachstums- oder im Schutzmodus. Auch Menschen mit psychischen Störungen unterliegen diesen Modi, selbst wenn sie noch so gut medikamentös eingestellt sind, brauchen sie Unterstützung und Anleitung dafür, sich andere, nämlich positivere bzw. weniger schädliche Erfahrungen herbeizuführen als bisher. Denn nur durch konkrete positive Lebenserfahrungen können sich neue, gesündere Strukturen und Abläufe im Gehirn generieren und stabilisieren.

Mit dem neuen Verständnis des Gehirns als neuroplastisch, das dank moderner Scanning-Methoden möglich geworden ist, hat sich auch gezeigt dass vorgestellte Erfahrungen, die innerhalb der Vorstellungswelt des Individuums generiert werden, zu dem gleichen Ergebnis führen, wie tatsächlich erlebte. Für die Arbeit mit veränderten Bewusstseinszuständen in der psychosozialen Beratung ist diese Erkenntnis bedeutend, liefert sie doch einen umfangreichen Fundus an stärkenden Ressourcen, die allein der Kreativität des Klienten entspringen.

....„Wenn allen psychischen Prozessen neuronale Vorgänge zugrunde liegen, dann liegen veränderten psychischen Prozessen veränderte neuronale Vorgänge zugrunde. Wir können als nachgewiesen ansehen, dass psychische Prozesse durch Psychotherapie wirksam und dauerhaft verändert werden können. Daraus ergibt sich, dass Psychotherapie dauerhaft neuronale Prozesse und Strukturen verändern kann“(Grawe 2004, S. 18).

Das bedeutet, wenn Psychotherapie wirkt, verändert sie das Gehirn. Wenn sie das Gehirn nicht verändert, ist sie nicht wirksam. Oder in den Worten LeDoux :

“Psychotherapy is fundamentally a learning process for its patients, and as such is a way to rewire the brain. In this sense psychotherapy ultimately uses biological mechanisms to treat mental illness” (LeDoux 2002, S. 299).

Grawe betont in diesem Zusammenhang noch einmal seine Überzeugung, dass die VT in besonderem Maße dazu prädestiniert sei, sich diese Erkenntnisse zu eigen zu machen, da es für sie besonders leicht sein sollte, sich als Spezialisten zur Veränderung neuronaler Strukturen durch gezielte Herbeiführung bestimmter Lebenserfahrungen zu verstehen. Im Kern jeder psychotherapeutischen Intervention geht es um Veränderungen neuronaler Erregungsbereitschaften, die in verschiedenen Gedächtnissystemen gespeichert sind. Durch die umfangreiche Weise, in der die Verhaltenstherapie sich schon immer mit den Gesetzen des Lernens, also mit Veränderungen des Gedächtnisses beschäftigt hat, kann sie auf ein fundiertes Wissen der Funktionsweise verschiedener Gedächtnissysteme zurückgreifen. Daher sollte es den Verhaltenstherapeuten möglich sein, gezielter und wirksamer die neuronalen Erregungsbereitschaften, die problematischem Erleben und Verhalten zugrunde liegen, zu verändern.

Der Idee der vorliegenden Arbeit folgend muss jedoch eingewandt werden, dass stress- und angst erzeugende Erregungsmuster im EEG in hohen Alpha- und Betabereichen der Gehirnwellenaktivität stattfinden, das entspräche dem „alltäglichen“ Bewusstseinszustand eines entsprechenden Patienten. Die therapeutische Intervention mit VT würde in einem solchen Zustand versuchen, durch neue Erfahrungen im Äußeren eine Verhaltensänderung herbei zu führen. Die Arbeit mit veränderten Bewusstseinszuständen setzt bereits früher ein, indem der Patient durch leichte Trance oder Entspannung in einen Theta- oder gar Deltazustand gebracht wird, und von hier aus über imaginierte innere Lösungswege zu einer möglichst angstfreien Veränderung seines Empfindens und Verhaltens geführt werden kann.

Das Wissen über die verschiedenen Gedächtnisformen und die mit ihnen verbundenen verschiedenen Arten des Lernens hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten enorm erweitert. In dieser Zeit ist auch der Begriff des impliziten Gedächtnisses entstanden. Die meisten psychischen Vorgänge laufen im impliziten Funktionsmodus, also außerhalb des Bewusstseins ab. (Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Veränderung psychischer und neuronaler Vorgänge ebenfalls außerhalb des Bewusstseins, also z.B. in veränderten Bewusstseinszuständen – *altered states* – besonders gut möglich ist. Anm. d. V.)

Da implizite Gedächtnisinhalte nicht erinnerbar sind, können Patienten über die wirklichen Grundlagen ihrer Störung nur in sehr beschränktem Umfang valide Auskunft geben.

6.1.1. Die Genese psychischer Störungen und ihre Grundlagen im Gehirn

Schon ehe ein Mensch zur Welt kommt, sind die ersten Weichen dafür gestellt, ob er später in seinem Leben einmal psychische Störungen entwickeln wird. Die einen Menschen kommen mit einer Tendenz zu negativen Emotionen und zur leichten Aktivierbarkeit des Vermeidungssystems zur Welt (Tellegen et al. 1988, S. 1031 - 1039). Daran sind mehrere Gene beteiligt. Die Stärke dieser angeborenen Tendenz hängt davon ab, wie viel von diesen Genen man mitbekommen hat (Baker et al. 1992, S. 158 - 163). Eines dieser Gene ist das von Lesch et al. (1996, S. 1527 - 1531) identifizierte Serotonin-Transportergen. Wer hier das weniger effiziente „kurze“ HTT-Allel ererbt hat, bei dem kommt es wahrscheinlich zu einer geringeren Expression dieses Gens und in der Folge zu einer geringeren Serotonergenfunktion. (Benett et al. 1998, S. 168 - 169)

Serotonin hat eine ausgleichende, beruhigende Wirkung. Ein Säugling mit einem kurzen Allel des Serotonin-Transportergens ist daher viel schwerer zu beruhigen und stellt höhere Anforderungen an seine Betreuungspersonen. In welchem Maße die Eltern des Säuglings gute Bindungspersonen werden, hängt von den Merkmalen ab, die sie mitbringen. Wer selber eine unsicher gebundene Mutter hat, entwickelt mit großer Wahrscheinlichkeit ebenfalls einen unsicheren Bindungsstil und gibt diesen seinen eigenen Kindern weiter. (Main, Kaplan und Cassidy, 1985, Ricks, 1985)

Neben dem unsicheren Bindungsstil ist die ererbte Tendenz zu einem Vermeidungstemperament ein weiteres schwerwiegendes Risiko für ein Kind. Psychische Störungen der Eltern, insbesondere schwere Depressionen, sind ebenfalls hochbelastend für das Kind. (Gaensbauer et al., 1984, Radke-Yarrow et al., 1985, Zahn-Waxler et al. 1984)

Da die Erregung in der Interaktion mit der Mutter durch die genannten Faktoren nicht herunterreguliert werden kann, erlebt das Kind nur selten Entspannung, Geborgenheit, Zufriedenheit und Zugehörigkeitsgefühl. Um Kontrolle zu erlangen und sichere Nähe herzustellen wird es zum *Schreikind*, und befindet sich häufig auf einem hohen negativen Erregungsniveau. Da es mit dieser Strategie aber nur selten erfolgreich ist, macht es fast permanent Inkongruenzerfahrungen in Bezug auf sein Bindungsbedürfnis, sein Kontrollbedürfnis und der Funktion von Lustgewinn und Unlustvermeidung. Da auch die Mutter permanent Inkongruenzerfahrungen macht, gerät sie ebenfalls in einen ungünstigen negativ emotionalen Zustand der Überforderung, des Selbstzweifels und letztendlich der Wut auf ihr so frustrierendes Kind. Ein Zustand, der sich leicht gegenseitig hochschaukeln kann.

In dieser Zeit ist das neurologische System des Kindes auf „programmieren“ eingestellt, das heißt, es lernt und macht Lebenserfahrungen von prägender Wirkung in seinem impliziten Gedächtnis.

Es lernt jedoch nicht Vertrauen, Einfluss auf seine Umgebung durch Nähe und Distanz, oder den Beginn einer gewissen Selbstregulation der eigenen Emotionen, sondern Frustration.

Die interaktive Regulation der Emotionen und Bedürfniszustände in der Bindungsbeziehung ist die Grundlage für das Einspielen intrapersonaler, neurophysiologischer Regelkreise (Hofer, 1984, 1987), in denen die autonome Erregung mit ihren verschiedenen neurophysiologischen Parametern durch negative Rückkopplung in einem für den Organismus zuträglichen Bereich gehalten wird. Der Versagensfall bildet die Grundlage einer späteren Tendenz zur intrapsychischen Dysregulation. Bei allen Angststörungen findet sich diese Dysregulation autonomer Erregung, d.h. es fehlen gut etablierte negative Rückkopplungskreise. Besonders hervorzuheben ist, dass diese Basis in den allerersten Lebensmonaten und Lebensjahren auf der Grundlage genetischer Voraussetzungen gelegt wird.

Neuronale Erregungsmuster, die immer wieder aktiviert werden, werden besonders gut gebahnt. In dem beschriebenen Fall wird das Kind sensitiviert für negative Emotionen und braucht immer weniger, um sie auszulösen. Die permanenten Bahnungen schaffen immer übertragungsbereitere Synapsen. Die Hirnregionen, die mit negativen Emotionen befasst sind, entwickeln sich besonders gut. In diesem Zusammenhang zu nennen sind bestimmte Teile der Amygdala, sowie der ventromediale und dorsolaterale Teil des rechten präfrontalen Kortex. Bereits im Alter von zehn Monaten hat sich aus dieser Anlage eine dauerhafte Struktur herausgebildet, aufgrund derer man voraussagen kann, wie ein Kind auf belastende Situationen wie kurze Trennungen von der Mutter reagieren wird. (Davidson und Fox, 1989) Diese Struktur ist stabil und ermöglicht im Alter von sechsunddreißig Monaten die Voraussage gehemmten Verhaltens. (Davidson, 1993) Die besonders leichte Aktivierbarkeit dieses *Behavioral-Inhibition-Systems* (Gray, 1982) hat bis ins Erwachsenenalter hohe Stabilität (Costa und McCrae, 1988).

Parallel zur Bereitschaft für negative Emotionen entwickeln sich die ersten Grundlagen für die motivationalen Schemata.

An dieser Stelle soll kurz zur besseren Übersichtlichkeit des weiteren Textes auf das konsistenztheoretische Modell des psychischen Geschehens von Grawe eingegangen werden.

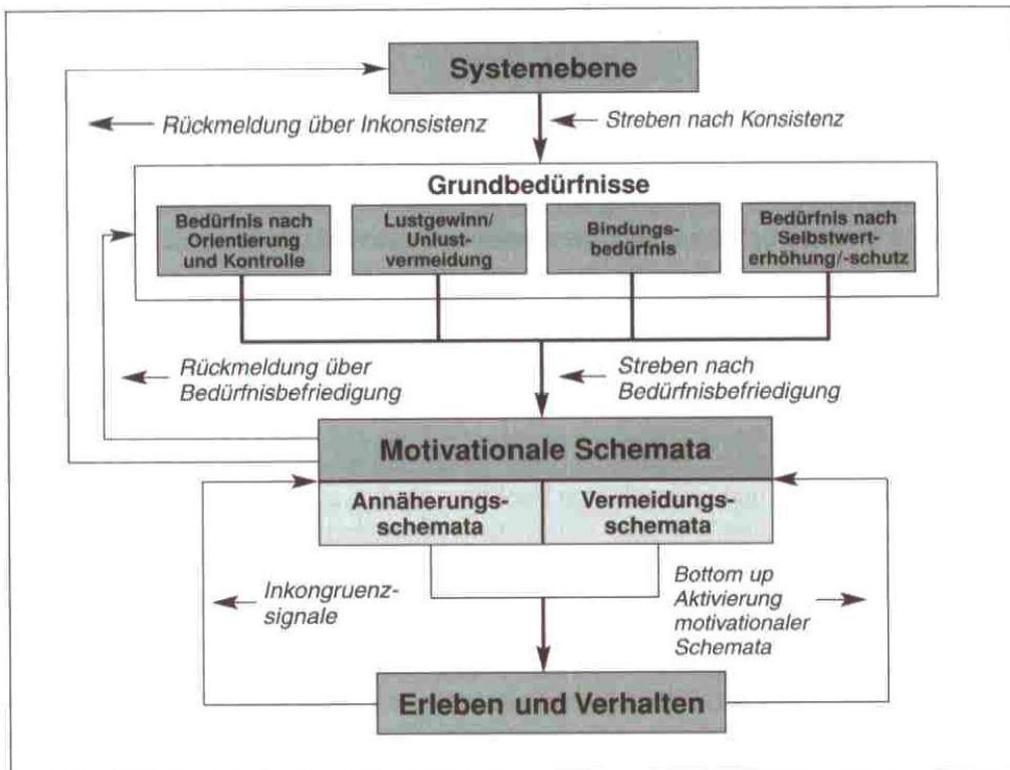


Abb. 22 Das konsistenztheoretische Modell (Grawe 2004, S. 189)

Der Begriff Konsistenz beschreibt einen Zustand des Organismus, nämlich die Übereinstimmung bzw. Vereinbarkeit der gleichzeitig ablaufenden neuronalen/psychischen Prozesse. Konsistenz bezieht sich auf die Relationen intrapsychischer Prozesse und Relationen untereinander. Grawe unterscheidet die Konsistenz als ein Grundprinzip des psychischen Funktionierens von denjenigen Grundbedürfnissen, die sich auf sensorische Erfahrungen beziehen, die ein Organismus in seiner Interaktion mit der Umwelt macht. Von Bedeutung ist hier:

„..., dass die psychische Aktivität von Zielen bestimmt ist, dass sich im Verlaufe der psychischen Entwicklung Schemata herausbilden, die gewissermaßen als Ordnungsmuster der psychischen Aktivität angesehen werden können, und dass die zielgeleitete psychische Aktivität hierarchisch organisiert ist“ (Grawe 2004, S. 187).

Dabei bestimmen die motivationalen Schemata unmittelbar das Erleben und Verhalten eines Menschen. Unter motivationalen Schemata versteht Grawe die Mittel, die das Individuum während seines Lebens entwickelt, um seine Grundbedürfnisse zu befriedigen und vor

Verletzung zu schützen. Dementsprechend gibt es annähernde und vermeidende motivationale Schemata. Treten beide gleichzeitig in unterschiedlicher Stärke auf entstehen Inkongruenzsignale. In diesem Fall spricht man von einem motivationalen Konflikt oder von motivationaler Diskordanz.

Bei dem Kind, wie es zuvor beschrieben wurde, ist es nun leicht vorstellbar, dass sein psychisches Erleben sehr oft mit starken Inkonsistenzspannungen verbunden ist. Diese Inkonsistenzspannungen bilden die Grundlage für Vermeidungslernen. Die negativen Zustände sollen vermieden oder beendet werden und das Kind versucht, dafür irgendwelche Mechanismen herauszubilden, die durch negative Verstärkung gebahnt werden. Daraus entwickeln sich Vermeidungsziele mit einer hohen „motivationalen Salienz“ im Sinne von Berridge und Robinson (1998). Ihre Aktivierung ist von einer Dopaminausschüttung begleitet, die zur besonders guten Bahnung all dessen führt, was die negativen Emotionen und Inkonsistenzspannungen reduziert (Rada, Mark und Hoebel, 1998). Auf der Basis der Vermeidungsziele bilden sich die Vermeidungsschemata aus. Durch die Herausbildung motivationaler Schemata steuert das Kind allmählich immer mehr selbst zu den Interaktionen mit seiner Umwelt bei. Der Umfang der entwickelten Vermeidungsschemata beeinträchtigt die Befriedigung seiner Bedürfnisse, da seine psychische Aktivität nicht konfliktfrei auf Annäherung ausgerichtet ist. Neben den neuronalen Strukturen für negative Emotionen und Vermeidungsschemata bilden sich in den ersten Lebensjahren auch grundlegende Regulationsprozesse im neurophysiologischen System. So werden Erfahrungen nicht kontrollierbarer Inkongruenz durch die Ausschüttung von Stresshormonen begleitet, die normalerweise in der frühen Entwicklung zur Bildung negativer Rückkopplungsmechanismen führt, die einen zu hohen Level dieser Hormone drosseln sollen.

Mit dieser negativen Rückkopplung schützt sich das Gehirn vor Schädigungen, die ein zu hoher Cortisolspiegel auf Dauer hervorrufen würde. Besonders zu nennen ist die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit des Hippocampus durch dessen Schrumpfung. Neben der Bildung expliziter Gedächtnisinhalte ist seine wichtigste Funktion die Verortung allen Geschehens in Raum und Zeit. Ohne eine gut funktionierende Verortung emotionaler Reaktionen in Raum und Zeit treten diese nicht in angemessenen Situationen auf, sondern es kommt immer wieder zu Stress und überschießenden emotionalen Reaktionen, auch in Situationen, die objektiv ungefährlich sind, wie etwa bei Angststörungen.

Permanent unkontrollierbare Inkongruenz führt also auch zu einer höheren Anfälligkeit für Stress. So hat Heim (2000) bei erwachsenen Frauen, die kindliche Missbrauchserfahrungen

gemacht hatten, eine immer noch um das sechsfache erhöhte Stressreaktion auf eine mittlere soziale Belastung im Vergleich zu Frauen ohne Missbrauchserfahrung gefunden. Viele dieser Frauen hatten eine Depression entwickelt. Der geschrumpfte Hippocampus, wie er bei Depressiven regelmäßig vorgefunden wird, gibt Zeugnis von dieser Vorgeschichte der Depression.

Ein Kind, das mit einem anlagemäßigen Vermeidungstemperament auf die Welt kommt, muss in seiner Entwicklung nicht unbedingt in eine ungünstige Richtung gehen, wenn die Mutter feinfühlig, gelassen und kompetent genug ist, sich durch seine Störanfälligkeit und Tendenz zu negativen Emotionen nicht irritieren zu lassen. Wenn sich die Mutter diesem Kind zuverlässig, liebevoll hinwendet, und ihm so ganz überwiegend positive Erfahrungen im Hinblick auf sein Bindungs- und Kontrollbedürfnis bietet, dann können die schlechten genetischen Dispositionen überkommen werden.

Untersuchungen an Rhesusaffen haben gezeigt, dass sich solche Kinder nicht nur gut entwickeln können, sondern später eher noch besser dastehen, als Kinder mit besseren Erbanlagen, die von einer durchschnittlichen Mutter großgezogen werden. So kann es zur Expression der serotonergen Funktion kommen, auch wenn man ein kurzes Allel des Serotonintransportergens ererbt hat.

Durch eine günstige Umwelt kann dieses genetische Handicap mehr als ausgeglichen werden und das genetisch drohende Schicksal durch positive Erfahrungen in der frühen Kindheit zum Guten gewendet werden. Stresstoleranz und Emotionsregulation entwickeln sich gegenüber Belastungen überdurchschnittlich gut, außerdem dominieren die Annäherungsschemata klar die Vermeidungsschemata. Im späteren Leben wird es somit weniger leicht zu erhöhter motivationaler Inkonsistenz kommen. Somit ist auch die Gefahr einer Entwicklung psychischer Störungen weit geringer.

Dass die Grundlagen für psychische Störungen schon von allerfrühester Kindheit an gelegt werden, hat die neurowissenschaftliche Forschung und Bindungsforschung zweifelsfrei gezeigt. In einem Lebensabschnitt also, an den sich später kein Mensch erinnern kann. Niedergelegt sind diese Grundlagen in impliziten Gedächtnissystemen und sie sind nicht so kodiert worden, dass sie im expliziten Funktionsmodus verarbeitet werden könnten. Kein Mensch kann sich an die Grundlegung der eigenen Persönlichkeit erinnern.

Unser Erleben und Verhalten wird letztlich durch dieses implizite Selbst bestimmt, auf dessen Funktionsweise wir prinzipiell keinen introspektiven Zugriff haben.

Grawe merkt dazu an, dass die meisten von uns subjektiv der Meinung sind, dass ihr bewusstes Ich bestimmt was sie tun, und sieht darin eine positive Illusion, die unser Kontrollbedürfnis befriedigt.

Psychische Störungen werden nicht als vom bewussten Ich bestimmt erlebt, sondern als von ihm erlitten. Sie sind eine unfreiwillige Hervorbringung unseres Gehirns, ein Teil von uns selbst, nämlich unseres impliziten Selbst, trotz der heftigen Ablehnung durch das bewusste Ich. Denn unsere Selbstreflexion kann ohnehin nur einen kleinen Teil unseres impliziten Selbst erfassen.

Psychische Störungen sind, wie sehr wir auch unter ihnen leiden, ein integraler Teil von uns selbst. Wenn die psychische Störung entsteht, ist dieser Teil gerade besonders aktiv. Frühkindliche Erfahrungen brechen nicht plötzlich ab, sondern setzen sich im allgemeinen kontinuierlich fort. Unsicher gebundene Kinder tragen ihre früh erworbenen Handicaps in alle nachfolgenden Altersabschnitte weiter, das haben Längsschnittuntersuchungen von Main, Kaplan und Cassidy (1985), Sroufe, Carlson und Shulman (1993) und Grossmann und Grossmann (1991) gezeigt. Das führt zu einem gestörten Selbstvertrauen, einem schlechteren Selbstwertgefühl, sowie einer geringeren Selbstwirksamkeitserwartung und einer schwächeren Resilienz bei Belastungen. Ihr zwischenmenschliches Beziehungsverhalten und die Qualität ihrer Peergroupbeziehungen unterscheiden sich besonders nachteilig von dem der sicher gebundenen Gleichaltrigen. Impulse, Wünsche und Gefühle, insbesondere auch negative Gefühle, können von ihnen schlechter zum Ausdruck gebracht werden, was dazu führt, dass sie von Peers und Lehrern als weniger sozial orientiert und als weniger beziehungsfähig, empathisch und beliebt eingeschätzt werden.

Fassen wir die bisher aufgezeigten Ergebnisse zusammen unter dem Aspekt der darin zum Ausdruck kommenden Tragik eines solchen Menschenlebens. Sind diese Kinder anfangs durch ungünstige Lebensbedingungen und/oder eine ungünstige genetische Prädisposition objektiv benachteiligt, werden sie nun die ungünstigen Erfahrungen der Kleinkindzeit perpetuieren und in andere Lebensbereiche wie Schule und Peerbeziehungen hineintragen. Auf Grund der entstandenen Motivationalen Schemata sind ihre Vermeidungsschemata stärker entwickelt als bei Kindern mit sicheren Bindungserfahrungen. Im weiter fortgeschrittenen Alter kommen bei diesen Kindern noch Verletzungen des Selbstwertbedürfnisses als weitere Inkongruenzquelle hinzu. So ist es nicht erstaunlich, dass in einem solchen Entwicklungsverlauf mit einer Fülle von negativen Erfahrungen, die diese

Kinder in ihren ersten zehn bis fünfzehn Lebensjahren machen, viele von ihnen schon im Kindes- und Jugendlichenalter psychische Störungen entwickeln. Sie entstehen also aus einer hoch belasteten psychischen Konstellation, deren Vorgeschichte sich bis vor die Geburt zurückverfolgen lässt. In diesem ungünstigen Entwicklungsprozess spielen Verletzungen des Bindungs- und Kontrollbedürfnisses und später noch hinzukommend des Selbstwertbedürfnisses, eine entscheidende Rolle.

„Nach der Metaanalyse von Dozier, Stovall und Albus (1999) haben fast neunzig Prozent psychisch gestörter Patienten irgendeine Form von unsicherem Bindungsstil, wobei der Typ des unsicheren Bindungsstils sich teilweise nach Störungen unterscheidet. Von 528 von Schauenburg und Strauss (2002) untersuchten stationären Psychotherapiepatienten hatten über neunzig Prozent einen unsicheren Bindungsstil“ (Grawe 2004, S. 361).

Fast alle Patienten mit schweren psychischen Störungen haben eine Vorgeschichte von Verletzungen ihres Bindungs- und Kontrollbedürfnisses in ihrer frühen Kindheit, wie es in einem unsicheren Bindungsstil zum Ausdruck kommt. Von therapeutischer Relevanz ist deshalb, dass sich ihr Problem nicht auf die zuletzt entwickelte Störung reduzieren lässt. Sie ist nur ein letztes Glied in einer langen Kette von Verletzungen, die letztendlich zu so hoher Inkonsistenz geführt haben, dass ein qualitativ neues Mittel zu ihrer Reduktion erforderlich wurde. Eine Tatsache, die den Patienten auch selbst klar ist. Inkonsistenz bezeichnet das gleichzeitige Auftreten sich eigentlich ausschließender psychischer, bzw. organischer Bestrebungen.

„Nur neun Prozent aller Patienten geben die Besserung ihrer Störungen als einziges Therapieziel an. Drei von vier Patienten geben Probleme zwischenmenschlicher Natur als eines ihrer drei wichtigsten Probleme an“ (Grosse, Holtforth & Grawe, 2002a, sowie Grawe 2004, S. 362).

Hier zeigt sich die große Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen als Ort zur Verletzung von Grundbedürfnissen. Bei diesen Patienten spricht die Amygdala auf alles ungewöhnlich stark und leicht an, was irgendwie bedrohlich sein könnte, und bringt die entsprechenden, zuvor gebildeten neuronalen Schaltkreise in Gang, ohne dass dafür das Bewusstsein beansprucht wird. Es besteht die Gefahr immer wiederkehrender starker Inkonsistenzspannungen unter Bedingungen, die für andere Menschen noch gut zu bewältigen

wären, da die schlechte Emotionsregulation und geringe Stresstoleranz mit schlechtem Coping und wenig adaptiven Konsistenzsicherungsmechanismen einher geht. Die hohe Inkonsistenzspannung beinhaltet ein hohes Verstärkungspotential, das alle neuronalen Erregungsmuster differentiell verstärken wird, die zu einer Abnahme der Inkonsistenzspannung führen. In Situationen nicht kontrollierbarer Inkongruenz in Bezug auf wichtige motivationale Ziele, wird alles negativ verstärkt werden, was dem Betreffenden irgendeine Art von Kontrollerfahrung ermöglicht, was somit die Inkonsistenzspannung etwas reduzieren würde.

Grawe nennt als Beispiele solcher Situationen unerträglicher Inkonsistenzspannung, dass der betroffenen Person „verrückte“ Gedanken durch den Kopf schießen wie dem eigenen Kind die Augen auszustechen, sich am Türgriff mit einer tödlichen Krankheit zu infizieren, oder den Gashahn nicht geschlossen zu haben. In empirischen Untersuchungen konnte Horowitz (1975) zeigen, dass vor allem unter Stress und bei starken negativen Emotionen solche aufdringlichen Gedanken auftauchen. Solche verrückten Gedanken können auch normalen Menschen gelegentlich durch den Kopf schießen, aber sie sind flüchtig und der Betreffende ergreift keine Gegenmaßnahmen. In einer solchen Situation starker Inkonsistenzspannungen, in der negative Emotionen aktiviert sind, für die kein Grund erkennbar ist, passt ein solcher Gedanke jedoch genau zu den negativen Emotionen. Der Betreffende erlebt sie als einen Zustand tiefer Unruhe. Er hat das Bedürfnis etwas gegen die große Gefahr zu tun, die ihn bedroht, zu handeln. So kann er den Gashahn immer wieder kontrollieren um sich Sicherheit zu verschaffen. Kann die Türklinke säubern oder sie nicht mehr berühren, sich gründlich waschen, um vor einer Infektion sicher zu sein. Er kann spitze Gegenstände wegschließen, um sich und andere davor zu schützen, dass sich seine aggressiven Impulse in die Tat umsetzen. Er kann sich natürlich auch ganz fest vornehmen, diese zerstörerischen Gedanken nicht hochkommen zu lassen, sie nicht zu denken (was erst recht dazu führen wird, dass er sie wieder denkt). (Vgl. Grawe 2004, S. 365)

Auf diese Weise kann er wenigstens handeln, was ihm in der akuten Situation eine gewisse Kontrolle gibt. Die Inkonsistenzspannung wird durch die Kontrollerfahrung ein wenig reduziert. Allerdings wird das Kontrollverhalten dadurch negativ verstärkt, also besonders gut gebahnt. Im Falle der nächsten Inkonsistenzspannung wird es wahrscheinlich wieder auftreten, abermals verstärkt werden usw. (vgl. Hüther 2001, S. 57-70) Gebahnt werden in diesen Episoden nicht nur das Kontrollverhalten, sondern alle in diesem Moment aktivierten synaptischen Verbindungen, die situativen Wahrnehmungen, die starken negativen

Emotionen, sowie die Kognitionen. Diese werden auf Dauer zu einem qualitativ neuen neuronalen Erregungsmuster zusammengebunden und stellen den Beginn einer Zwangsstörung dar.

In dieser Phase kann es dann nicht nur durch die aktuelle Inkonsistenzspannung aktiviert werden, sondern ebenso durch daran assoziierte Situationen, Gedanken, Erinnerungen und Emotionen. Das Störungsmuster führt nun ein Eigenleben auch ohne Funktion zu Reduktion von Inkonsistenzspannungen.

An der eigentlichen Ursache kann das Störungsmuster nichts ändern, es trägt immer nur zu einer kurzfristigen Reduktion der Inkonsistenzspannung bei. So wird im Gegenteil die Störung selbst wieder als Kontrollverlust erlebt, als unangenehm und abträglich für das Selbstwertgefühl. Sie erhöht zusätzlich noch die Inkonsistenz im psychischen Geschehen dadurch zu einem noch intensiveren Auftreten der Symptomatik, was eine weitere Verstärkung nach sich zieht, und führt so längerfristig zur Erhöhung des Inkonsistenzniveaus. Hier zeigt sich der Teufelskreis der viele psychische Störungen kennzeichnet.

Analog können wir uns die Entstehung der meisten anderen Arten von Angststörungen nach DSM IV vorstellen.

Das Bemühen um Kontrolle zeigt sich auch in der hohen Komorbidität aller Angststörungen. Schulte (2000) konnte zeigen, dass vierzig Prozent der Angstpatienten nach der Entwicklung einer Angststörung eine weitere Angststörung hinzubildeten. Was auf einen fruchtbaren Nährboden für die Entwicklung weiterer Störungen in diesen Fällen schließen lässt. Das ist eine dauerhaft hohe Inkonsistenzspannung mit ihrem hohen Verstärkungspotential für alles, was ein bisschen Kontrolle ermöglicht.

Auch empirische Untersuchungen belegen, dass Patienten mit hoher Komorbidität besonders hohe Inkongruenzwerte haben (Grawe 2004, S. 367).

Angst ist ein Alarmsignal, das auftritt, wenn ein Organismus bedroht wird oder sich bedroht fühlt. Bei Menschen tritt sie insbesondere mit der Bedrohung wichtiger motivationaler Ziele auf. Wenn alle Bemühungen der Gefahrenabwehr scheitern, ist das Abgleiten in die Depression der logische nächste Schritt. Wenn man in den wichtigsten Bedürfnissen, Werten und Zielen trotz verzweifelter Kontrollbemühungen immer weiter verletzt wird, was gibt es dann noch für Reaktionsmöglichkeiten? Wie kann man sich dann noch schützen?

„Wenn man alles Wünschen und Wollen aufgibt, wenn man gar keine Gefühle mehr entstehen lässt, wenn man auf alle Ansprüche verzichtet, wenn man sich vor der Umwelt ganz klein macht und selbst abwertet, wenn man sich in seinen Lebensfunktionen total reduziert, indem man nicht einmal mehr isst, wenn man alles sein lässt, was einem Spaß gemacht hat, wenn man sich von allen Menschen zurückzieht, wenn man alles aufgibt, was einem wichtig war, wenn man jedes Hineinwirken in die Umgebung unterlässt, dann ist man recht gut vor weiteren Verletzungen geschützt. Die Depression ist aus dieser Sicht eine generalisierte Schutzhaltung, ein auf die Spitze getriebenes Vermeiden von Verletzungen“ (Grawe 2004, S. 368).

Das Vermeidungssystem ist das einzige, was bei einem Depressiven noch aktiv ist. Die mit Vermeiden und negativen Emotionen befassten Hirnteile, also die Amygdala, sowie der ventromediale und dorsolaterale Präfrontale Cortex (PFC), sind bei ihm permanent aufs höchste aktiviert. Völlig deaktiviert ist bei ihm jedoch der Anteriore Circulare Cortex (ACC), der für die Transformation von Emotionen in klar erlebte Gefühle und für das „monitoring von Inkonsistenzquellen“, die aktives Hinwenden und Handeln erfordern, wichtig ist. So hat der Depressive sein Annäherungssystem abgeschaltet, sich in den Schutz der Krankenrolle zurückgezogen und das Vermeidungssystem auf höchste Stufe gestellt. Damit erreicht er, keine weiteren Verletzungen mehr erdulden zu müssen. Von entscheidender Bedeutung ist es, dass diesen Veränderungen im Erleben und Verhalten Veränderungen in den neuronalen Strukturen zugrunde liegen, die durch unbewusste Vorgänge herbeigeführt wurden, mit Sicherheit handelt es sich jedoch nicht um eine bewusst verfolgte Strategie. Durch das Vermeiden von noch mehr Inkongruenz wird das generalisierte Vermeidungsverhalten weiter negativ verstärkt. Diese Vorgänge sind dem impliziten Funktionsmodus zuzuordnen.

Die einzige Form der Kontrolle die dem Depressiven noch geblieben ist, ist das totale Vermeiden.

Von allen psychischen Störungen zeigt sich bei der Depression am klarsten, dass über die Symptombehandlung hinaus eine Inkonsistenzbehandlung notwendig ist, wenn es zu bleibenden Veränderungen kommen soll. (siehe Hinweis auf eine wirkungsoptimierte Psychotherapie)

Für die Soziale Therapie bestätigend ist Grawes Erkenntnis, dass Inkonsistenz der betreffenden Menschen nicht zu trennen ist von ihren konkreten Lebensvollzügen. Um nachhaltige Behandlungserfolge zu erzielen, muss man sich mit dem Leben depressiver

Patienten befassen. Der Neuropsychotherapeut sieht das Lebensglück- und Unglück nicht nur als eine Frage der richtigen pharmakologischen Mischung von Neurotransmittern, sondern als eine Frage der Lebenserfahrungen, die ein Mensch gemacht hat und immer noch macht.

Viele der psychischen Störungen gehen mit Depressionen einher. Diese Komorbidität kann aber nur dort existieren, wo es über längere Zeit Bedingungen für die Entstehung psychischer Störungen gegeben hat, für die die Inkonsistenz gewissermaßen den Raum geschaffen hat. Wo Inkonsistenz in den psychischen Vorgängen herrscht, wo sie also nicht von *mächtigen, auf positive Erfahrungen ausgerichteten Ordnungsmustern* bestimmt werden, kann solch ein Raum entstehen.

Somit wird Inkonsistenz zur wichtigsten aktuellen Bedingung für die Genese psychischer Störungen. Für die psychotherapeutische Arbeit ergibt sich daraus die Schlussfolgerung, wenn es gelingt, die Konsistenz der psychischen Abläufe zu verbessern, also den Raum für Inkonsistenz zu verkleinern, gibt es keinen Platz mehr für psychische Störungen. Die natürlichen Gegenspieler psychischer Störungen, Kongruenz und Konsistenz, beziehen sich dabei jedoch auf das motivierte psychische Geschehen, mit dem man sich in der Psychotherapie befassen muss. Gelingt es die Konsistenz im psychischen Geschehen zu erhöhen, können die psychischen Störungen zurückgedrängt werden. Dazu Grawe:

„Wir haben hohe negative Korrelationen zwischen Inkongruenz und vielen Aspekten psychischer Gesundheit gefunden“ (2004, S. 370).

Dagegen hat der psychisch Gesunde in seinem Leben überwiegend Bedürfnisbefriedigende Erfahrungen gemacht und eine Struktur Motivationaler Schemata entwickelt, die solche positiven Erfahrungen dann auch immer wieder hervorbringt. Das bedeutet ein geringes Kongruenzniveau, Konsistenz in den psychischen Abläufen und gut entwickelte Annäherungsschemata.

Hat sich jedoch eine psychische Störung auf Grundlage ihrer neuronalen Bahnungen verselbständigt, also vom motivationalen Geschehen abgekoppelt, so müssen diese neuronalen Störungsgrundlagen verändert werden, um Konsistenz im psychischen Geschehen wieder zu erlangen. Dazu sind störungsspezifische Interventionen notwendig. Störungsbehandlungen und Inkonsistenzbehandlung sind einander zu arbeitende therapeutische Strategien und keinesfalls Gegensätze. Der Einzelfall bestimmt über ihr optimales Verhältnis in einer konkreten Therapie. Eine Störungsanalyse sowie eine

Kongruenzanalyse sollten zu den anamnestischen Standards gehören, um die jeweils besten Ansatzstellen für therapeutische Interventionen zu identifizieren.

6.1.2. Schlussfolgerungen für eine wirkungsoptimierte Psychotherapie

Entscheidend für die Wirkung von Psychotherapie sind die Erfahrungen die ein Patient während der Therapie im Hinblick auf seine Grundbedürfnisse macht.

„Von der ersten Minute der Therapie an, kann der Therapeut durch komplementäre Beziehungsgestaltung und Ressourcenaktivierung dem Patienten positive Bedürfnisbefriedigende Erfahrungen vermitteln und damit eine Aktivierung des Annäherungssystems primen“ (Grawe 2004, S. 420).

Eine der wichtigsten Schlussfolgerungen aus der neurowissenschaftlichen Betrachtung psychischer Störungen ist die, dass sich Therapie nicht nur störungsorientiert fokussiert, sondern immer auch die neuronalen Strukturen berücksichtigen sollte, in denen die Störungen begründet sind. Besonders gilt dies im Falle der Komorbidität, die eher die Regel als die Ausnahme ist. Neuronale Schaltkreise, die psychischen Störungen zugrunde liegen, sind Teil eines komplexen neuronalen Netzwerkes. In diesem neuronalen Kontext liegt der eigentliche Nährboden dieser Störungen. Die effektivste Behandlung ist demnach diejenige, die der Störung ihren Nährboden entzieht, indem sie zu einer Konsistenzverbesserung im gesamten neuronalen und psychischen Geschehen beiträgt. Es erscheint aufgrund der bisherigen Ausführungen nachvollziehbar, dass eine Abnahme von Inkongruenz zu einer erheblichen Verbesserung in allen möglichen klinischen Parametern, wie Symptombelastung, Wohlbefinden, interpersonalen Problemen usw. führt. Ganz im Sinne des Grundgedankens der Sozialen Therapie kann mit der Reduktion dieser Störungen nicht nur an der Störung selbst angesetzt werden, sondern auch an ihrem Umfeld, der Entstehungsquelle von motivationaler Inkongruenz.

So können alle Interventionen in diesem Umfeld über die Verringerung des Inkongruenzniveaus Auswirkungen auf die Störungssymptomatik bewirken.

Der Patient macht auch in der Therapie unentwegt Erfahrungen hinsichtlich seiner Grundbedürfnisse, z.B. für sein aktiviertes Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle, sowie seinem Bindungs- und Selbstwertbedürfnis.

Wird der Patient z.B. herumkommandiert oder im Unklaren gelassen, wenn er lange warten muss, sind das alles negative Erfahrungen für seine Grundbedürfnisse, die negative Emotionen hervorrufen und das Vermeidungssystem in Gang setzen. Wenn die Erfahrungen im Hinblick auf Kooperation und Bestärkung positiv sind, dann werden die aktivierten Grundbedürfnisse deutlich befriedigt. Dazu zählt:

- dass der Patient sich bei einem feinfühligem, empathischen, engagierten und kompetenten Therapeuten gut aufgehoben fühlt
- dass er positive Kontrollerfahrungen macht, da das therapeutische Vorgehen transparent gestaltet wird und er die Möglichkeit bekommt gut mitzumachen und mitzubestimmen
- dass er sich nicht nur von seinen problematischen Seiten zeigen kann (Problemorientierung), sondern immer wieder auch in seinen positiven Seiten (Ressourcen- und Lösungsorientierung) wahrgenommen und positiv bestärkt wird
- dass er während der Therapie positive Gefühle erleben und dabei auch einmal ganz entspannt sein und mit dem Therapeuten gemeinsam lachen kann.

Die schnellen Verbesserungen, die am Beginn einer Therapie oft eintreten, gehen größtenteils auf solche bedürfnisbefriedigenden Erfahrungen zurück. Je intensiver diese Erfahrungen sind, desto mehr wird sich sein Inkongruenzniveau verringern. Diese können eintreten, bevor überhaupt gezielt an der eigentlichen Symptomatik bzw. Problematik oder gar an Lösungen gearbeitet wurde. (vgl. auch Ettrich 2004, S.7)

Diese Einflüsse sollten keineswegs als unspezifische Wirkfaktoren gesehen werden, da sie nicht einfach von selbst eintreten. Soll ihr Veränderungspotential optimal genutzt werden, müssen sie über die gesamte Dauer der Therapie präzise zugeschnitten sein und im Hinblick auf die individuellen motivationalen Ziele, Möglichkeiten und Grenzen des Betroffenen so gut wie möglich verwirklicht werden. Dabei handelt es sich überwiegend um Arbeit im impliziten Funktionsmodus, während inhaltlich hauptsächlich die Probleme des Patienten besprochen werden, die wie bereits erwähnt nicht mit seinen Störungen gleichzusetzen sind, die i.d.R. nur eine Teilmenge der zu bearbeitenden Probleme darstellen. Bei den Problemen handelt es sich vorwiegend um negative Emotionen, die zu intensiv und zu oft häufig in Situationen auftreten, in denen sie unangemessen erscheinen.

Von großer therapeutischer Relevanz ist die Frage, wie die therapeutische Veränderung negativer Emotionen aus neurowissenschaftlicher Perspektive zu konzipieren ist. Ob

Angstreaktionen z.B. gelöscht werden können. Grawe bemerkt hierzu, dass die Forschung zu dieser Frage noch in vollem Gange sei, sich aber die wahrscheinliche Antwort abzeichne, dass Angstreaktionen nicht gelöscht, sondern nur gehemmt werden können.

...,Gutberlet und Miltner (1999) hatten bei erfolgreich behandelten Spinnenphobikern gefunden, dass nach der Behandlung zwar kein subjektives Angstgefühl und kein Vermeidungsverhalten mehr vorhanden war und dass auch die zu Beginn der Behandlung bei der Konfrontation mit Spinnen ausgelöste Erregung (Herzrate und Hautleitfähigkeit) am Ende der Behandlung nicht mehr ausgelöst wurde, dass aber in der Amygdala immer noch die selbe Erregung auftrat, wie vor der Behandlung. Die Angstreaktion war also nicht vollständig „gelöscht“ worden, sondern die Weiterleitung der Erregung zu anderen neuronalen Schaltkreisen war gehemmt, bzw. unterbrochen worden,, (Grawe 2004, S.425).

Das bedeutet, wenn Angstreaktionen sich im Verhalten, im subjektiven Erleben und in den physiologischen Indikatoren von Angst verringern oder gar verschwinden, eine erhöhte Angstbereitschaft in der Amygdala dennoch weiterhin bestehen bleibt. Die Weiterleitung der Erregung von der Amygdala zu anderen Hirnarealen wird jedoch aktiv gehemmt. Das wirft die Frage auf, wovon diese Hemmung ausgehen soll. Dazu müssen die Hirnteile, die mit dem Output der Amygdala in Verbindung stehen, mit der Aktivierung der Amygdala zeitgleich Signale senden, die mit Angst möglichst unvereinbar sind.

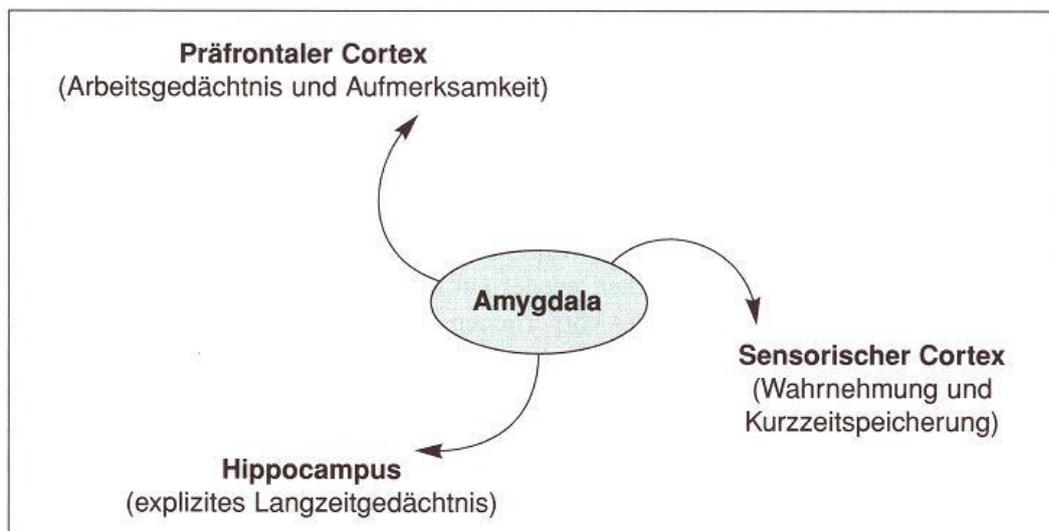


Abb.23 (Grawe S. 99) Bereiche der Amylgada projizieren zu zahlreichen Rindenbereichen. Darunter sind Projektionen zu allen Stadien der cortikalen sensorischen Verarbeitung, zum

präfrontalen Cortex und zum Hippocampus und den angrenzenden Rindengebieten. Über diese Projektionen hat die Amygdala Einfluss auf die laufende Wahrnehmung, auf mentale Vorstellungen, Aufmerksamkeit, Kurzzeitgedächtnis, Arbeitsgedächtnis und Langzeitgedächtnis sowie auf die verschiedenen Denkprozesse höherer Ordnung, die diese ermöglichen (nach LeDoux, 2001, S. 308)

„Es gibt viele Hinweise dafür, dass die Hemmung von Angstreaktionen vom medialen PFC aus erfolgt, der wiederum in engem Austausch mit dem Hippocampus steht...

...medialer PFC und Amygdala scheinen in einer reziproken Beziehung zueinander zu stehen. Starke Erregung der Amygdala schaltet den medialen PFC ab, es kommt zu ganz irrationalen Verhalten. Umgekehrt kann über den medialen PFC die sonst von der Amygdala ausgehende Erregung anderer Hirnregionen gehemmt werden „(Grawe 2004, S. 425).

Um die Angst wirksam zu hemmen müssen also durch Bahnung im medialen PFC neue neuronale Erregungsmuster aufgebaut werden, die sich dazu eignen, die Angstreaktion zu hemmen. Diese Hirnregion ist nicht zu verwechseln mit dem Arbeitsspeicher.

...„Angsthemmung geht nicht so, dass man im Arbeitsspeicher „vernünftige Gedanken“ erzeugt, wie etwa „du brauchst keine Angst zu haben“, „die Situation ist nicht wirklich gefährlich“. Es sind die impliziten Situationsbewertungen, die im orbitalen PFC unentwegt automatisch erzeugt werden, die geändert werden müssen, damit die Weiterleitung der Amygdalaerregung gehemmt wird. Implizites Lernen ist keine Frage von Einsicht, sondern von wiederholten Erfahrungen, die zeigen, dass wirklich nichts Gefährliches geschieht“ (Grawe 2004, S. 424).

Damit verändert sich der Fokus des Therapeuten von der Angst zu ihrem Kontext.

Die wiederholte Konfrontation des Patienten mit seiner Angst erzeugt noch keine positive therapeutische Wirkung. Entscheidend ist, dass die Auslösung der Angstreaktion in einem betont Angst hemmenden neuronalen Kontext erfolgt. Daher besteht die wichtigste Aufgabe des Therapeuten darin, einen solchen, die Angst hemmenden Kontext herzustellen, um eine effektive, therapeutische Wirkung zu erzielen. Das Behavioral-Activation und das Behavioral-Inhibition-System sind zwei von einander unabhängige neuronale Systeme (Gray, 1982).

Annäherungsverhalten und positive Emotionen werden durch Aktivierung des Annäherungssystems begünstigt, Angst-, Schutz- und Vermeidungsreaktionen durch Aktivierung des Vermeidungssystems.

Wenn wir gerade einen aufregenden gruseligen Horrorfilm gesehen haben und plötzlich gibt es einen lauten Knall, werden wir einen sehr viel größeren Schrecken bekommen, als wenn wir zuvor gerade einen lustigen Film gesehen und viel gelacht haben. Im ersten Fall wurde unser Vermeidungssystem voraktiviert, das nennt man auch geprimt, und im zweiten Fall unser Annäherungssystem. Dieses so genannte motivationale Priming ist ein Vorgang, der erst in den letzten Jahren intensiv untersucht wurde. Wenn das Annäherungssystem geprimt ist, fallen Angstreaktionen geringer aus, weil sie aktiv gehemmt werden. Diese Hemmung geht vom voraktivierten (geprimten) Annäherungssystem aus. Motivatorisches Priming ist eine wesentliche Komponente einer wirksamen Angstbehandlung.

Therapeutisch genutzt werden kann das Prinzip des motivationalen Priming z.B. wenn eine Hemmung von Angstreaktionen aufgebaut werden soll und dazu diese Angstreaktion in einem möglichst stark aktivierten Annäherungskontext ausgelöst wird. Dies ist ganz allgemein auf die Psychotherapie übertragbar. In den meisten Fällen geht die Behandlung der Probleme des Patienten mit negativen Emotionen einher. Damit wird das Vermeidungssystem aktiviert, was das psychische System dazu bringt, sich auf Schutz, Abwehr und Vermeidung auszurichten. Daher ist es für eine erfolgreiche Behandlung essentiell, dass das Annäherungssystem des Patienten durch positive motivationale Ziele und positive Emotionen kontinuierlich aktiviert wird. Um den erforderlichen neuronalen Kontext für die Generierung aktiven Problemlösungsverhaltens bei dem Patienten zu gewährleisten ist das die wichtigste Voraussetzung.

Das Annäherungssystem primt man am besten, indem man den Patienten möglichst viele positive Wahrnehmungen im Hinblick auf seine Grundbedürfnisse machen lässt, das heißt für sein Bindungsbedürfnis, sein Kontrollbedürfnis und sein Selbstwertbedürfnis.

Aus neurowissenschaftlicher Sicht geht es in einer effektiven Psychotherapie nicht nur um die Beseitigung von Störungen, sondern um eine Verbesserung der psychischen Gesundheit, die in erster Linie dann gewährleistet ist, wenn die Grundbedürfnisse eines Menschen gut befriedigt werden. Hierin zeigt sich der große Unterschied für das neue (neuropsychologische) therapeutische Selbstverständnis, was eine Frage der Wirksamkeit ist, nicht nur eine Frage von Werten. Denn alles deutet darauf hin, dass Psychotherapie, die alle Möglichkeiten nutzt,

die Konsistenz im psychischen Geschehen zu erhöhen, wirksamer ist als eine Therapie, die sich nur auf die Reduktion von Störungen reduziert.

6.1.3. Die neurobiologische Entdeckung der Motivationssysteme

Joachim Bauer forscht im Bereich Neurobiologie, seiner Meinung nach sind die Menschen aus neurobiologischer Sicht auf soziale Resonanz und Kooperation angelegte Wesen. Als Beweis hierfür steht für ihn die neurobiologische Entdeckung der Motivationssysteme. (vgl. Bauer 2006, S. 24-39)

Die Motivationssysteme sind die Antriebsaggregate des Lebens, das was Menschen teilweise sehr schwierige Vorhaben verfolgen lässt, auch wenn sie sich mit widrigen Umständen herumschlagen müssen und sich erheblichen Strapazen unterziehen müssen, bevor sie am Ziel ihrer Wünsche ankommen. Wo also sitzen diese Antriebsaggregate, welchen Regeln folgen sie und wohin führen sie uns?

Durch Beobachtung stellte man fest, dass es äußere Umstände gab, die Zielstrebigkeit und Lebenswillen lahm legen oder aktivieren können, und zwar entdeckte man Stoffe, die jegliche Zielstrebigkeit lahm legen konnten und auf der anderen Seite entdeckte man Substanzen, die ein extrem starkes, ja fast schon krankhaftes Streben auslösen können. Dies führte zur Entdeckung der Antriebsaggregate des Lebenswillens, die auch als „Motivationssysteme“ oder „Belohnungssystem“ oder „reward systems“ bezeichnet werden.

Zuerst wurden die Neuroleptika entdeckt, das sind Stoffe, die zum Verlust jeglichen Antriebs führen, die beruhigen, die Menschen in einen Zustand der Apathie versetzen, ohne das Wachbewusstsein zu trüben (es sind dies z.B. Chlorpromazin, das zur Gruppe der Phenothazine gehört oder das Butyrophenon). Dann entdeckte man die Suchtstoffe, und zwar durch die unvoreingenommene und wissenschaftliche Beobachtung suchtabhängiger Menschen, die ein meist durch keine Vernunft und keinen Willen zu bezwingendes heftiges unstillbares Verlangen haben. Sie ordnen einen großen Teil ihres motivierenden Verhaltens dem Ziel unter, an die nächste Dosis ihres Suchtmittels zu kommen. Dies lässt auf ziemlich übermächtige Antriebsaggregate schließen.

Beide Forschungen, sowohl die Suchtmittel betreffend als auch die Neuroleptika, trafen sich bei derselben neurologischen Struktur. Sie hat ihren Sitz im Mittelhirn und ist über Nervenbahnen mit vielen anderen Hirnregionen verbunden, an die sie entweder Impulse weiterleitet oder von denen sie Informationen erhält. Dabei bestehen besonders enge

Nervenfaserschaltungen zu den Emotionszentren, wobei Informationen, die von dort kommen dem Motivationssystem melden, ob die Umwelt Ziele in Aussicht stellt, für die es sich einzusetzen lohnt.

Das Motivationssystem besteht aus zwei Komponenten, die zusammen eine Art „Achse“ bilden, die aus zwei miteinander verbundenen Neuronengruppen aufgebaut ist. Im „Ventralen Tegmentalen Areal“ (VTA) des Gehirns befindet sich die aus Nervenzellen bestehende Basiskomponente, deren lange Fasern nach vorne ziehen und bei der zweiten Komponente enden, die wiederum das Kopfteil der Achse bilden. Sie heißen „nucleus accumbens“ und befinden sich im ventralen Striatum. Die Verschaltung dieser zwei Systeme erfolgt über Synapsen. Bei einer Aktivierung wird der Botenstoff Dopamin von den Neuronen der Basiskomponente an das Kopfteil abgegeben. Dadurch wird im Gehirn und im ganzen Körper ein Gefühl von Wohlbefinden erzeugt, die Bewegungsfähigkeit nimmt zu und der Organismus kommt in einen Zustand von Konzentration und Handlungsbereitschaft, d.h. Dopamin erzeugt die Energie und den Antrieb, damit ein Lebewesen sich sowohl im direkten als auch im übertragenen Sinne in Richtung Artgenosse bzw. Mitmensch in Bewegung setzt.

Falls es nun im Kopfteil der Achse zur Ausschüttung von Dopamin kommt, werden dadurch endogene Opioide freigesetzt, die auf das Emotionszentrum des Gehirns wirken, sie stärken das „Ich-Gefühl“, heben Lebensfreude und emotionale Gestimmtheit. Außerdem stärken sie das Immunsystem und vermindern die Schmerzempfindlichkeit. Zusätzlich wird Oxytozin freigesetzt. Diese drei Stoffe, bzw. Gruppen, werden als die Wirkstoffe des Motivationssystems bezeichnet.

Was sind aus der Sicht des Gehirns Ziele, für die es sich einzusetzen lohnt? Aus neurobiologischer Sicht sind wir Wesen, die auf soziale Resonanz und Kooperation angelegt sind. Hirnforscher Thomas Insel und Russell Fernald (2004) von der Stanford Universität prägten den Begriff des „social brain“. Neurobiologische Studien zeigen, dass nichts die Motivationssysteme so sehr aktiviert wie der Wunsch, von anderen gesehen zu werden, die Aussicht auf soziale Anerkennung, das Erleben positiver Zuwendung und die Erfahrung von Liebe. Das bedeutet, die Einsicht, Akzeptanz und Anerkennung, die wir bei anderen finden, ist der tiefste Grund unserer Motivation (vgl. Zugehörigkeitsgefühl in Kapitel 3). Umgekehrt bedeutet das, dass die Motivationssysteme abschalten, wenn keine Chance auf soziale Zuwendung besteht. Soziale Isolation oder Ausgrenzung führen, wenn sie länger andauern, zu Apathie und zum Zusammenbruch jeglicher Motivation, und zwar über einen biologischen

Kollaps der Motivationssysteme des Gehirns. Das geht soweit, dass Menschen nach dem Verlust wichtiger zwischenmenschlicher Beziehungen oft einen kompletten Einbruch aller ihrer Lebensmotivation erleben und in ein Gefühl von Sinnlosigkeit abgleiten, was wiederum der Auslöser für Depressionen und anderen psychischen Krisen ist.

Weiterhin ist der Botenstoff Oxytozin auf Bindung und Vertrauen spezialisiert, und er ist sowohl Ursache als auch Wirkung von Bindungserfahrungen: Oxytocin wird vermehrt hergestellt, wenn es zu einer Begegnung kommt, die eine feste Bindung in Aussicht stellt. Andererseits hat die Substanz umgekehrt den Effekt, dass es Bindungen, die zu seiner Ausschüttung geführt haben, rückwirkend stabilisiert, indem es die Bereitschaft erhöht, Vertrauen zu schenken. Dopamin und Oxytozin bilden ein kooperierendes aufeinander abgestimmtes System (vgl. Petzold in Kapitel 3.5). Dopamin spielt für alles motivierende Tun eine zentrale Rolle, aber um feste Bindungen einzugehen ist Oxytozin von unersetzlicher Bedeutung, d.h. diese beiden Stoffe gehören zu jenen Motivationsbotenstoffen, die den Menschen auf gelingende Beziehungen und Kooperation hin polen.

Dass uns Oxytozin an andere bindet hat nicht nur mit seinen Wohlfühleffekten zu tun, denn es hat auch medizinische Effekte, es sorgt für körperliche und psychische Entspannung, senkt den Blutdruck, dämpft die Angstzentren und beruhigt die biologischen Stresssysteme. Zusätzlich werden Personen, mit denen wir gute Erfahrungen machen konnten, in das Emotionszentrum unseres Gehirns eingepägt, d.h. eine Bindung kommt zustande.

Alle diese Vorgänge funktionieren prinzipiell bei allen Menschen gleich, warum und wann genau beim einzelnen Menschen Aktivitäten im Gehirn ausgelöst werden hängt davon ab, wie die Gene auf die Umwelt reagieren, d.h. wie Umwelterfahrungen einen nachhaltigen, überdauernden Einfluss darauf haben können ob und wie stark ein Gen überhaupt abgelesen werden kann. Dieses, als Epigenetik bezeichnete Gebiet, könnte nicht nur vieles erklären, was im Bereich körperlicher, psychischer und psychosomatischer Störungen zu beobachten ist, und ist derzeit auch dabei, die Ursachen wichtiger Volkskrankheiten aufzuklären.

Gene haben die Möglichkeit, Erfahrungen des Organismus in seiner Umwelt in Form eines biochemischen Skripts abzuspeichern, was die Arbeitsweise eines Gens verändern kann. Wenn dies im Bereich der Neurobiologie geschieht, hat es Einfluss auf das seelische Erleben und dadurch auf das Verhalten eines Individuums. Menschen in bedrohlichen Situationen z.B. aktivieren massiv ein wichtiges Stressgen namens CRH-Gen (=Corticotropin-Releasing-Hormone-Gen), trotzdem ist die Stärke der Aktivierung individuell sehr unterschiedlich. 1997

hat Michael Meaney entdeckt, dass es ein Anti-Stress-Gen namens Glucocorticoid-Rezeptor-Gen im Hippocampus gibt, das auf Dauer stärker aktiv ist, wenn das Individuum in der Postnatalzeit eine intensivere mütterliche Zuwendung erhalten hat. Das hat eine Veränderung an biochemischen Strukturen zur Folge, mit denen Gene „umwickelt“ sind. Diese „biochemische Verpackung“ (Methylgruppen, im Bereich des Genschalters oder Promoters) wird teilweise durch die mütterliche Zuwendung entfernt (Demethylierung des Glucocorticoid-Rezeptorgens) und das Gen kann dauerhaft aktiver bleiben, da es verstärkt transkribiert werden kann. Das Individuum ist somit besser in der Lage mit Stress umzugehen. Das bedeutet, dass die Funktion des Gens verändert wird, ohne dass sein „Text“ verändert wird, und die gemachten Erfahrungen hinterlassen ein epigenetisches Muster unabhängig davon, ob die Erfahrungen mit verwandten oder nicht verwandten Bezugspersonen gemacht wurden.

Epigenetisch bedingte Störungen treten trotzdem in Familien gehäuft auf, da traumatisierte Menschen einen biologischen Fingerabdruck zurückbehalten, der ihr eigenes Verhalten beeinflusst und dadurch (und nicht durch die Gene) an ihre eigenen Kinder weitergegeben wird (vgl. Spiegelartikel im Anhang).

Laut Bauer haben wir zwei Chancen diesem Kreislauf zu entkommen. Die erste ist die Pubertät, in der der hormonelle Ansturm einen Teil des epigenetischen Skripts ausradieren kann, vorausgesetzt die Pubertierenden können in dieser Zeit tatsächlich neue bereichernde Erfahrungen machen.

Die zweite Möglichkeit besteht in einer Psychotherapie, die nachweislich das psychische Erleben und die neurobiologischen Strukturen im Gehirn verändern kann.

Eine seit einiger Zeit wieder entdeckte vielversprechende Methode ist die medizinische und psychotherapeutische Hypnose, wie sie Milton Erickson entwickelt und gelehrt hat.

6.2. Hypnose in der psychosozialen Beratung

6.2.1. Einleitung - Historische Entwicklung

Hypnose ist eine seit Jahrhunderten bekannte Methode, die in neuerer Zeit wieder eine besondere Aktualität erlangt hat. Die Geschichte der Hypnose lässt sich im zusammenfassenden Überblick in drei Entwicklungskapitel mit jeweils völlig unterschiedlichen Ansätzen einteilen:

1. den autoritären Ansatz
2. den standardisierten Ansatz
3. den Kooperationsansatz

Bei 1. liegt der Focus auf dem starken Willen und der Macht des Hypnotiseurs. Mit seinen Suggestionen will er tief in die unbewussten Schichten des Hypnotisanten eindringen und dort Reaktions- und Verhaltensweisen verändern. Als führende Persönlichkeiten dieser Epoche sind Messmer, Charcot und Freud bekannt.

Bei 2. richtet sich der Blickpunkt dagegen auf den Hypnotisierten. Hier steht die aus der Experimentalpsychologie generierte suggestive Modifizierbarkeit des Verhaltens im Vordergrund. Verknüpft ist dieser Ansatz mit den Namen Hilgard und Hull. Langwierige Induktionsformen und mangelnde Kontextvariablen führten zur Unflexibilität dieses Ansatzes. Misserfolge wurden auf einen Mangel an Hypnotisierbarkeit und Suggestibilität der Untersuchten geschoben. In dieser Zeit entstanden ausführliche Suggestibilitätstests und eine Menge anderer standardisierter Verfahren.

Bei 3., der modernen Hypnosetherapie mit ihrem Kooperationsansatz steht die Wechselwirkung zwischen Therapeut und Patient im Mittelpunkt. Dieser Ansatz berücksichtigt systemische Rückkopplungsprozesse und leitet sich aus einem Zusammenspiel der modernen Psychotherapien ab. Gegenseitiger Respekt und die Achtung vor dem jeweils anderen werden ausgedrückt und schaffen ein Milieu der Gleichwertigkeit. Schöpferische Prozesse bleiben uneingeschränkt. Die Trance entspricht einem Bewusstseinszustand, der Neuorientierung und Lernen zulässt. Der Macht innerer Bilder und der Vorstellungskraft wird ganz im Sinne Hüthers eine Veränderungsfähigkeit zugestanden, fremdbestimmte Suggestionen treten dagegen in den Hintergrund. Milton H. Erickson ist dieser enorme und vielseitige Aufschwung der Hypnose und der Hypnoseforschung zu verdanken. Mit seinen umfangreichen kreativ-hypnotischen Fertigkeiten hat er stark zu der Entwicklung der Hypnotherapie, wie wir sie heute kennen, beigetragen. Neben Milton H. Erickson zählen auch David Cheek und Virginia Satir und viele andere Psychotherapeuten zu den Begründern dieses Ansatzes, der sich hervorragend zur Stärkung der Persönlichkeit mit allen seinen Ressourcen, sowie zur Nähe-Distanz-Regulierung eignet. (vgl. Kaiser Rekkas 2001, S. 24-25)

6.2.2. Die Autosystemhypnose und einige ihrer wichtigen Methoden

Wie es schon in dem Begriff Autosystemhypnose anklingt, kann bei diesem Ansatz auf invasive Fremdeinwirkung völlig verzichtet werden. Das Individuum wird als System mit Problemen, aber auch einer Fülle von Lösungsressourcen gesehen, das im Falle einer Disbalance durch leichte äußere Impulse in sein Gleichgewicht zurückfindet.

Dabei greift die Hypnotherapie auf einen Pool von Methoden und Werkzeugen zurück, von denen die Grundlegendsten im Folgenden dargestellt werden sollen.

Für psychotherapeutische Prozesse bedarf es im Allgemeinen keiner tiefen Hypnose. Nur im Falle seelischer und physischer Erschöpfungszustände kann tiefe Hypnose indiziert sein. Die Arbeit mit idiomotorischen Signalen kommt sogar mit einer oberflächlichen Hypnose aus. Umständliche Tranceinduktionen entfallen, stattdessen wird die Aufmerksamkeit des Patienten/der Patientin sanft auf das innere Geschehen gelenkt. Nun wird die innere Vorstellungskraft zum wichtigsten therapeutischen Mittel einer möglicherweise notwendigen Veränderung.

6.2.3. Rapport und Kooperation

Gibbons (1979, S. 15) sieht im Rapport eine Grundvoraussetzung für Hypnose und beschreibt ihn als „Beziehung zwischen Hypnotiseur und Klient während einer Hypnosesitzung“ (ebd. S. 38). Kroger und Fezler (1976, S. 19) sehen im Aufbau eines guten Rapports den wichtigsten Faktor in jeglicher psychotherapeutischer Beziehung. In der Praxis unterscheiden sich zwei wichtige Bedeutungsaspekte für den Begriff Rapport. Ganz allgemein als der Kontakt zwischen Klient und Berater und im speziellen in der Hypnotherapie, als der Kontakt zwischen Klient und Berater in einer solchen Ausschließlichkeit, dass für den Klienten daneben alle anderen Umwelteinflüsse ausgeblendet werden. Der erste dieser beiden Bedeutungsaspekte wird auch als Pacing (Bandler und Grinder 1981b, S. 35) bezeichnet, und bezieht sich auf die Qualität der therapeutischen Beziehung. Pacing ist der Versuch des Therapeuten, sich an der Seite seines Klienten zu bewegen.

In diesen beiden Aspekten zeigt sich auch die Spannbreite des Rapports, vom ersten flüchtigen Kontakt des Beraters zum Klienten bis hin zum ausschließlichen, allen anderen Einflüssen sich entziehenden Kontakts. Die Kunst der subtilen Beobachtung ist eine

wesentliche Bedingung für guten Rapport. Es bedeutet, den Klienten wahrzunehmen. Daraus ergeben sich verschiedene Arten einen guten Rapport herzustellen:

- indem Mimik, Körperhaltung, Bewegung, Sprachfluss, Sprachgebrauch sowie Atemrhythmus aufeinander abgestimmt werden.
- Der Berater die Sprache des Klienten spricht, indem er z.B. Schlüsselwörter des Klienten benutzt (utilisiert).
- Dem Klienten wird über Metaphern ein Abbild seines Dilemmas gespiegelt, als Gefangener im eigenen System, dessen gelernte Bezugsrahmen zu eng geworden sind.

Die Aufgabe des Hypnotherapeuten besteht nun nicht darin „...“, den Patienten neu zu prägen, zu beeinflussen oder (gar noch auf magische Art und Weise) zu manipulieren. Im Gegenteil soll die hypnotische Intervention des Therapeuten den Patienten anleiten, zu seinen eigenen Ressourcen zu finden. Der Therapeut suggeriert nicht, er regt innere Suchprozesse an, er ruft hervor“ (Kaiser Rekkas, 2001, S. 26).

Die Problematik der Abhängigkeit des Klienten vom Berater und damit auch mit der Macht des Beraters über den Klienten ist jedem therapeutisch-beraterischen Setting immanent. Guter Rapport zielt darauf ab, die Machtkomponente in partnerschaftlicher Kooperation mit dem Klienten möglichst gering zu halten und nicht missbräuchlich zu verwenden. „Das Prinzip der Kooperation beruht auf dem nutzbringenden Zusammenschluss zweier Fachleute mit unterschiedlichen Kompetenzen auf respektvoller Ebene“ (Kaiser Rekkas 2001, S. 26).

Macht auszuüben ist in keinem Fall sinnvoll, da Macht Abhängigkeit erst erzeugt, und demnach dem Ziel der Selbständigkeit des Klienten entgegensteht.

<

6.2.4. Selbsthypnose oder Tiefenentspannung

Die Tiefenentspannung leitet sich von der Selbsthypnose, die eine Sonderform der Hypnose darstellt, ab. „Der (selbst)hypnotische Zustand ist ein normaler, natürlicher und gesunder Zustand, in dem wir besondere Fähigkeiten entfalten, um uns physiologisch, geistig und seelisch positiv zu beeinflussen“ (Kaiser Rekkas 2001, S. 83). Dagegen muss gehalten werden, dass auch Selbsthypnose missbräuchlich verwendet werden kann, im Sinne eigener Machtempfindungen, oder um unerträgliche Lebenssituationen suggestiv durch „Schönmalerei“ zu übertünchen.

Nach Erickson et al (1978) wirkt die Tiefenentspannung auf die Klienten:

- indem die Aufmerksamkeit auf relativ wenige innere Wirklichkeiten beschränkt wird
- indem die Tiefenentspannung als hochmotivierter Zustand zur positiven Veränderung genutzt werden kann
- indem in der Tiefenentspannung ein aktives, unbewusstes Lernen stattfindet
- indem der Klient in der Tiefenentspannung einen veränderten Bewusstseinszustand erfährt, indessen Folge autonome und spontane Handlungen ausgeführt werden können (Erickson et al 1978, S. 333-339)

Die Tiefenentspannung zielt durch Fokussierung darauf ab, einen psychischen Zustand herzustellen, „...indem der Patient seine inneren psychischen Strukturen reassoziieren und reorganisieren kann und indem er seine eigenen Fähigkeiten auf eine Weise nutzbar machen kann, die seiner eigenen Erfahrungswelt entspricht“ (Erickson und Rossi 1981, S. 22)

6.2.5. Suggestionen

Die Forschungslage über Suggestionen und ihre Veröffentlichungen ist immens und kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht ausführlich dargestellt werden, ohne ihren Rahmen zu sprengen. Da die Suggestionenforschung jedoch eng mit der Erforschung der Hypnose zusammenhängt, ist es notwendig, hier einige der neueren Entwicklungen zu diesem Thema zu erwähnen. War die Einstellung zur Suggestion früher eher geprägt durch Skepsis gegenüber dem, der sie anwendet, latenten Ängsten über eine unerwünschte Einflussnahme oder von Macht und Ohnmachtsgefühlen, werden hingegen in der neueren Forschung Suggestionen größtenteils wertfrei definiert. Z.B. als die Wirkung von Worten und Handlungen auf die Aktivierung und Veränderung von Gedächtnisinformationen, aber auch im Sinne des englischen Terminus *suggestion*, der inhaltlich nichts anderes als *Vorschlag* bedeutet. In Anlehnung an Erickson et al. (1978) und Hoppe (1986), die hypnotische Kommunikationsformen zur Förderung der Suggestionen verwenden, ist eine Suggestion entweder eine verbale Äußerung oder ein Verhalten, welches im Gegenüber eine – meist unbewusste (unwillkürliche) – Reaktion auslöst. Die Umsetzung der Suggestion in eine Reaktion erfolgt immer über eine Autosuggestion als ein intraindividueller, interner Vorgang.

In diesem Zusammenhang erscheinen die Aussagen von Emil Coué zu Beginn des letzten Jahrhunderts zum Thema Suggestion hoch aktuell. „Als selbständiges Geschehen kommt die Suggestion gar nicht vor; ihre notwendige Vorbedingung ist, dass sie sich bei der zu beeinflussenden Person in Autosuggestion verwandelt. Diesen Begriff aber definieren wir folgendermaßen: „Durch uns selbst bewirken, dass ein Gedanke in uns selber Wurzel fasst““ (1997, S. 13). Seine klare Aussage heißt: „Man kann jemandem etwas suggerieren; wenn jedoch dessen Unbewusstes diese Suggestion nicht angenommen, sie gewissermaßen nicht verdaut hat, wobei sie sich in Autosuggestion verwandelt, bleibt die Suggestion völlig wirkungslos“ (1997, S. 13f).

Auf die herausragende Bedeutung optimaler Kommunikation im therapeutisch-beraterischen Arbeitsfeld haben unter anderem Watzlawick, Beavin und Jackson 1967 hingewiesen. Hypnotische Kommunikationsformen stellen „Kommunikationskunstgriffe dar, die die Hervorrufung und Utilisation der eigenen Assoziationen, Potenziale und natürlichen Mechanismen des Patienten auf Wegen fördern, die gewöhnlich vom Patienten als unwillkürlich erlebt werden“ (Erickson et al. 1978, S. 38). Hier findet sich ebenfalls eine ausführliche Darstellung des Suggestionbegriffes. Die zwei Hauptgruppen, in die sich Suggestionen unterscheiden lassen sind:

- die direkten Suggestionen
- die indirekten Suggestionen.

Anweisungen an das Unbewusste des Patienten, die einen direkten Einfluss ausüben sollen, sind direkte Suggestionen. Bsp.: „Ich entspanne mich, konzentriere mich ganz auf meine Atmung, ich werde ruhiger und meine Augen schließen sich ganz wie von selbst.“

Indirekte Suggestionen entfalten ihre Wirkung erst durch die Erschließung des Zusammenhangs innerhalb der Passage, in der sie vorgebracht werden. Sie sind in einen Kontext eingeschlossen. Diese Unterscheidung geht auf Erickson zurück (Erickson et al. 1978; Erickson und Rossi 1971a).

Im Hinblick auf die Thematik der vorliegenden Arbeit und insbesondere des kritischen Vergleichs mit dem Schamanismus, ist die historische Frage, woher Suggestionen eigentlich kommen, von Interesse. Nach Stadler (1980) bezeugt schon der Papyrus Ebers des alten Ägyptens (um 1550 vor Christus) die Verwendung von Hypnose und hypnotischen Suggestionen.

Suggestionen dürften bei vielen magischen Heilritualen und bei der Versenkung von Priestern und Schamanen in kataleptische Zustände eine große Rolle gespielt haben. Ab dem 15. Jahrhundert war die Kirche darum bemüht, die Bedeutung der Verwendung von Suggestionen zurück zu drängen, nachdem sie diese vorher durchaus mit verbreitet hatte. Die Hypnose als Thema wissenschaftlicher Forschung wurde erst durch Mesmer im 18. Jahrhundert aktuell. Bei Stadler (1980), Egli (1984) und im Überblick bei Lenggenthaler (1984) findet sich eine ausführliche Darstellung der historischen Genese.

In der psychosozialen Beratung können Suggestionen z.B. innerhalb einer Entspannungssequenz eingesetzt werden, oder auch während der Beratung an geeigneter Stelle eingeflochten werden. Dabei sollte zuvor der Berater die Ziele des Klienten bereits heraus gearbeitet haben. Im Hinblick auf diese Ziele können dann entsprechende Suggestionen in die gemeinsame Arbeit mit einfließen.

6.2.6. Metaphern, Symbole und Rituale

Metaphern sind sprachliche und nicht sprachliche Formen, die darauf angelegt sind, bildhafte und nicht digitalisierbare Elemente in eine Botschaft zu integrieren. Sie sind Grundbestand von Märchen und Geschichten, „...in denen die handelnden Personen für einen psychologischen Sachverhalt stehen, in dem die Aussagen und Handlungen der dort auftauchenden Figuren die jeweiligen Konflikte und Bewährungen der Protagonisten wieder spiegeln“ (Mrochen, Holtz 2005, S. 43).

Hüther (2006) weist auf die Wichtigkeit von Märchen und Metaphern bei der Generierung eigener innerer Leitbilder und Orientierungen hin, die dann zur emotionalen Sicherheit des Individuums beitragen.

Über Metaphern ist es möglich, durch Sprache etwas bildhaft zu vermitteln, was ansonsten einer ausführlichen Schilderung bedürfte. Rogers (1982, S. 38) vergleicht sie sogar mit dem Trojanischen Pferd. Metaphern haben den Vorzug, dass sie vieldeutige Interpretationen zulassen, so dass sie dem Gegenüber die Möglichkeit bieten, die auf ihn selbst zutreffende Interpretation auszusuchen. Darüber hinaus liegt ihre besondere Kraft darin, dass sie jede direkte Konfrontation mit konfliktträchtigen Punkten meidet. Vom oberflächlichen Inhalt einer Geschichte umhüllt, umschiffen die Botschaften die kritischen Einwände des Bewusstseins und wenden sich direkt an das Unbewusste.

Nach Mrochen, Holtz (2005, S. 43) werden Geschichten und bildhafte Vergleiche mit dem Ziel eingesetzt innere Suchprozesse auszulösen, die, wenn es gelingt sie in die bisherigen Lösungsmuster der Klienten zu integrieren, zu therapeutisch relevanten Veränderungen führen sollen. Des Weiteren umfasst die Metaphernarbeit auch nonverbale Elemente: z.B. metaphorische Objekte, Symbole und Rituale.

Metaphern sprechen eine Vielzahl von Bewusstseins- und Erfahrungsbereichen an durch die Verknüpfung multipler Kommunikationsebenen. Auf diese Weise kommuniziert der Therapeut mit dem Patienten auf mehreren Ebenen gleichzeitig (E.L. Rossi (Hrsg.): 1996, S. 76-104).

In der Therapie- und Beratungspraxis können metaphorische Sprachformen als therapeutische Intervention eingesetzt werden; z.B. in der von Erickson geprägten Hypnotherapie (Rosen 2000, Kossak 1989), beim Neurolinguistischen Programmieren (Grinder, Bandler 1981, Gordon 1986) und der tiefenpsychologischen Interpretation und Verwendung von Geschichten (Jellouschek 1986). Jede verbale oder nonverbale Äußerung des Therapeuten/Beraters, die über den rein digitalen Aspekt von Sprache hinausgeht, zählt somit als therapeutische Metapher.

Für den psychosozialen Beratungsalltag könnte die Metaphernarbeit z.B. folgende Vorteile bieten:

- der Rapport zum Klienten wird leichter hergestellt und vertieft.
- sie schafft Distanz zum eigenen Problem. Metaphorisch fällt es leichter über ein problematisches Geschehen zu kommunizieren, als über das Problem direkt zu reden.
- Entspannungssequenzen können wirkungsvoll eingeleitet, untermalt und vorangetrieben werden.
- die Aufmerksamkeit des Klienten kann effektiver gelenkt und fokussiert werden, um unbewusste Ressourcen nutzbar zu machen.
- die Motivation des Klienten für die Beratung/Behandlung wird gestärkt durch die autonome Suche nach Lösungsmöglichkeiten.
- Probleme können in einen neuen Kontext gestellt werden.

Von alters her erzählen sich Menschen Mythen, Märchen, Geschichten und Metaphern. Über solches Erzählen wird kulturelles Wissen weitergegeben, werden Zeit- und Geschichtsdeutungen vorgenommen und nationale sowie individuelle Identitäten gestärkt. Daher eignen sie sich besonders gut eingebettete Saatgedanken und Botschaften heilenden Verstehens zu transportieren.

6.2.7. Ideomotorische Zeichen und Signale

Die ursprüngliche Technik der ideomotorischen Signale wurde von Milton H. Erickson, Lesley Le Cron und David Cheek entwickelt. Unter ideomotorischen Bewegungen sind unwillkürliche Bewegungen zu verstehen, die von alleine, unbewusst, spontan erfolgen und Trance durch das Fokussieren der Aufmerksamkeit induzieren. „Diese Techniken sind besonders wertvoll bei Patienten, die Hypnose wollen, die davon profitieren könnten, die jedoch jedem formellen oder offenen Versuch der Tranceinduktion widerstehen und bei denen es notwendig ist, ihre hinderlichen Widerstände zu umgehen“ (Erickson 1961, zit. in Rossi 1996 Bd. II, S. 139). Dazu zählen unter anderem Zustimmung oder Verneinung durch Kopfnicken oder –schütteln, autonome Bewegungen der Augen und Augenlider oder anderer Körperteile. Für den therapeutisch/beraterischen Gebrauch sind besonders zwei Arten der Ideomotorik relevant:

- die kataleptische Handlevitation (HL)
- die Fingerzeichen (FZ)

Als Handlevitation wird das in der Trance unwillkürliche Leichterwerden, Anheben und kataleptische Stehenbleiben einer Hand in der Luft bezeichnet. Dies geschieht mit typischen, ruckartigen Bewegungen (Zahnradphänomen). Ausgelöst durch Fremd- oder Eigensuggestion oder automatisch, wenn diese Bewegung in einer vorherigen Sitzung gebahnt wurde. „Was man bei der Verwendung ideomotorischer Techniken besonders berücksichtigen muss, ist nicht ihre Detailliertheit oder Neuheit, sondern ganz einfach die Initiierung motorischer Aktivität entweder wirklich oder halluziniert, als Mittel der Fixierung und Fokussierung der Aufmerksamkeit des Individuums auf das innere Erfahrungslernen und die inneren Fähigkeiten“ (Erickson, zit. in Rossi 1996 Bd. II, S. 139). Dabei wirkt die HL sowohl hypnoseinduzierend, als auch, durch die dissoziierte Wahrnehmung der Hand und der damit verbundenen Veränderung des Körperschemas, hypnosevertiefend. „Vom Patienten wird – vor allem die spontane – Handlevitation als verblüffend und lehrreich empfunden. Die

Erfahrung, dass sich etwas von alleine, ohne unser willentliches Zutun und durch unsere bloße Vorstellungskraft ereignet, ist für die Therapie von großer Bedeutung“ (Kaiser Rekkas 2001, S. 101).

Fingerzeichen/Fingersignale bezeichnen kleine Bewegungen der Finger, bei denen jeder Finger eine bestimmte vorher kodierte Antwort repräsentiert. Mit dieser Methode erhält man auf nonverbaler, unbewusster Ebene ein typisiertes Antwortsystem. Das einfachste Schema besteht in einem „Ja“ oder „Nein“.

„Das ideomotorische Signalisieren verwirklicht das „Prinzip der Kooperation“ auf höchster Ebene, da der Fundus des Patienten im Zentrum der Aufmerksamkeit steht. Der Therapeut ist „nur“ Befrager, Filter, Medium. Seine Aufgabe besteht darin, geschickt gute Prozesse mit guten Fragen in Gang zu setzen“ (Kaiser Rekkas 2001, S. 105).

6.2.8. Zusammenfassung

Das vorangegangene Kapitel über Hypnose in der psychosozialen Beratungsarbeit beschreibt nur einige der leicht zu erlernenden Techniken aus der Hypnotherapie, die in beratenden Situationen von gutem Nutzen sein könnten. Die Vorteile der Arbeit in veränderten Bewusstseinszuständen mittels Hypnose sind vielfältig.

- Entspannung und Trancezustände umgehen die kognitive Zensur in einem Maße, dass ein besserer Rapport schneller zustande kommt.
- Therapeutische Dissoziationen können kontrolliert erzeugt und genutzt werden.
- Durch die freiere Beweglichkeit zwischen Bewusstsein und Unbewusstem wird das Selbstvertrauen des Klienten gefördert, da er sich über die Grenzen seiner bewussten Selbstwahrnehmung hinaus kennen lernt.
- Traumata können aufgefunden und bearbeitet werden.
- Der Trancezustand wirkt entspannend auf das vegetative Nervensystem und kann so zur Harmonisierung bis hin zur Heilung somatischer Beschwerden beitragen.

6.3. Energetische Psychotherapie

6.3.1. Begriffsbestimmung

Zu den neuen Methoden und Techniken in der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen, die sich aus den neuen Erkenntnissen der Humanwissenschaften (Epigenetik, Hirnforschung, etc.) entwickelt haben, gehört auch, das zunächst etwas skurril anmutende Gebiet der energetischen Psychotherapie. Der amerikanische Psychologe Fred P. Gallo hat den Begriff Energetische Psychotherapie, bzw. Energetische Psychologie als Überbegriff für verschiedenste energetisch wirksame Therapietechniken zusammen geführt.

Die Energetische Psychologie (EP) ist keine zur Zeit bereits wissenschaftlich abgesicherte, evidenzbasierte und etablierte Psychotherapiemethode, sondern steht mit ihren energetisch-psychotherapeutischen Techniken dort, wo die Traumatechnik EMDR („Eye Movement Desensitization and Reprocessing“) Mitte der neunziger Jahre stand (vgl. Bohne et al, 2006 S. 24-27).

Bei der EP handelt es sich allem Anschein nach um einen viel versprechenden Ansatz, der sich klinisch schon vielfach bestätigt hat, und im psychotherapeutischen und im beraterischen Feld auf großes Interesse stößt. In seinem Buch „Energetische Psychologie“(2000) sieht F .P. Gallo die Traditionelle Chinesische Medizin(TCM), die Akupunktur und die Applied Kinesiology (George Goodheart) als die historischen Wurzeln der EP. Zu den geistigen Vätern der EP zählen unter anderem John Diamond (2001a, 2001b), Roger Callahan, Gerry Craig u.a.. Inspiriert wurden sie von...“ den kognitiv-behavioralen Methoden, der Psychoanalyse, der Hypnotherapie nach Milton Erickson, dem NLP, den bioenergetischen Ansätzen und dem EMDR“ (Bohne u. a. 2006, S. 25). Von den möglichen Einsatzgebieten her zählt sie zu den lösungsorientierten Kurzzeittherapieverfahren.

6.3.2. Zugrunde liegende Hypothesen

Die EP ist in ihrer Vorgehensweise ein sehr unkonventionelles und durch die Verwendung des Energiebegriffes, ein gewöhnungsbedürftiges Verfahren.

„Grundannahme der Energetischen Psychologie ist, dass sich psychische Probleme in Energieunterbrechungen und Blockaden der Energieleitbahnen im Körper manifestieren, die wiederum mit schwächenden Gedankenfeldern interagieren“ (Bohne u. a. 2006, S. 201). Basierend auf dieser Vorstellung folgert Gallo: “Die psychische Störung, das psychische Problem wird durch die Stimulierung von Energieleitbahnen (Meridianen) bearbeitet; dadurch wird die Veränderung der psychischen Verfassung, die Reduktion von Symptomen bewirkt“ (ebenda, S. 201).

Diese Energiemeridiane verlaufen nach der Lehre der TCM durch den gesamten Körper. Über Akupunkturpunkte lässt sich ihr energetischer Zustand beeinflussen. Z.B. durch intensives Klopfen auf diese Punkte lösen sich im Körper Energieblockaden auf, die aus Sicht der EP für die Verfestigung negativer und problemstabilisierender Glaubens- und Wahrnehmungsmuster verantwortlich sind.

6.3.3. Behandlungsablauf

Die grundlegende Technik besteht darin, das zu behandelnde belastende Thema, z.B. Angstzustände oder traumatische Erfahrungen einzugrenzen und im Erleben des Klienten (neuronal) zu aktivieren. Durch das Beklopfen ausgewählter Akupunkturpunkte (Klopfakupressur) sollen diese Zustände und Emotionen minimiert bzw. aufgelöst werden, während gedanklich die Problemsituation fokussiert wird. Die Klopfakupressur kann durch Affirmationen unterstützt werden. Diese Affirmationen können vorher festgelegt und den gefühlsmäßigen Zuständen der zu bearbeitenden Meridiane zugeordnet sein, oder durch spontan formulierte heilsame Grundannahmen des Patienten entwickelt werden.

Die Erfahrung mit Menschen in Stresssituationen hat gezeigt, dass diese dazu neigen, in solchen Zuständen bestimmte Körperteile zu berühren, zu beklopfen oder zu reiben. Church (2008, S. 191) nennt hierzu das Reiben einer oder beider Schläfen, die Hand in die Herzgegend legen, Hände ringen, die Hand über den Mund legen und dabei mit den Fingern

oberhalb und unterhalb der Lippen die Haut berühren, den Kopf auf die Hand stützen und dabei das Nasenbein halten.

Wenn solche bestimmten Körperstellen geklopft oder gerieben werden, kann Stress abgebaut werden. Werden diese Stellen alle nacheinander gerieben, verstärkt sich die stresshindernde Wirkung noch.

Unter Anleitung des Therapeuten klopfen die Klienten während der eigentlichen Behandlungssequenz bestimmte Akupunkturpunkte auf den Energiemeridianen und aktivieren dabei verschiedene Sinneskanäle. Dazu machen sie Augenbewegungen, zählen, summen, sprechen Affirmationen, um dann wieder die Akupunkturpunkte zu klopfen. Die meisten Behandlungspunkte sind für die Klienten leicht zugänglich, sie liegen im Gesicht, auf dem Oberkörper und auf den Händen. Mit der subjektiven Belastungsskala (SUD) wird die aktuelle subjektive Belastung zwischen den einzelnen Behandlungssequenzen abgefragt. In einer Skala von eins bis zehn kann der Klient seinen jeweiligen emotionalen Zustand einordnen. (SUD = Subjective Units of Distress)

Die multiple neuronale Stimulation, die während der Behandlung stattfindet führt dazu, dass sich das zuvor als belastend erfahrene Gedanken- und Gefühlsfeld in seiner emotionalen Qualität verändert.

6.3.4. Wirkhypothesen und mögliche Wirkfaktoren

Auf einige „altbekannte“ und eher allgemeine Wirkhypothesen weist Bohne (2006, S. 40) hin. Er beschreibt wie Klienten durch das freiwillige Aufrufen stressauslösender Vorstellungen das Symptom gestalten und von der Passivität in die Aktivität wechseln. Durch das zusätzliche Sich-selbst-Beklopfen wird die Selbstwirksamkeitswahrnehmung gefördert. Das Klopfen selbst stellt eine Störung oder Unterbrechung eines bekannten Musters dar. Die Annahme, dass EP durch die Anregung des körperlichen Energieleitsystems wirkt, führt zu der Vorstellung einer veränderten neuronalen Verarbeitung. Auf der körperlichen Ebene soll das zuvor belastende Thema entspannter erlebt werden.

Neuere amerikanische Forschungen, wie sie einige Institutionen wie das Energy Medicine Institute dokumentieren und veröffentlichen, halten folgende Wirkweise für wahrscheinlich. Durch das Klopfen wird eine piezoelektrische Ladung erzeugt, die sich durch das Bindegewebe fortpflanzt. Gekoppelt mit der bewussten Erinnerung an ein traumatisches Erlebnis und die damit verbundene Körpererinnerung, werden dann so genannte IEGs (unmittelbar frühe Gene) aktiviert, die bei der Heilung mitwirken...“dass an der betreffenden Stelle intensive Körpergefühl fließt ab und nimmt die an das Trauma gekoppelten intensiven Emotionen mit sich fort“ (Church 2008, S. 210).

Bohne vermutet die „neuronale Eintrittspforte“ beim Beklopfen der Meridianpunkte um Affektreduktion hervorzurufen direkt im limbischen System (vgl. Bohne et al 2006, S. 40). Damit einher kommt es oft zu einer positiven Veränderung der damit verbundenen Kognitionen. Daraus folgt eine wesentlich realistischere Selbsteinschätzung und Einschätzung der aktuellen Situation.

Um mögliche Wirkfaktoren genauer beschreiben zu können ordnet Wilhelm-Gößling (vgl. 2006, S. 67-82) diese zur besseren Orientierung zunächst einzelnen Bereichen zu.

Sie nennt hier vier Bereiche:

1. Energetische Wirkprinzipien im Sinne der Lehre des TCM zur feinstofflichen Lebensenergie
2. Wirkungen im neurobiologischen Bereich unter bewusster Zuhilfenahme der neuronalen Plastizität
3. Wirkungen im biochemischen Milieu, durch die Erhöhung der Konzentration von Neuromodulatoren und Neurotransmittern
4. Wirkungen, die durch die Einwirkung auf das Vegetativum entspannend sind

Mit dieser Systematik könnte der Wirkverlauf der EP etwa folgendermaßen aussehen: verschiedene sensorische Stimuli finden Verwendung um adaptive Netzwerke zu aktivieren. Die Fähigkeit des Gehirns zur Generierung struktureller Veränderungen durch Aktivität (Neuroplastizität) wird dabei genutzt, während gleichzeitig der Fokus auf belastende Emotionen und traumatische Erlebnisse liegt. Durch diese zusätzlichen Informationen aus assoziativen Netzwerken wird Umlernen und Neulernen erleichtert. Mit diesen Veränderungen geht eine vermehrte Ausschüttung verschiedener Neurotransmitter im Gehirn einher (vgl. auch Hüther, Kapitel 4). Aus diesem Prozess hervorgehende Rückkopplungen auf

das vegetative Nervensystem wirken höchstwahrscheinlich Stress reduzierend und entspannend.

6.3.5. Wissenschaftliche Forschungen zur EP

Unter der Internetadresse www.energypsych.org/articles_desc.htm findet sich eine ausführliche Dokumentation über die bis heute größte Studie zur Behandlung von ca. 31400 Patienten mit EP über einen Zeitraum von 14 Jahren (vgl. Feinstein 2006, S. 58). Der Supervisor Dr. Andrade, der in China TCM studiert und anschließend dreißig Jahre lang in seiner Praxis angewandt hat, wendete die Methoden der EP in elf Kliniken in Argentinien und Uruguay an. Finanzielle Förderung für diese Forschungen gab es nicht, trotzdem entschieden Andrade und seine Mitarbeiter sich, die Ergebnisse dieser neuen Behandlungsmethoden zu beobachten und mit denen der gängigen Therapien zu vergleichen. An der Behandlung der Patienten nicht beteiligte Interviewer führten kurze Patientenbefragungen durch, am Ende der Therapie nach einem, drei, sechs und zwölf Monaten. Die gesammelten Daten konnten bestätigen, dass die energetischen Interventionen bei einer großen Anzahl von Störungen effektiver waren als herkömmliche Therapien. Diese südamerikanische Studie und die verschiedenen Teilstudien scheinen im Gesamtergebnis den Ansatz der EP im Wesentlichen zu unterstützen. Feinstein (2006, S. 62) weist darauf hin, dass die Studie zunächst als interne Beurteilung dieser neuen Methode geplant war und nicht veröffentlicht werden sollte, so dass nicht alle Variablen einer soliden Forschungsarbeit berücksichtigt wurden. Nicht alle Kriterien wurden mit strenger Präzision definiert.

Unter der Internetadresse www.EnergyPsychologyResearch.com findet man den Beitrag „Energy Psychology Method Theory, Evidence“ von Dr. David Feinstein. Hierin beschreibt er die Untersuchung der Gehirncans von Testpersonen mit einer generalisierten Angststörung. Vor der Behandlung wurden die Gehirnströme der Versuchspersonen mit digitalen EEG-Geräten aufgezeichnet. Nach zwölf Energiebehandlungen wurde ein weiteres EEG durchgeführt. Die Ergebnisse der mit EP behandelten Gruppe wurden den Ergebnissen einer Kontrollgruppe gegenüber gestellt, die mit Gesprächstherapie und kognitiver Verhaltenstherapie behandelt worden war. Eine weitere Patientengruppe bekam Medikamente. Interviews wurden direkt nach der Behandlung sowie drei, sechs und zwölf Monate später gemacht, um die Dauerhaftigkeit der Therapien zu ermitteln.

Die EEG-Aufzeichnung (Feinstein 2006, S. 54, Abb. 1) zeigt, dass die meisten Gehirnareale vor Behandlungsbeginn eine starke bis sehr starke Dysfunktion aufweisen, die im Verlauf von zwölf Energiebehandlungen wieder normal oder fast normal funktionieren. Dass die Stimulation spezifischer Akupunkturpunkte elektrochemische Impulse erzeugt, die zu den unterschiedlichen Gehirnzentren geleitet werden, die Angst- und Stressreaktionen steuern, konnte bereits nachgewiesen werden (Hui et al 2000, 13-25).

Ähnliche Ergebnisse erzielten die Patienten mit kognitiver Verhaltenstherapie, jedoch bei einer höheren Anzahl von Sitzungen, außerdem zeigten sich die Ergebnisse im einjährigen Follow-Up als nicht so dauerhaft.

Bei der Kontrollgruppe die Medikamente bekam, zeigte sich das Verhältnis der verschiedenen Gehirnströme unverändert, daraus ging hervor, dass zwar eine Unterdrückung der Symptome durch die Medikamente erfolgte, das darunter liegende Ungleichgewicht der Gehirnströme jedoch unbeeinflusst blieb. Patienten klagten zudem über unangenehme Nebenwirkungen. Wurden die Medikamente abgesetzt, kehrten die Symptome meistens zurück. Durch die Antidepressiva werden die Symptome zwar maskiert, aber nicht beseitigt (vgl. Church 2008, S. 213).

Eine Sammlung zu Fallstudien der EP finden sich z.B. in dem Buch Energy Psychology in Psychotherapy von Fred Gallo (2002) und auf verschiedenen Webseiten wie z.B. www.emofree.com.

Auf der Internetseite www.EnergyPsychologyInteractive.com befindet sich ein Beitrag von David Feinstein mit dem Titel „An overview of research in energy psychology“, der bei Vorliegen neuerer Forschungsergebnisse ständig aktualisiert wird.

Für die Forschungsarbeit hilfreich sind auch einige Institutionen so z.B. das Energy-Medicine-Institute, dort werden die wissenschaftlichen Ergebnisse in diesem Feld dokumentiert, gesammelt und beim Erscheinen neuer Aufsätze auf den neuesten Stand gebracht.

Neben der empirischen Methode kommt der systematischen Beobachtung der therapeutischen Praxis eine große Forschungsrelevanz zu. Daher ist es durchaus interessant, die verschiedenen Schulen und Methoden der EP und die Möglichkeit ihrer Integration in die Standardverfahren der Psychotherapie zu betrachten.

6.3.6. Die verschiedenen Techniken der EP und ihre Integrierbarkeit in andere Psychotherapieformen

Die erste Technik der Energy Psychology war die Thought Field Therapy (TFT) von Roger Callahan (2001a und b), die der an der Stanford University ausgebildete Ingenieur Gerry Craig in den neunziger Jahren zu der so genannten Emotional Freedom Technique (EFT) weiterentwickelte. TFT in Deutschland besser bekannt als Gedankenfeldtherapie, und EFT (etwa: die Technik zur emotionalen Befreiung), haben sich hier unter der allgemeinen Bezeichnung Klopfakupressur in das Feld der psychotherapeutischen Kurzzeitinterventionen eingeführt (Hartmann 2002).

„Die „Kariere“ von EP erinnert an EMDR, dass von seriösen wissenschaftlich orientierten Psychotherapeuten zunächst mit größter Skepsis betrachtet wurde und schließlich durch überzeugende empirisch-wissenschaftliche Belege und klinische Erfolge einen festen Ort im psychotherapeutischen Repertoire erhalten hat“ (Serge K.D. Sulz in Bohne u.a. 2006, S. 9).

EFT ist eine einfache Technik auch zur Selbsthilfe mit immer gleichem Vorgehen.

Mit der Affirmation: „Obwohl ich....(das Problem)... habe, liebe, achte und respektiere ich mich.“ Dabei reibt der Anwender einen bestimmten Akupunkturpunkt unterhalb des linken Schlüsselbeins. Danach werden weitere dreizehn Endpunkte von Akupressurmeridianen etwa fünf mal beklopft, während eine kurze Sequenz bestimmter Augenübungen auszuführen ist. Diese leicht zu erlernende Technik erfordert wenig Zeit und kann für eine Reihe von Problemen genutzt werden. Weitere relevante Entwicklungen auf dem Gebiet der EP sind die Tapas Acupressure Technique (TAT), WHEE und Psych-K.

TAT, nach seiner Begründerin Tapas Fleming benannt, ist eine ebenfalls leicht zu erlernende Technik. Dabei legt man die Fingerspitzen von Ringfinger und Daumen auf die inneren Augenwinkel zu beiden Seiten der Nasenwurzel, der Mittelfinger liegt leicht auf der Stirn, die Handfläche der anderen Hand wird auf die Schädelbasis am Hinterkopf gelegt. In dieser Stellung werden die schlimmsten Aspekte des zu bearbeitenden Problemes visualisiert. Nach einer gewissen Zeit (selten mehr als zwei Minuten) wird eine körperliche Veränderung spürbar, die Spannung fließt ab und der Körper entspannt sich. In der gleichen Haltung verbleibend, wird nun eine positive Affirmation verankert, die ebenfalls körperlich spürbar sein sollte, während sie „einsinkt“. (vgl. Church 2008, S. 205-210)

WHEE (Wholistic Hybrid derived from EMDR und EFT) ins Deutsche übersetzt etwa ganzheitliche Mischung aus EMDR und EFT, wurde von dem Psychiater Dr. Daniel Benor entwickelt. Diese Mischform der Meridiantherapie stützt sich auf die gleichen Grundlagen wie EFT und EMDR, nimmt jedoch weniger Zeit in Anspruch. Im Behandlungsablauf wird begonnen mit der aktuellen Belastungssituation nach der SUD-Skala. Danach folgt die Affirmation ähnlich der im EFT beschriebenen. Beklopft werden Punkte auf beiden Körperseiten, das besondere dabei ist, dass auch unauffällige Beklopfungen möglich sind, z.B. Innenseite der Zähne mit der Zunge, oder Großzehen des linken und rechten Fußes zum Boden. Hierdurch eignet sich WHEE auch in akuten Notsituationen.

Unter Fortsetzung der Beklopfung werden nun positive Affirmationen verankert. Zum Abschluss kann eine erneute Bewertung auf der SUD-Skala vorgenommen werden. (vgl. Church 2008, S. 199-203)

Psych-K ist eine weitere Methode der EP, die innerhalb von Minuten tiefsitzende einschränkende Überzeugungen zu verändern hilft. Der Therapeut Rob Williams entwickelte diese Technik, bei der er mittels Muskeltests (Kinesiologie) ermittelt, welche limitierenden Überzeugungen im Unbewussten der Betroffenen existieren und gegebenenfalls verändert werden müssten.

Um die Kongruenz bzw. Diskrepanz zwischen bewussten und unbewussten Glaubenssätzen via Kinesiologie zu überprüfen, benutzt Williams einen Arbeitsbogen mit den sechs Kategorien:

- Gesundheit und Körper,
- Wohlstand und Erfolg,
- Beziehungen,
- Selbstwert
- Persönliche Macht und Kraft
- Spiritualität

Testen die Muskeln der Teilnehmer auf bestimmte Aussagen schwach, dann wird an diesen mit den Psych-K-Techniken gearbeitet. Auf Rob Williams Webseite www.psych-k.com

finden sich mehr Informationen und Praxisbeispiele, die die Wirksamkeit dieser Methode darstellen. (vgl. Lipton 2006, S. 203-205, Church 2008, S. 203-205)

Die EP versteht sich nicht als eine eigenständige Psychotherapiemethode, sie ist eher ein ergänzendes erweiterndes Interventionsinstrumentarium. In der Praxis stellt sie eine hilfreiche Bereicherung in den Behandlungsfeldern von Psychotherapeuten, Ärzten, Sozialtherapeuten und Beratern verschiedenster Schulen dar. „Die energetische Psychologie lässt sich in praktisch alle üblichen Behandlungssettings integrieren und verbessert aller Erfahrung nach die Wirksamkeit und die Wirkgeschwindigkeit der anderen Methoden“ (Bohne et al, 2006, S. 45).

Die gute Integrierbarkeit der EP-Techniken zeigt sich auch in zahlreichen Parallelen der EP zu anderen Psychotherapiemethoden. Bohne (2006, S. 41-46) führt hier eine stichwortartige Auswahl dieser Parallelen an, von denen hier exemplarisch die Hypnotherapie und die Systemische Therapie dargestellt sein sollen:

Hypnotherapie

- Arbeit mit Fokussierungen
- In- and Out (Assoziation/Dissoziation-Perspektivwechsel)
- Selbstorganisierte visuell/kinästhetische Dissoziation
- Ideomotorische Signale
- Ideodynamische Themenveränderung
- Problemtrance-Exduktion

Systemische Therapie

- Musterunterbrechung
- Perspektivwechsel
- Aktivierung von Selbstorganisation

Die große Hoffnung des therapeutischen Arbeitsfeldes wäre eine gute Integration der EP in die Behandlung von Traumafolgestörungen (vgl. Beate Kallweit 2006, S. 197-212). Die Behandlung von komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen wird unabhängig von therapeutischen Schulen in die Phasen **Stabilisierung, Traumabearbeitung und Rehabilitation bzw. Reintegration** eingeteilt. Die für die Arbeit mit posttraumatischen Störungen typische Erfahrung ist, dass die traumatischen Erlebnisse die Verarbeitungskapazität des Betroffenen übersteigt und zugleich die psychische Widerstandskraft minimiert. Mit den Methoden der EP kann dieser Beeinträchtigung der psychischen Widerstandskraft entgegengewirkt werden. Vor dem Hintergrund des Kohärenz- und des Resilienzkonzeptes verbindet Kallweit die Hoffnung,...“die Energetische Psychotherapie als einen Baustein oder auch als ein Stockwerk im immer größer werdenden Gebäude der traumazentrierten Therapie zu integrieren.“ (Kallweit in Bohne u.a. 2006, S. 212)

Allgemein kann der gezielte Einsatz von EP in der Psychotherapie aber auch in der Beratung auf Einsicht zielende Interventionen ermöglichen, sowie neben der Reduktion belastender Affekte auch persönliche Ressourcen auffinden und stärken.

6.4. Die Neurozeption – die drei Regelkreise des autonomen Nervensystems

Die hier vorgestellte Theorie der Neurozeption basiert auf Seminarunterlagen von einem dreitägigen Seminar in Veggis in der Schweiz vom 21. bis 23. August 2005. Dies ist eher als Exkurs gedacht, um die Forschungen in Richtung von technischen Lösungen psychosozialer Störungen hier anhand der Polyvagalen Theorie exemplarisch darzustellen. Eine von mehreren Möglichkeiten durch technische Einwirkungen (bei Grawe als „Hirnschrittmacher“ bezeichnet) auf das neurologische System positive Verhaltensänderungen bei psychisch gestörten Personen herbeizuführen.

Fühlen wir uns sicher? Spüren wir eine Gefahr? Oder ist eine Bedrohung im Raum, sind wir vielleicht gar in einer lebensbedrohenden Situation? Wie funktioniert die Biologie der Selbstverteidigung? Dr. Stephen W. Porges ist Professor an der Universität Illinois in Chicago, wo er zusammen mit seiner Frau Prof. Dr. Sue Carter das Gehirn-Körper-Zentrum am Psychiatrischen Institut leitet. (vgl. auch Porges, St.W.,2010)

Zwei Menschen gehen aufeinander zu – was bestimmt in dieser alltäglichen Situation die Art ihrer Begegnung? Ist sie das Produkt kultureller Prägung, von Familienerfahrungen oder anderen Sozialisationsprozessen? Oder ist sie Ausdruck eines neurobiologischen Prozesses? Falls eine neurobiologische Basis vorhanden ist, gibt es dann spezifische Merkmale für das Verhalten der anderen Person? Werden von ihr Gefühle von Sicherheit, Liebe und Behaglichkeit oder von Gefahr ausgelöst? Warum ist es für gewisse Menschen einfach, eine herzliche Umarmung anzunehmen, während andere sich zurückziehen und bei demselben Vorgang erstarren? Wenn wir einer Person erstmals begegnen – warum lächeln uns einzelne Menschen an und kommen aktiv auf uns zu, während andere ihren Blick abwenden und sich zurückziehen? Kann die Biologie uns wirklich helfen, Auslöser und Mechanismen solcher Verhaltensweisen zu verstehen? Wird uns das Verständnis darüber, wie Verhaltensweisen neuronale Regelkreise auslösen, die soziales Verhalten möglich machen, beim Kreieren von gezielten Interventionen helfen – etwa um das Sozialverhalten von Personen mit psychiatrischen Erkrankungen zu verbessern?

Das Nervensystem bewertet über die Verarbeitung von Sinnesinformationen aus der Umwelt ständig die Risikosituation. Porges hat hier den Begriff der Neurozeption eingeführt, um die Unterscheidung zwischen drei neuronalen Regel- oder Schaltkreisen deutlich zu machen,

damit besser erkannt werden kann, ob Situationen oder Personen sicher, gefährlich oder lebensbedrohend wirken. Aufgrund des Erbes unserer Spezies findet Neurozeption in primitiven Teilen des Gehirns statt, ohne bewusstes Erkenntnis. Je nachdem, ob wir eine Person als sicher oder gefährlich wahrnehmen, löst das ein neurobiologisch gesteuertes, prosoziales oder ablehnendes Verhalten aus. Auch wenn wir uns der Gefahr kognitiv nicht bewusst sind, hat unser Körper auf der neurophysiologischen Ebene bereits eine Sequenz neuronaler Prozesse gestartet, die zu adaptiven Verteidigungsverhalten wie Kampf, Flucht oder Starre führen.

Häufig entdeckt unser Nervensystem Gefahr oder Lebensbedrohung, wenn wir uns in einer neuen Umgebung befinden oder eine fremde Person treffen. Kognitiv mögen wir die Situation als sicher einschätzen und uns sagen, dass es keinen Grund gibt, sich zu fürchten. Allerdings gibt es oft eine Spaltung zwischen kognitiver Einschätzung und körperlicher Reaktion. Menschen zittern, ihre Gesichter erröten, von Händen und Stirn strömt der Schweiß, sie werden bleich oder fallen gar plötzlich in Ohnmacht. Das bereits Bekannte gibt Sicherheit, Sicherheit fördert prosoziales Verhalten. Porges erklärt mit seinem Konzept der Neurozeption warum ein Baby bei einer vertrauten Betreuungsperson zufriedene Geräusche von sich gibt und bei der Annäherung eines Fremden brüllt. Oder warum ein Kleinkind eine sanfte elterliche Umarmung genießt, dieselbe Geste bei einem Fremden jedoch als Angriff erlebt. Wir können diesen Prozess sehen, wenn zwei Kinder miteinander spielen. Dieses angenehme Zusammensein geschieht einfach, wenn unsere Neurozeption Sicherheit wahrnimmt und physiologische Zustände fördert, die soziales Verhalten unterstützen. Prosoziales Verhalten kommt nicht vor, wenn unsere Neurozeption Umweltreize falsch interpretiert und physiologische Zustände auslöst, die defensive Strategien unterstützen. In lebensbedrohlichen Situationen reagieren Menschen wie andere Säugetiere mit primitiveren neurobiologischen Verteidigungssystemen. Um Beziehungen aufzubauen, müssen Menschen solche Verteidigungsreaktionen oft unterdrücken. Menschen haben anpassungsfähige neuronal gesteuerte Verhaltenssysteme, sowohl für prosoziales als auch für defensives Verhalten. Unter welchen Bedingungen kann sozialer Austausch stattfinden, während die Verteidigungsmechanismen außer Kraft gesetzt werden? Um wirkungsvoll von Defensive auf soziales Engagement umzuschalten, muss das Nervensystem zwei Dinge tun:

- a) Das Risiko bewerten
- b) Wenn die Umwelt als sicher wahrgenommen wird, die primitiven Schutzreaktionen von Kampf, Flucht und Starre untersagen.

Sinnesinformationen aus der Umwelt erlauben dem Nervensystem, ständig das bestehende Risiko wahrzunehmen. Im Laufe der Evolution haben sich neue neuronale Systeme entwickelt. Sie verwenden einige Gehirnstrukturen, die bei Verteidigungsmechanismen eine Rolle spielen, auch für die Unterstützung von sozialem Engagement. Soziale Aktivität kann wie auch Verteidigungsverhalten passend oder, abhängig vom gegenwärtigen Risikoniveau, der Situation nicht angepasst sein. Aus klinischer Sicht können psychopathologische Merkmale entweder die Unfähigkeit einer Person sein, Verteidigungssysteme in einer sicheren Umwelt zu hemmen, oder aber Verteidigungsmechanismen in einer unsicheren Umwelt zu aktivieren, oder beides. Nur in einer sicheren Umgebung ist es angemessen, gleichzeitig Abwehrmechanismen zu hemmen und vertrauenswürdige soziale Kontakte zu knüpfen. Wenn unser Nervensystem Sicherheit wahrnimmt, passt sich unser metabolisches Verlangen an. Stressreaktionen in Verbindung mit Kampf und Flucht werden durch das sympathische Nervensystem gesteuert. Die Pulsfrequenz nimmt zu, die Kortisolmenge erhöht sich. Ähnlich hält uns die Neurozeption der Sicherheit davon ab, physiologische Zustände zu entwickeln, die durch einen massiven Fall von Blutdruck und Puls, Ohnmacht oder das vorübergehende Anhalten der Atmung charakterisiert sind, Zustände, die „Starre“ und „Shut-down“ unterstützen.

Neue Technologien wie die funktionelle Kernspintomographie haben spezifische neuronale Strukturen identifiziert, die beim Ermitteln des Risikoniveaus beteiligt sind. Spezifische Areale des Gehirns entdecken und bewerten Merkmale wie Körper- und Gesichtsbewegungen und Vokalisierungen, die zu dem Eindruck von Sicherheit oder Vertrauenswürdigkeit beitragen. Forscher haben ein Gebiet im Kortex lokalisiert das aktiviert wird, wenn wir familiäre Gesichter sehen und ihre Stimmen hören. Dieser Prozess, familiäre und vertrauenswürdige Personen zu identifizieren und die Absichten anderer auf der Basis biologischer Bewegungen des Gesichtes und der Gliedmaßen zu bewerten, scheint im Temporallappen unseres Kortex lokalisiert zu sein. Wenn Neurozeption eine Person als sicher identifiziert, dann hemmt ein neuronaler Schaltkreis aktiv Gebiete des Gehirns, welche die Verteidigungsstrategien Kampf, Flucht und Erstarrung organisieren. Die Entdeckung geringer Veränderungen der biologischen Bewegungen kann eine Neurozeption von sicher nach gefährlich verlagern. In Anwesenheit einer Sicherheit ausstrahlenden Person stellt die aktive Hemmung von Gehirnarealen, welche die Schutzstrategien kontrollieren, eine Gelegenheit für spontanes Auftreten sozialen Verhaltens dar. So sorgt das Auftauchen eines Freundes oder

eines wohlgesinnten Menschen dafür, dass die neuronalen Schaltkreise im Gehirn unterdrückt werden, welche die Schutzstrategien regulieren und als Folge davon werden Nähe, körperlicher Kontakt und andere soziale Verhaltensweisen möglich. Erscheinen Situationen hingegen als riskant, werden die Gehirnschaltkreise, welche die Verteidigungsstrategien regulieren, aktiviert. Soziale Annäherungen werden mittels aggressiven Verhaltens oder Rückzug beantwortet. Von den drei Hauptverteidigungsstrategien des Nervensystems sind uns Kampf- und Fluchtverhalten bestens vertraut, von der Verteidigungsstrategie der Immobilisierung oder des Erstarrens wissen wir hingegen weniger. Diese Strategie, die wir mit frühen Wirbeltieren teilen, wird bei Säugetieren oft als „sich-tot-stellen“ umschrieben, oder auch als Totstellreflex bezeichnet (vgl. auch Peter A. Levin / Ann Frederick 1997/98). Beim Menschen beobachten wir einen Stillstand, der häufig von einem schwachen Muskeltonus begleitet ist. Physiologisch verlangsamen sich Puls und Atmung, der Blutdruck fällt ab. Immobilität ist eine der ältesten Schutzmechanismen unserer Spezies. Das Unterdrücken von Bewegung verlangsamt den Metabolismus und hebt unsere Schmerzschwelle. Aber zusätzlich zum defensiven Erstarren, immobilisieren sich Säugetiere für notwendige prosoziale Aktivitäten, einschließlich der Konzeption, Geburt, der Umsorgung von Neugeborenen und des Aufbaus von sozialen Bindungen. Wenn z.B. ein Säugling gestillt wird, muss die Mutter ihre Bewegungen einschränken, auch das Fortpflanzungsverhalten beinhaltet einen Grad der Immobilität. In vielen Säugetieren löst Erstarrung, bedingt durch Zustände großer Furcht, tief greifende physiologische Veränderungen aus (dramatische Verlangsamung des Herzschlags, Ende des Atmens, Fallen des Blutdrucks), die tödlich sein können. Durch den Prozess der Evolution wurden neuronale Regelkreise im Gehirn, die ursprünglich am Erstarrungsverhalten beteiligt waren, modifiziert, um intimen sozialen Bedürfnissen zu dienen. Im Laufe der Zeit entwickelten diese Gehirnstrukturen spezialisierte Rezeptoren für ein unter dem Namen Oxytozin bekanntes Neuropeptid. Oxytozin wird während des Geburtsprozesses und beim Stillen freigesetzt. Es wird im Gehirn auch während solcher Aktivitäten ausgeschüttet, die soziale Bindungen bilden helfen. Wenn wir also unsere Umgebung als sicher wahrnehmen, erlaubt uns die Freisetzung von Oxytozin, eine tröstende Umarmung ohne Furcht zu genießen. Identifiziert unser Nervensystem jemanden als gefährlich, dann wird kein Oxytozin freigesetzt und wir wehren den Versuch einer anderen Person ab, uns zu umarmen. Um eine soziale Bindung zu entwickeln, ist es nicht ausreichend, Abwehrsysteme zu hemmen. Menschen müssen sich auch körperlich nahe sein. Das gilt für eine Mutter und ihren Säugling ebenso, wie für zwei Erwachsene, die eine soziale Bindung formen. Wenn die Entwicklung von sozialen Bindungen ausschließlich von willentlichen

körperlichen Bewegungen abhänge, um körperliche Distanz zwischen Individuen zu reduzieren, dann wären Säuglinge mit unausgereiften motorischen Systemen außerordentlich benachteiligt. Beim Menschen ist die neuronale Regulation der spinalen motorischen Bahnen zur Zeit der Geburt noch unausgereift und nimmt mehrere Jahre in Anspruch um sich voll zu entwickeln. Glücklicherweise hängt soziale Aktivität nicht davon ab, wie gut wir unsere Gliedmaßen steuern, und unseren Körper bewegen können. Willentliche Glieder- und Rumpfbewegungen erfordern neuronale Bahnen, die den Kortex mit den spinalen Nerven (d.h. kortikospinalen Pfaden) verbinden.

Soziales Engagement wird geprägt von der Fähigkeit, unsere Gesichts- und Kopfmuskeln über Pfade steuern zu können, die den Kortex mit dem Stammhirn (d.h. kortikobulbaren Pfaden) verbinden. Diese Muskeln formen unseren Gesichtsausdruck, sie erlauben uns mit dem Kopf Gesten zu machen, geben unserer Stimme den Ton, steuern unsere Blickrichtung, und erlauben uns, menschliche Stimmen von Hintergrundgeräuschen zu unterscheiden. Kortikospinale Bahnen zum Spinalnerv steuern die Muskeln, die Rumpf und Gliedmaßen kontrollieren; kortikobulbare Bahnen zu den Kranialnerven regulieren die Gesichts- und Kopfmuskeln. Die Kortikobulbaren und die Bahnen innerhalb der Kranialnerven (speziell visceral-efferente), welche die Muskeln von Gesicht und Kopf steuern, sind schon bei der Geburt ausreichend myelinisiert, um dem Säugling zu erlauben, einer Bezugsperson durch Vokalisieren oder Grimassieren Zeichen zu geben. Mittels Blickkontakt, Lächeln und Lutschen kann das Neugeborene mit den sozialen und nährenden Aspekten der Welt in Beziehung treten. Die neurale Steuerung der Gesichts- und Kopfmuskeln beeinflusst die Wahrnehmung des sozialen Verhaltens von anderen und kann soziale Distanz reduzieren, indem sie Menschen (einschließlich Säuglingen) erlaubt

- Augenkontakt herzustellen;
- mit einem ansprechenden Tonfall und Rhythmus zu vokalisieren;
- kontingente, zufällige Gesichtsausdrücke zu zeigen
- die Mittelohrmuskeln so abzustimmen, dass die menschliche Stimme von Hintergrundgeräuschen effektiver unterschieden wird.

Anderenfalls – wenn der Tonus dieser Muskeln reduziert ist – zeigt sich ein Phänomen, das spontan als Antwort auf eine Neurozeption der von Gefahr oder Lebensbedrohung in der

externen (z.B. eine gefährliche Situation oder Person) oder internen (z.B. Fieber, Schmerz, physische Krankheit) Umwelt vorkommt:

- das Herabhängen des Augenlids;
- die Stimme verliert an Tonfall;
- positive Gesichtsausdrücke nehmen ab;
- das Bewusstsein für den Klang der menschlichen Stimme wird weniger subtil;
- die Empfindlichkeit für soziales Engagement bei anderen nimmt ab.

Es ist wichtig, sich daran zu erinnern, dass die Neurozeption von Gefahr oder Lebensbedrohung in Bezug auf die externe oder die interne Umwelt vorkommen kann. Sogar gefühlsschwacher (nicht einmal böser, ärgerlicher) Gesichtsausdruck kann eine Neurozeption von Gefahr oder Furcht auslösen und die Entwicklung von spontanem interaktivem und gegenseitigem sozialen Engagement stören. So kann der ausdruckschwache Affekt eines deprimierten Elternteils oder eines kranken Kindes eine vergleichbare Spirale auslösen, die auf eine kompromittierte emotionale Regulierung und beschränkte spontane soziale Aktivität hinausläuft. Säugetiere, einschließlich Menschen, müssen Freund vom Feind unterscheiden, die Sicherheit ihrer Umwelt bewerten, und durch ihre sozialen Kompetenz kommunizieren können, um zu überleben. Gemäß der von Porges entwickelten *Polivagalen Theorie* (siehe Porges 1995, 1997, 1998, 2001) haben Säugetiere insbesondere Primaten, Gehirnstrukturen entwickelt, die sowohl soziales als auch defensives Verhalten regulieren. Mit anderen Worten: evolutionäre Kräfte haben menschliche Physiologie und Verhaltensformen geprägt. So, wie das Nervensystem der Wirbeltiere im Verlauf der Evolution komplexer wurde, vergrößerte sich ihr affektives- und ihr Verhaltensrepertoire. Produkt dieses phylogenetischen Prozesses ist ein Nervensystem, das Menschen mit der Fähigkeit ausstattet, Emotionen auszudrücken, zu kommunizieren und körperliche wie verhaltensbezogene Zustände zu regulieren.

Die Polivagale Theorie verbindet die Evolution der neuronalen Regulierung des Herzens mit der affektiven Erfahrung, emotionalem Ausdruck, Gesichtsmimik und Gestik, vokaler Kommunikation und sozialer Aktivität, als Antwort auf das Verhalten von anderen. Die Theorie weist darauf hin, dass die neuronale Kontrolle des Herzens neuroanatomisch mit der neuronalen Kontrolle der Muskeln von Gesicht und Kopf verbunden ist. Sie beschreibt drei

Stadien von Entwicklung im autonomen Nervensystem von Säugetieren, getrennte neuronale Schaltkreise unterstützen jede der drei hauptsächlich adaptiven Verhaltensstrategien:

1) Immobilisierung

- Totstellreflex, Verhaltensstarre
- Abhängig vom ältesten Zweig des Vagus-Nervs, ein unmyelinisierter Teil, der einem Areal des Stammhirns entstammt, welcher als dorsalmotorischer Nucleus des Vagus benannt ist und auch bei den meisten Wirbeltieren vorkommt

2) Mobilisierung

- Kampf- und Fluchtreaktion
- Abhängig von der Wirkung des Sympathischen Nervensystems, das mit vermehrter metabolischer Aktivität und der Erhöhung des Herzschlags (z.B. schneller Herzschlag, stärkere Herzkontraktionen) assoziiert ist.

3) Sozialkommunikation oder soziales Engagement

- Gesichtsausdruck, Stimmgebung, Zuhören
- Abhängig vom myelinisierten Vagus, der seinen Ursprung in einem Gebiet des Stammhirns hat, das als Nucleus Ambiguus bekannt ist. Der myelinisierte Vagus fördert Gelassenheit, indem er den Einfluss des Sympathischen Nervensystems auf das Herz hemmt.

Säuglinge, kleine Kinder und Erwachsene brauchen soziale Kontaktstrategien, um positive Bindungen und soziale Beziehungen zu formen. Porges Modell der Neurozeption, das auf der Polyvagalen Theorie begründet ist, vernetzt soziales Engagement mit Bindung und dem Entstehen von sozialen Kontakten durch folgende Schritte:

- Drei wohldefinierte Schalt- und Regelkreise unterstützen soziales Verhalten, Mobilisierung und Immobilisierung
- Unabhängig von bewussten Kognitionen bewertet das Nervensystem Risiken in der Umwelt und reguliert den Ausdruck adaptiven Verhaltens, um sich per Neurozeption einer Umwelt anzugleichen, die entweder sicher, gefährlich oder lebensbedrohend ist
- Es braucht eine Neurozeption von Sicherheit, bevor soziales Engagement stattfinden kann, begleitet von Vorteilen der mit sozialer Unterstützung verknüpften physiologischen Zustände

- Soziales Verhalten verbunden mit Kinderbetreuung, Reproduktion und dem Aufbau von starken Paarbindungen erfordert Immobilisierung ohne Furcht
- Oxytozin, ein an der Knüpfung sozialer Bindungen beteiligtes Neuropeptid, macht Immobilisierung ohne Furcht möglich – indem defensives Erstarrungsverhalten blockiert wird

An seinem Institut verwenden Porges und seine Mitarbeiter eine neu entwickelte biologisch begründete Verhaltensintervention, die auf den Grundsätzen der Polyvagalen Theorie basiert. Getestet wird dieser Ansatz bei Personen mit Autismus und sozialen Kommunikationsproblemen. Das Modell geht davon aus, dass bei vielen Menschen mit sozialen Kommunikationsproblemen, Autismus eingeschlossen, das soziale Aktivitätssystem neuroanatomisch und neurophysiologisch intakt ist und doch beteiligen sich diese Personen nicht an ungezwungenem prosozialem Verhalten. Um spontane soziale Kontakte zu verbessern, stimulierten sie über eine akustische Intervention die neuronalen Schaltkreise, welche die Muskeln von Gesicht und Kopf steuern. Die Polyvagale Theorie sagt, dass sich bei einer kortikalen Regulierung der am sozialen Engagement beteiligten Stammhirn-Strukturen soziales Verhalten und Kommunikation von selbst ergeben – als natürlich zum Vorschein kommende Eigenschaften dieses biologischen Systems. Die Intervention stimuliert und trainiert akustische neuronale Bahnen, die am Zuhören beteiligt sind und regt gleichzeitig die Funktion anderer Aspekte sozialer Aktivität an. Die Töne sind durch einen Computer verändert worden, um die neuronale Regulierung der Muskeln des Mittelohrs systematisch zu modulieren. Theoretisch gesehen müssen diese Muskeln während des Hörens gesteuert werden. Die Nerven, welche die Muskeln kontrollieren, sind neuroanatomisch mit Nerven verbunden, die andere Muskeln des Gesichtes und Kopfes steuern, welche bei sozialer Beteiligung aktiv sind. Die vorläufigen Ergebnisse sind vielversprechend und legen nahe, dass Interventionen gezielt entworfen werden sollten, um spontanes soziales Verhalten zu fördern:

- 1) Diese sollten sicherstellen, dass der Kontext bei Teilnehmern zu einer Neurozeption von Sicherheit führt, womit das soziale Aktivitätssystem funktionieren kann.
- 2) Die neuronale Regulation des sozialen Engagements muss regelmäßig geübt werden. Wir können uns dann so verhalten, dass soziales Engagement und positive Bindung ermutigt werden. Die Konzentration auf biologisch begründetes Verhalten, das bei allen Menschen vorkommt, erlaubt die Entwicklung von neuen Interventionsparadigmen für Personen mit gestörtem sozialen Verhalten.

Soweit Stephen Porges und Sue Carter.

Ähnliche Ansätze finden wir schon bei Alfred A. Tomatis, der als Professor für Audio-Psycho-Phonologie- und Psycholinguistik in Paris als Wegbereiter der Musik- und Klangtherapie und der Pränatalen Psychologie gilt. Lange bevor der Mensch das Licht der Welt erblickt, beginnt er im Dunkel des Uterus seine seelische Entwicklung (vgl. Hüther/Krens 2005, Tomatis 1998)

Immer mehr Wissenschaftler kommen zu dem Ergebnis, dass in den ersten neun Monaten des Lebens die Fundamente für unsere Persönlichkeit gelegt werden – für unser Denken und Fühlen, unser Körperbewusstsein, unsere sprachliche und gestische Ausdrucksmöglichkeit, unser Vertrauen in uns und in das Leben. Tomatis entwickelte in seiner 30jährigen Forschungsarbeit eine Methode, die als Hörerziehung oder Hörtraining bekannt geworden ist. ..“Dies dank dem sogenannten „Elektronischen Ohr“, einem Aparat, dessen Anwendung die Grundlage dieser Methode bildet, und der es ermöglicht, die Hörweise eines Menschen entscheidend zu verändern: subjektiv deutlich erlebbar und mit Hilfe eines besonderen Hörtests objektiv messbar“ (Tomatis 1998, S. 9).

Nach Tomatis ist das Ohr das wichtigste „Organ der Menschwerdung“, das Hören unser am frühesten entfalteteter Sinn. Die Idee über Interventionen auf diesen Sinn einzuwirken und positive Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen herbei zu führen, erscheint durchaus von wissenschaftlichem Interesse zu sein.

7. Kritischer Vergleich mit nicht wissenschaftlichen Beeinflussungsmethoden am Beispiel des Peruanischen Schamanismus

Beide Welten

Mit einem Schlage

war mir klar,

dass es noch etwas gibt

was mich zutiefst betrifft,

mich anrührt und erschreckt,

mich rüttelt und mich weckt.

Und wer darin,

momentelang verweilt,

wird Heil gewinnen

und im Grunde geheilt.

So bist du, Mensch,

aus zweien Welten.

Die eine lässt du schon –

Lass auch die andre gelten.

(in Scharfetter/Rätsch, 1998, S. 259)

7.1. Einleitung - Warum ein Vergleich mit dem peruanischen Schamanismus?

Obwohl der Schamanismus keine eigenen kritischen Überprüfungsparameter beinhaltet, gibt es doch viele interessante Parallelen zu wissenschaftlichen Denkansätzen unseres Kulturkreises. Eine der Schwierigkeiten besteht darin, dass der Ansatz zur Erklärung von Wirkfaktoren in sich geschlossen und aus der Perspektive westlicher Wissenschaftler naiv ist und Glauben voraussetzt.

Den Menschen in der Industriegesellschaft ist es kaum nachvollziehbar, dass Riten und Glaubensvorstellungen sich bis in Details über Jahrtausende erhalten können, da sie im Gefühl ständiger progressiver soziokultureller Veränderung leben, was den Eindruck einer linear fortschreitenden Zeit erzeugt.

In den Jäger- und Agrargesellschaften vollzogen sich alle Prozesse des Individuallebens, der ökonomischen Produktion und der Gemeinschaft dagegen in einem zyklischen und immer wiederkehrenden Rhythmus, in dem Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft sich gleichsam wiederholen. Das zyklische Weltgeschehen findet Ursache und Analogie im Lauf der Sonne und des Mondes, in den Jahreszeiten und den sich gesetzmäßig vollziehenden Gestirnsbewegungen.

In Peru waren hochkulturelle Elemente und die Urwaldstämme eng benachbart und haben sich gegenseitig mannigfach beeinflusst.

Für einen kritischen wissenschaftlichen Vergleich der Wirkweise von Beeinflussungsmethoden des peruanischen Schamanismus mit den Arbeitsweisen der westlichen Medizin und Sozialtherapie, ist es wichtig, die Krankheitsbilder, Heilagenzien und Therapiemethoden der alten Peruaner nicht aus dem Blickwinkel der Schulmedizin zu beschreiben, sondern vielmehr das alt-peruanische Heilwissen aus dem Kulturzusammenhang heraus zu begreifen, um so Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, Diagnose- und Heilmethoden aus ihrer inneren Logik zu verstehen. Die Vorstellung vom Heilsein bezieht sich im alten Peru auf einen Gleichgewichtszustand zwischen dem Menschen, der natürlichen Umwelt, kosmischen Vorgängen, dem Willen der Natur- und Ahnengeister, der Dorfgruppe und dem Staatswesen als Ganzem. Wie bei den heutigen Volksheilern (Curanderos) war der Heilvorgang im alten Peru das Resultat einer synergistischen Wirkung aus materiellen Heilagenzien und ihrer symbolischen und spirituellen „Kraft“, aus dem psychologischen Verstehen des Patienten und den sensorischen Reizen und Symbolhandlungen während des rituellen „Settings“ selbst.

Die Ganzheitlichkeit, Verknüpfung und Vieldimensionalität der rituellen Seite peruanischer Heilweisen mit medizinisch-sozialtherapeutischen Interventionsmethoden und Arbeitsweisen zu vergleichen erfordert ein gewisses Maß an professioneller Offenheit und forscherscher Unvoreingenommenheit.

Betrachten wir die Entwicklung des analytisch-kognitiven Wissenschaftsbegriffs in den Industrieländern, so können wir, wenn auch zurzeit noch in Randgebieten, einen Trend zur Synergie, zur Verbindung und Vernetzung deutlich feststellen. Mit der Informationsvielfalt

durch die neuen Medien entsteht auch ein immer größer werdender Bedarf und Wunsch nach einem Gesamtüberblick, einer Verbindung all der vielen einzelnen Details, die jedes Wissensgebiet für sich erforscht hat. So entstanden Wissenschaftsbereiche wie die Psychoneuroimmunologie (PNI), die Epigenetik, die Nanotechnologie, die Soziale Therapie, um nur einige wenige zu nennen. Aus der Erkenntnis der gegenseitigen Beeinflussung und der Wechselwirkungen verschiedener Systeme untereinander entwickelte sich ein Forschungsinteresse. Neue daraus entstehende Denkrichtungen wie die Chaostheorie und – forschung, die Theorie und Hypothese von den morphogenetischen Feldern Rupert Sheldrakes, die neue Astrophysik mit Stephen Hawking und die damit einhergehende größere Akzeptanz quantenmechanischer und quantenphysikalischer Phänomene im Makrokosmos. Selbst streng naturwissenschaftliche Forscher wie Werner Heisenberg und Max Planck mussten feststellen, dass die individuellen Vorstellungen und Erwartungen des Beobachters die Beobachtung zu beeinflussen vermag. Was als Unschärferelation in der Atomphysik bekannt wurde, ist in der Sozialpsychologie als SFP (self fulfilling prophecy), sich selbst erfüllende Prophezeiung aufgetaucht.

Die Annahme einer stabilen objektiven Wahrheit und Realität außerhalb des subjektiven Wahrnehmens und Erlebens, geriet dadurch, zur Freude der Konstruktivisten, wieder in die Diskussion.

Unabhängig von einer letztendlichen Beantwortung dieser Fragen (sofern es eine solche überhaupt gibt), sind diese Phänomene für die Geisteswissenschaften nutzbar gemacht worden. Wenn das subjektive Erleben eines Individuums zu einer bestimmten Erwartungshaltung führt, zum Beispiel durch Assoziation mit in der Vergangenheit gemachten traumatischen Erfahrungen, das Gehirn ein stark selektives Bild des aktuell Erlebten erschafft, einen bestimmten Bewusstseinszustand entstehen lässt (gleichsam chronifiziert), so müsste es auch möglich sein durch positive, ressourcenorientierte innere Bilder einen neuen, veränderten Zustand (altered state) entstehen zu lassen.

In der medizinisch-psychotherapeutischen Hypnose z.B. verwenden wir sehr häufig mythisch-magische Vorstellungen, um eine bestimmte Befindlichkeit entstehen und eine weniger förderliche verblässen zu lassen.

Der Schamane verlegt mit seinen Ritualen und Praktiken einen Teil dieses magisch-mystischen Erlebens in die scheinbar objektive Außenwelt, projiziert gewissermaßen das innere individuelle „Drama“ in die äußere Realität, und bekämpft und besiegt dort, vor den Augen des „Patienten“, die bösen Geister oder schwarzmagischen Energien, die das Unheil in das Leben des Betroffenen gebracht haben. (vgl. Andritzky, Bd. 1, 1988, S. 8 ff.)

Da das vornehmliche Interesse dieser Arbeit darin besteht, die Verwendung veränderter Bewusstseinszustände in der psycho- und sozialtherapeutischen Arbeit zu untersuchen, ist es nahe liegend, die gemeinsamen Wirkfaktoren in so unterschiedlichen Bereichen wie dem Schamanismus und der medizinisch-soziotherapeutischen Arbeit zu erforschen.

7.2. Definition und Ursprung

7.2.1. Schamanismus

Der Versuch, eine Antwort auf die Frage „was ist Schamanismus?“ zu finden, ist von Religionswissenschaftlern, Ethnologen, Ethnomedizinern, Soziologen und Psychologen unternommen worden, ohne dass sich eine allgemeingültige Definition daraus entwickelt hätte:

„Entsprechend seiner eigenen Weltanschauung und seiner theoretischen Eingebundenheit scheint jeder nur das im Schamanen wieder zu finden, auf das er seine konzeptionelle Optik eingestellt hat.“

(Schenk und Rätsch 1999, S. 7)

Die Meinungsvielfalt entsteht durch die Vielschichtigkeit des Schamanismus, die je nach Sichtweise, einen bestimmten Aspekt des Schamanentums hervorhebt. Eine wissenschaftliche Untersuchung des Schamanismus wird zudem durch den Umstand erschwert, dass der Forscher mit ungewöhnlichen, oft rational nicht zu erklärenden Denk- und Handlungsweisen, in Kontakt kommt.

Das kulturell Fremde des Schamanismus wurde in den ersten Beschreibungen von Missionaren, Seefahrern, Eroberern und Forschern oft missverstanden und diffamiert.

Schamanen galten als Gaukler, Taschenspieler, Psychopathen und Betrüger. (vgl. Lommel 1980, S. 11)

Die monotheistische Glaubensdoktrin der christlichen Missionare verurteilte die Interaktion mit Geistern als Teufelsanbetung und Satanskult. (vgl. Schenk und Rätsch, 1999, S. 13)

Während die frühen Forscher den Kontakt mit Geistern in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen des Schamanismus stellten, entwickelten sich durch evolutionistische und spätere kulturanthropologische Betrachtungsweisen neue Forschungsschwerpunkte, die dem

veränderten Bewusstseinszustand des Schamanen während des Geisterkontaktes besondere Aufmerksamkeit schenken. (vgl. Walsh, 1998, S. 20)

In den sechziger und siebziger Jahren wurde die Untersuchung des veränderten Bewusstseinszustandes häufig durch den Konsum halluzinogener Drogen „simuliert“. Viele Untersuchungen und Veröffentlichungen analysierten die psychologischen und metaphysischen Elemente dieser „Reisen“. Die bekannteste und sehr kontrovers diskutierte Studie dieser Epoche sind die Bücher von Carlos Castaneda. (vgl . Townsend, 1997, S. 430) Trotz aller Kontroverse kommt man nicht umhin, Castaneda zu zugestehen, neue Blickpunkte in der Betrachtung von Wahrnehmung und Realität aufgezeigt zu haben.

Die gescheiterten Versuche der verschiedenen Ethnologen, eine allgemein gültige Definition für den Schamanismus zu erstellen, ließ das Interesse zeitweilig verebben. In den achtziger Jahren zeigte sich in vielen Veröffentlichungen, dass Schamanismus nicht mehr nur Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen sein musste, viele wissenschaftliche Untersuchungen betonten einerseits die psychologischen Komponenten des Schamanismus und interessierten sich andererseits für die Suche nach alternativen Formen von Spiritualität. Obwohl die Reduzierung des Schamanen auf einen „Heiler“ dem Phänomen des Schamanismus nicht gerecht wird, genügt ein Blick ins Internet oder in eine Liste zu den neuen Buchveröffentlichungen zu dem Thema, um zu erkennen, dass gerade diesem Aspekt des Schamanismus, das neu erwachte Interesse zu verdanken ist:

„Die ganze westliche Medizin, die auf einer methodischen Trennung nicht nur von ihren priesterlich-kultischen Anfängen, sondern auch von den jahrtausend alten weisheitlichen Erfahrungen der Heilkundigen beruht – diese westliche Medizin ist in die bedeutendste Krise ihrer Geschichte geraten. Immer mehr Menschen betrachten das System ihrer überzüchteten Apparate und ihrer hochdifferenzierten Chemie mit Misstrauen, seit es sich herumspricht, dass man innerhalb seiner Schranken in vielen Fällen nicht nur nicht gesund, sondern sogar noch kränker werden kann. Die einstige Ignoranz gegenüber den „primitiven Heilern“ ist einer hochachtungsvollen Neugier gewichen. Im Fall der Schamanen bezieht sich diese Neugier auf die typische Mischung, die schamanistisches Heilen auszeichnet: Heilen aufgrund von Naturkenntnis – und Heilen aufgrund spiritueller Kraft“ (Hoppál 1994, S. 7-8).

Da eine allgemeingültige Definition des altandinen-peruanischen Schamanismus als Grundlage des Vergleichs nicht wirklich möglich ist, soll jetzt eine Übersicht über die wichtigsten Kriterien verschiedener Forscher zum Thema Schamanismus gegeben werden.

Selbst in Peru differiert die Arbeitsweise der Schamanen in hohem Maße, aus diesem Grund beschränkt sich diese Übersicht nicht ausschließlich auf den Schamanismus in Peru.

7.2.2. Der Begriff „Schamane“

Der international gebräuchliche Begriff „Schamane“ ist tungusischen Ursprungs und soll über russische Quellen, meist Reiseberichte aus Sibirien und Zentralasien in den wissenschaftlichen Wortschatz gelangt sein. (vgl. Eliade 1997, S. 14) Das tungusische Wort *saman* (*xaman*) leitet sich aus dem Verb *scha-* „wissen“ ab. Diese etymologische Erklärung bedeutet, dass *schaman* einen „wissenden Menschen“ bezeichnet. (vgl. Hoppál 1994, S. 11) Einige Forscher, wie der schwedische Religionswissenschaftler Ivar Paulson, vermuten den Ursprung des Wortes im buddhistischen Indien und begründen diese These mit dem Pali-Wort *samana*, das „Bettelmönch“ bedeutet. (vgl. Stolz 1988, S. 12) Diese Hypothese verweist auf eine Theorie, die das Vordringen des buddhistischen Glaubens nach Zentralasien im Zusammenhang mit dem Schamanismus sieht. Aus der chinesischen Variante *sha-men* soll der Begriff *saman* in die tungusischen Sprachen gelangt sein.

Bei den sibirischen und zentralasiatischen Völkern erhielten sich die indigenen Bezeichnungen. Der Schamane wurde bei den altaischen Türken *kam*, den Jakuten *ojon*, den Burjaten *böö*, den Mittelasiaten *bakshi*, den Samojuden *tadibe*, den Lappen *noita*, den Finnen *tietöjö* und den Ungarn *taltós* genannt. (vgl. Hoppál 1994, S. 13)

7.2.3. Die Entstehung des Schamanismus

Die Thesen über das Alter und die Entstehung des Schamanismus gehen weit auseinander. Forscher, die den Ursprung des Schamanismus bereits im Jungpaläolithikum vermuten, stützen ihre Ansicht auf archäologische Funde und Höhlenzeichnungen. Der rumänische Religionswissenschaftler Mircea Eliade vermutet sogar eine bedeutend ältere Herkunft:

„Was wir an ethnologischen und prähistorischen Zeugnissen besitzen, reicht nicht über das Paläolithikum zurück, und nichts erlaubt uns zu glauben, die Menschheit habe in den Hunderttausend von Jahren vor der ältesten Steinzeit ein weniger intensives und reich abgewandeltes religiöses Leben geführt als später.“ (Eliade 1997, S. 20)

Die Bestimmung der Entstehungszeit von Felszeichnungen, wie sie in der Grotte von Trois Frères im französischen Teil der Pyrenäen, in Altamira in Spanien und der Grotte von Lascaux in der Dordogne gefunden wurden (vgl. Gagan 2000 S. 27), lassen darauf schließen,

„... dass sich in den Jägerkulturen des späten Paläolithikums durch soziale Funktion und Arbeitsteilung- und nicht zuletzt durch die Bekanntschaft von Pflanzen und Pilzen, die Halluzinationen auslösen- in Horden mit geringer Kopfstärke der Wirkungskreis eines intellektuellen Anführers entwickelte. In dieser frühen Zeit war der Animismus für die Jägerkulturen kennzeichnend.“ (Wiercinski 1989, zit. In Hoppál 1994, S. 13)

Da die Möglichkeit der Interpretation europäischer Felsmalerei des Jungpaläolithikum, besonders des Magdalenien (ca. 15 000 Jahre) aus schamanischen Motiven allgemein anerkannt ist, (vgl. Ozols, 1970/71; Kirchner, 1952; Narr, 1959), steht einem gleichen Verhältnis der amerikanischen und andinen Kulturäußerungen nichts im Wege.

Die Funde von Cardich (1958) in den Höhlen von Lauricocha im peruanischen Hochland zeigen erste deutliche Besiedlungszeichen einer vorbäuerlichen Phase. Ausgehend von Lommels These vom Schamanen als Künstler befinden sich in den Höhlen von Toquepala bei Tacna in Südperu die ältesten der Lauricocha-Epoche entsprechenden künstlerischen Äußerungen. Felsmalereien, die nur zwischen fünf und zehn Zenitmeter groß sind, weisen deutliche stilistische Ähnlichkeiten mit denen des eurasischen Raumes auf und ergaben mit der C-14-Methode (Radiocarbongehaltsbestimmung) ein Alter von 9580+ / - 160 Jahren. (vgl. Andritzky 1988,S. 37 ff)

Die in Lima im Museum der Argraruniversität „La Molina“ gezeigten Mumienfunde aus dem Küstenort Chilca (ca. 10 000 + / - 200 Jahre) weisen auf die Existenz eines frühen schamanischen geistigen Hintergrunds und den Glauben an eine Freiseele und ein Fortleben nach dem Tod bei den damaligen Bewohnern der Küstengegend hin. (vgl. Andritzky)

Seelenglauben, und die damit verbundene Idee der Seelenreise, die auf der Annahme basiert, dass der Mensch zwei Seelen in seinem Körper beherbergt,

„...man has one soul confined to the body and a second soul, or part soul, capable of leaving the body freely during sleep, trance or sickness.“ (Siikala 1992, S.1)

und die Vorstellung von Geistern, Göttern und einem Alter ego, wird von einigen Wissenschaftlern als die gedankliche Basis des Schamanismus angesehen. (vgl. Hoppál 1994, S. 13, Siikala 1992, S.1, Lommel 1980, S. 20-52, Gilberg 1984, S. 26)

Der Prähistoriker André Leroi-Gourhan entgegnete diesen Interpretationsversuchen der oben genannten Felszeichnungen:

„Was den Schamanismus betrifft, so mag man Gründe für die Annahme haben, es habe Medizinmänner gegeben, welche die Seelen der Kranken mit Hilfe von Geistern aufgerichtet hätten, die ihr im Totenreich als Führer dienten. Doch auch wenn man davon überzeugt wäre, so wüsste man doch nicht, auf welchen Dokumenten man auch nur den Anflug eines Beweises gründen sollte. Was man zu finden geglaubt hat, ist weit summarischeren Charakters und stützt sich auf eine sehr vage Ähnlichkeit zwischen den gehörnten Zauberern und der Kleidung sibirischer Schamanen. Wäre die Sache nur etwas exotischer, so hätte man genau so gut sagen können, die paläolithischen Menschen hätten den Teufel verehrt.“ (Leroi-Gourhan 1981, S. 164)

Auch wenn diese Felsbilder nicht als Beweis für einen frühen Schamanismus genügen, belegen die Zeichnungen doch, dass schamanistische Praktiken zumindest bekannt waren. Die weltweiten Entdeckungen solcher Höhlenmalereien belegen, dass schamanistische Elemente, insbesondere in einem bestimmten Gesellschaftstyp, d.h. nomadischen Sammler- und Jägerkulturen, auftraten. Diese Gesellschaften kannten keine differenzierte gesellschaftliche Schichtung und keine politische Organisation. Offensichtlich vereinte der Schamane mehrere Funktionen in einer Person. Er war Medizinmann, Heiler, Ritualist, Medium und Herr der Geister. Die Multifunktionalität des Schamanen sicherte ihm eine wichtige Position in der klassenlosen Gesellschaft (vgl. Walsh 1998, S. 28-29). Durch die zunehmende Komplexität der sich entwickelnden Gesellschaften veränderte sich die Situation für den Schamanen:

„Wenn eine nomadische Gesellschaft sesshaft wird, wenn Agrarwirtschaft die freie Nahrungssuche, wenn soziale und politische Schichtung die Klassenlosigkeit verdrängt, scheint der Schamanismus als solcher zu verschwinden. An seine Stelle treten Spezialisten die jeweils Aspekte der alten Schamanenrolle übernehmen: Heiler (Arzt), Priester (Ritualist), Medien (Spezialisten für Geister-Besessenheit) und Zauberer oder Hexen (böse Magie).“ (Walsh 1998, S. 29)

Neben dieser evolutionistischen Theorie existieren aber auch Thesen, welche die Entwicklung des Schamanismus in Eurasien als die Folge einer Vermischung der buddhistisch-lamaistischen Religion mit schamanistischen Praktiken interpretieren. (vgl. Shirokogoroff 1935, S. 276-286, Eliade 1997, S. 457-466)

Die Ansicht, dass der nördliche und zentrale Teil Eurasiens, zwischen Lappland und der koreanischen Halbinsel als Territorium des „klassischen“ Schamanismus zu betrachten ist, wird von vielen Wissenschaftlern geteilt. (vgl. Hoppál 1994, S. 13 und Stolz 1988, S. 23) Die Bewohner der amerikanischen Arktis und die Indianer der Subarktis und der Nordwestküste werden zu diesem Gebiet dazugezählt. (vgl. Stolz 1988, S. 23)

Das globale Auftreten schamanistischer Merkmale in den unterschiedlichsten Kulturen sehen andere Wissenschaftler wiederum als Beleg dafür, dass der Schamanismus ein globales Phänomen ist. Die Diskrepanz der verschiedenen Thesen entsteht durch die unterschiedlichen Lehrmeinungen darüber, was per Definition Schamanismus kennzeichnet.

Auch am Beispiel Peru lässt sich die evolutionistische Theorie widerlegen. Dazu Andritzky 1988, S. 14:

„Meine These beim Studium der vielfältigen Erscheinungsformen der vorinkaischen Kulturen lautet, dass sie ihren Ausgangspunkt in einem schamanischen Weltbild haben, das die Jäger- und Sammlerepoche überdauerte und in den Zeugnissen der altperuanischen Kunst und Kultur seinen Ausdruck findet. Mit diesem Hintergrund wird es möglich, auch die Leistungen auf dem Gebiet der Heilkunde und hier besonders der rituellen Vorgänge in einen neuen Zusammenhang zu rücken.“

Mit anderen Worten verschwindet der schamanische Motiv- und Ritualkomplex nicht mit dem Aufkommen der agrarischen Produktion, städtischen Zentren und Tempelkulten, sondern bleibt in den neu entstehenden Symbolen und Ritualen als Kristallisationskern erhalten. Damit wird auch eine lebendige Rekonstruktion des kultischen Lebens und medizinisch-heilerischer Praktiken in den Kulturen des alten Peru ermöglicht. (vgl. Andritzky)

Seit der spanischen Eroberung haben besonders in der Küstengegend viele Fremdeinflüsse auf das Volksheilerwesen eingewirkt, so dass die heutigen Methoden nicht in allen Fällen ein authentisches Abbild der vorspanischen Traditionen sind.

Die soziokulturellen Entwicklungsetappen des peruanischen Schamanismus fasst Andritzky in folgender grober Zeiteinteilung zusammen:

Ca 10.000- 2000 v. Chr	Jäger und Hirtennomaden – Schamanismus; ab 4000 v. Chr. erste Pflanzkulturen
Ca. 2000 v. Chr.	Komplexe Tempelanlagen und –kulte agrarkultureller Prägung
1200 n. Chr.	Hochkulturen mit schamanisch gefärbter Ritualistik
Ca 1200 – 1500 n. Chr.:	Einschränkung der schamanisch-magisch geprägten Lokalreligionen Verstärkung des Sonnen-Blitz-Viracocha-Komplexes während der Inkazeit
16. – 20. Jhd.	Absinken der inkaischen Ritualistik; Fortbestand und eventuell Stärkung des agrarkulturell-schamanischen Komplexes; Mischung mit christlichen, afrikanischen und mittelalterlich-magischen Elementen

Obwohl es der Wissenschaft bis heute nicht gelungen ist, die unterschiedlichen Erscheinungsformen des Schamanismus in einer Definition zusammenzufassen, besteht eine relative Einigkeit über die wichtigsten Merkmale.

7.2.4. Begriffsdefinitionen des Schamanismus

Dass die Auseinandersetzung mit dem Phänomen des Schamanismus durch die westliche Wissenschaft einem Spiegel der wechselnden Paradigmen und historischen Interessen gegenüber dem „Fremden“ gleicht, wurde bereits erörtert. Ein großes Interesse besteht vor allem in der Klärung der Frage

„...“, wie die neben Peru in vielen alten Hochkulturen (Ägypten, China, Indien, Thailand, Mesopotamien, Griechenland) zu beobachtende Verbindung einer vordergründig „irrational“

erscheinenden magisch-religiösen Vorstellungswelt und den noch heute Erstaunen auslösenden technischen und wissenschaftlichen Leistungen in Architektur, Mathematik, Astronomie und Medizin verstehbar ist.“ (Andritzky 1988, S. 18)

Der veränderte Bewusstseinszustand, in dem der Schamane mit einer spirituellen Welt interagiert, ist für viele Definitionsversuche von zentraler Bedeutung. Diese breit angelegte Begriffsbestimmung würde alle Spezialisten, die in einen nicht näher beschriebenen Bewusstseinszustand eintreten, unter dem Terminus „Schamane“ zusammenfassen. Medien, die in Trance fallen und dann mit Geisterstimme sprechen, würden einer solchen Begriffsbestimmung genügen. Die Interaktion mit der Welt der Geister ist bei einigen Erklärungsversuchen von tragender Bedeutung:

„The most important and characteristic condition which makes of an ordinary man a shaman is that he is a master of spirits, at least of a group of spirits So the spirits call their master-shaman, naturally through the shamans mouth.“ (Shirokogoroff 1935, S. 271)

Shirokogoroff betont in seiner Definition die Kontrolle der Geister als wesentlichstes Kennzeichen eines Schamanen. Eine umfassendere Definition, die neben diesem Merkmal besonderen Wert auf die Seelenreise des Schamanen legt, stammt von dem schwedischen Wissenschaftler Rolf Gilberg:

„... a shaman is a human being, male or female, often of a special social status in the society, who uses a special technique and trapping, and is assisted by helping spirits under his control. Through soul journey in the state of ecstasy the shaman gets into direct contact with the supernatural forces, which can speak through him, at his will, to his people. For me all these criteria should be fulfilled before I name a religious specialist a shaman. I consider the soul journey the most important feature of the shaman. Another important thing is that whatever happens, must be the will of the shaman, not by forces outside of him. Had he been controlled by outside forces, he would merely be a medium with no control over what happens.“
(Gilberg 1984, S. 22-23)

Anhand dieser Aussagen lassen sich vorerst drei Merkmale für den Schamanismus formulieren:

1. Der Schamane ist in der Lage, durch einen veränderten Bewusstseinszustand, direkten Kontakt mit Geistern, Kräften der Natur oder transzendenten Energien herzustellen.
2. Der Kontakt mit dieser anderen Welt geschieht auf Wunsch einer Gemeinschaft, die aufgrund ihrer Weltauffassung davon ausgeht, dass die Welt der Geister Einfluss auf ihr „materielles Dasein“ hat.
3. Der Schamane übt Kontrolle über einen oder mehrere Geister aus, und wird nicht von den Geistern kontrolliert.

In der Definition von Gilbert ist eine nähere Bezeichnung des veränderten Bewusstseinszustandes als Ekstase formuliert. Eliade betont in seinem berühmten Werk „Schamanismus und archaische Ekstasetechnik“ die Fähigkeit zur Ekstase als wichtiges Merkmal eines Schamanen:

„... wo das ekstatische Erlebnis für das Religiöse schlechthin gehalten wird, ist der Schamane, und nur er, der große Meister der Ekstase. Eine allererste Definition dieses komplexen Phänomens, und vielleicht die wenigste gewagte, wäre: Schamanismus = Technik der Ekstase“ (Eliade 1997, S. 14)

Der ekstatische Bewusstseinszustand als Mittel zur Kontaktaufnahme mit den „anderen Welten“ ist, laut Eliade, die herausragendste Eigenschaft des Schamanen. Ergänzend zu dieser ersten allgemeinen Aussage schreibt Eliade:

„...der Schamane ist der Spezialist einer Trance, in der seine Seele den Körper zu Himmels- und Unterweltfahrten verlässt.“ (Eliade 1997, S. 15)

Eliade und Gilbert betonen in ihren Auslegungen, dass die „Seelenreise“ durch Ekstase erreicht wird. Bei Shirokogoroffs Definition des Schamanen finden wir auch noch das Phänomen der Besessenheit:

„In all Tungus languages this term refers to persons of both sexes, who at will can introduce these spirits into themselves and use their power over the spirits in their own interests, particularly helping other people, who suffer from the spirits.” (Shirokogoroff 1935, S. 269)

Seelenflug und Besessenheit sind Phänomene, die im Zusammenhang mit Ekstase auftreten können. Eine Kultur übergreifende Untersuchung von 42 schamanischen Kulturen der Ethnologen Larry G. Peters und Douglass Price-Williams aus dem Jahr 1980 kam zu folgenden Ergebnis:

„In 18 Kulturen arbeiten die Schamanen nur mit der Besessenheit durch Geister, in zehn Kulturen arbeiten sie nur mit dem magischen Flug, in elf Kulturen wurde mit beidem gearbeitet, und in drei Kulturen wurde keines dieser Konzepte dazu verwandt...“ (Peters and Price Williams 1980, zitiert in Rutherford 1998, S. 19)

Die Fähigkeit zur Ekstase ist also nicht gleichzusetzen mit der in vielen Abhandlungen erwähnten Seelenreise.

Der Anthropologe und Schamanismusforscher Michael Harner schließt sich in seinen Untersuchungen der Ekstase, die er als „schamanisches Bewusstsein“ bezeichnet, den Aussagen Eliades weitgehend an. Er betont allerdings, dass der Schamane:

„...eine bestimmte beabsichtigte Mission erfüllen muss, während er sich im schamanischen Bewusstseinszustand befindet. Nicht alltägliche Wirklichkeit betritt man nicht aus Spielerei, sondern aus ernsthaften Gründen. Der Schamane ist ein Mensch, der im schamanischen Bewusstsein eine Arbeit verrichten muss, wozu er die grundlegenden Methoden kennen muss, die zur Erfüllung seiner Aufgaben notwendig ist.“ (Harner 1999, S. 54)

Ein weiteres Merkmal, das sich aus dieser Definition ableitet, ist, dass die Ekstase und die damit verbundene Seelenreise stets zu einem bestimmten Zweck erfolgt. Der Schamane erfüllt eine der Gemeinschaft dienliche Aufgabe, für die ein bestimmtes Wissen notwendig ist. Er übt also nicht nur Kontrolle über die „Geister“ aus, sondern ist in einem „kontrollierten Ekstasezustand“. Dieser wiederum ist Grundlage für eine zielorientierte Problemlösung, die im Aufgabenbereich des Schamanen liegt. Diese Begriffsbestimmung grenzt Ekstase, wie sie zum Beispiel bei Derwischen im Islam oder in den Gottesdiensten der Quäker oder der Pfingstgemeinden zu finden ist, von der schamanischen Ekstase ab.

Die Bezeichnung „nicht-alltägliche Wirklichkeit“ in dieser Erklärung wirft aber neue Fragen auf. Kann man aus den Beschreibungen des Schamanen darauf schließen, dass eine „andere Welt“ existiert? Die Darstellung dieser anderen Wirklichkeit basiert letztendlich auf den Vorstellungen eines anderen Weltbildes. Zum Verständnis des Schamanismus ist es notwendig, die Struktur dieses Weltbildes zu kennen. Die Frage ob es sich dabei um eine „reale Welt“ handelt, ist für eine Definition zweitrangig. Der Psychologe Roger G. Walsh schreibt dazu:

„Der Schamane interpretiert sie normalerweise als selbständig existierend und „real“. Der westliche Mensch, der nicht an andere Reiche und Wesenheiten glaubt, würde sie als subjektive Schöpfungen der Psyche deuten...Hier sei zunächst nur gesagt, dass die Interpretation des Wesens dieser Phänomene vom jeweiligen philosophischen Standpunkt und vom Weltbild des Betrachters abhängt. Wir bewegen uns in sicherem Fahrwasser, wenn wir bei einer Definition des Schamanismus diese philosophischen Deutungsklippen so weit wie möglich umgehen.“ (Walsh 1998, S. 23)

Anhand der aufgeführten Definitionen wird deutlich, dass der Schamane während des veränderten Bewusstseinszustands eine Mission für seine Gemeinschaft erfüllen muss. Die Aufgaben dieser Mission sind durch seine soziale Funktion bestimmt. Sie variieren aber in den verschiedenen Kulturtypen. Eine Zusammenfassung der sozialen Funktion des Schamanen bietet Mihály Hoppál:

„1. praktischer und geistiger Führer der Sippe (Hüter des ethnischen Bewusstseins),
2. „Opferpriester“, 3. „Seelenführer“, 4. Kenner der Weissagungen, 5. Heiler, 6. Dichter, Sänger, Hauptfigur im Drama des schamanischen Aktes.“ (Hoppál 1994, S. 16)

Hoppáls Zusammenfassung beschränkt sich auf die Beschreibung der Aufgaben eines Schamanen innerhalb einer Gemeinschaft. Er geht in seiner Aufzählung nicht auf die Tatsache ein, dass der Schamane nur dann aktiv wird,

... „wenn die Normalität des täglichen Lebens, sei es der Individuen, sei es der Gemeinschaft, durch das Wirken transzendenter Mächte gestört erschien, oder wenn es galt, eine drohende Störung durch die rechtzeitige Beschwichtigung der Jenseitigen oder mit Hilfe von Informationen aus dem Jenseits vorzubeugen.“ (Stolz 1988, S. 55)

Die bereits zu Anfang aufgeführten Merkmale des Schamanismus sollten anhand dieser Ausführungen für eine genauere Definition ergänzt werden:

1. Der Schamane ist in der Lage, durch einen ekstatischen Bewusstseinszustand direkten Kontakt mit Geistern, Kräften der Natur oder transzendenten Energien herzustellen. Dieser Kontakt wird bewusst herbeigeführt und kann in Form einer Seelenreise, aber auch durch Besessenheit erreicht werden.
2. Der Kontakt mit dieser anderen Welt geschieht auf Wunsch einer Gemeinschaft, deren Mitglieder aufgrund ihrer Weltauffassung davon ausgehen, dass die Welt der Geister Einfluss auf ihr „materielles Dasein“ hat. Der Kontakt wird von der Gemeinschaft nur dann gewünscht, wenn die Normalität des Lebens durch transzendente Mächte in ein Ungleichgewicht geraten ist.
3. Der Schamane übt Kontrolle über einen oder mehrere Geister aus, und wird nicht von den Geistern kontrolliert. Der kontrollierte Kontakt dient dem Ziel, Ursachen für Missstände zu erkennen und Erkenntnisse bzw. Wissen zur Lösung des Problems zu erlangen.

Für ein umfassendes Verständnis des Schamanismus genügen jedoch nicht allein die unterschiedlichen Definitionsansätze der veränderten Bewusstseinszustände des Schamanen, sondern es erfordert eine Kenntnis des jeweiligen Weltbildes. Die Existenz des Schamanen ist in einem Weltbild der Gemeinschaft verwurzelt, das in den verschiedenen Kulturen durch strukturelle Gemeinsamkeiten gekennzeichnet ist.

7.2.5. Das Weltbild des Schamanismus

In der schamanischen Kosmologie ist das Universum in drei Welten unterteilt: die Überwelt, die Erdenwelt und die Unterwelt. Im peruanischen dargestellt durch Kondor, Jaguar und Schlange. Die obere Welt (der Kondor) ist der Sitz der Götter, Geister und himmlischen Wesen, die untere Welt (die Schlange) ist die Sphäre der Dämonen, Toten und Unterweltsgötter. Die drei Welten werden durch eine zentrale Achse miteinander verbunden.

In Beschreibungen wird diese Achse als himmelhohe Säule, Baum, Pfahl, Weltenberg oder Fluss bezeichnet, die so genannte *axis mundi*. Die *axis mundi* wird bei Schamanenritualen häufig durch den Schamanenbaum symbolisiert. (vgl. Gagan 2000, S. 28; Walsh 1998, S. 22 + 144)

Eine Trennung in Götter und Geister der Ober- und Unterwelt beinhaltet nicht zwangsläufig eine Unterscheidung zwischen Gut und Böse. Bei den Turkvölkern und Burjaten ist ein solcher Dualismus sehr ausgeprägt, während z.B. die Inuit keine Wesen kannten, die eindeutig gut oder böse waren. (vgl. Stolz 1988, S. 21)

In der Erdenwelt (der Jaguar) leben die Menschen. Dieser sichtbaren Diesseitswelt ist eine energetisch-animistische Jenseitswelt zugehörig, die der Schamane sehen und beeinflussen kann. Der Durchgang zwischen den Welten befindet sich an den Öffnungen der *axis mundi*, durch welche die Götter, Geister und Schamanen reisen können. Viele Völker vermuten die Öffnung dieser Achse am Polarstern. (vgl. Hoppál 1994, S. 15)

Der Mensch, der in der Erdenwelt lebt, ist systematisch eingebunden in das Ganze des Kosmos. Dieses Eingebundensein bedeutet ihm eingeordnet und aufgehoben zu sein, aber auch die Verpflichtung oder Rücksichtnahme auf die Geisterwelt, eine systemisch-ökologische Ethik. Er hat darauf zu achten die Geister, die Herren der Tiere, Pflanzen und des Flusses, des Sees, der Berge, des Wetters nicht zu kränken, so hat er z.B. auf der Jagd oder dem Fischfang im Beutegewinn Maß zuhalten und ihnen Dankesopfer darzubringen. Aus den Knochen der erlegten Tiere entsteht das neue Leben, aus diesem Grund werden sie sorgsam aufbewahrt, sie repräsentieren die Kontinuität der Sippe des Lebendigen. Auf dieser Stufe der magischen Religiosität gibt es keine Trennung von Natur-, Mensch- und Geisterwelt.

Die Grundstoffe der Welt repräsentieren sich im Körper, dem Skelett des Menschen in geschwisterlicher Verbundenheit mit allem Lebendigen und ist auch in alles verwandelbar. Seine *vis vitalis* ist seine „Körperseele“, das was ihn lebendig macht. Neben der Körperseele gibt es noch mehrere andere Seelen, die den Leib verlassen können ohne dass dieser deshalb sterben muss. Diese „Freiseele“ verlässt den Körper des Schamanen in der Ekstase und geht auf Reisen. Dabei kann sie sich in andere Wesen, meist Tiere verwandeln. (vgl. Müller 1997, S. 38 ff.)

Obwohl sich die Erforschung des Schamanismus durch eine Vielzahl unterschiedlicher theoretischer Positionen auszeichnet, herrscht eine relative Einigkeit darüber, dass Schamanismus keine Religion ist. Im Handbuch der Religionen wird betont:

„Streng genommen ist der Schamanismus keine Religion, sondern ein Ganzes von ekstatischen und therapeutischen Methoden, die alle das eine Ziel verfolgen, den Kontakt herzustellen zu jenem anderen, parallel existierenden, jedoch unsichtbaren Universum der Geister, um deren Unterstützung für die Besorgung menschlicher Belange zu erwirken.“ (Eliade und Culianu 1995, S. 176)

Die Integrationsfähigkeit und Verträglichkeit des Schamanismus mit anderen Religionen galt Wissenschaftlern gerade als Beweis dafür, dass Schamanismus „kein geschlossenes System von Glaubensvorstellung, und somit keine Religion ist“. (vgl. Knödel 1998, S.16; Hultkranz 1978 S. 29; Eliade 1997, S. 16, Shirokogoroff 1935, S.276)

Die prägnanteste Aussage zu dieser Fragestellung bietet der Ethnopharmakologe Christian Rätsch:

„Ganz klar, Schamanismus ist keine Religion – Schamanismus ist eine Technik. Religion ist keine Technik. Religion beruht auf einem Glaubensbekenntnis. Schamanismus beruht auf Erfahrung.“ (Interview mit Christian Rätsch 2001, <http://www.geo.de>)

In der Kosmologie finden wir zwei charakteristische Prinzipien: Balance und Reziprozität.

„Balance or harmony is the desired state but can be disrupted by the action, intentional or unintentional, of humans. When this occurs, the spirit world can retaliate with illness or disaster. It is part of the shaman’s job to restore balance. The concept of reciprocity underlies many of the relationships of shamans with the spirits and his fellow humans. A shaman may provide offerings to the spirits in return for which the spirits respond with what is requested.“ (vgl. Townsend 1997, S. 437)

Das Pantheon ist ein wesentlicher Bestandteil des schamanischen Weltbildes. Neben den Göttern spielen die Geister, insbesondere bei der Berufung / Initiation und bei Zeremonien, in denen durch Ekstase ein Kontakt zwischen den Welten zu Stande kommt, eine wichtige Rolle. Jeder Schamane hat einen oder mehrere Schutz- bzw. Hilfsgeister, die entweder durch sein

Berufungserlebnis, seine Initiation oder während seiner Ausbildung gewonnen werden. Hilfsgeister unterstützen den Schamanen bei seinen Reisen und Kontakten in die „anderen Welten“. (vgl. Siikala 1992, S. 7-8)

Berufung und Initiation sind wesentliche Ereignisse im Leben des Schamanen. Der Verlauf der Initiation, die einen ersten Kontakt mit der Geisterwelt bedeutet, ist stark von den Vorstellungen des Kosmos beeinflusst. Strukturelle Analogien im Ablauf der Initiationsriten und Ähnlichkeiten in Metaphorik und Symbolik bei verschiedenen Völkern lassen sich auf dieses gemeinsame Weltbild zurückführen.

7.3. Ausbildung und Initiation des Schamanen

7.3.1. Persönlichkeit – Berufung – Verwandlung – Initiation – Weihe

Schamanen sind als privilegierte Menschen mit besonderer Begabung (Eliade 1975; Lommel 1965) oft schon früh auffällige, besondere Persönlichkeiten. Sie sind oft schon lange vor der Initiation anders als die „normalen“ Menschen der Gesellschaft, sie gehen nicht den gewöhnlich alltäglichen Weg. Sie sind oft isoliert, sondern sich für Wochen und Monate ab, haben manchmal schon früh (zum Teil in Zusammenhang mit Fieberkrankheiten) visionäre Erlebnisse. Manche haben eine besondere Beziehung zu Träumen, haben auch prospektive Träume und vielfach eine Begabung für Hellsehen.

Die Berufung zum Schamanen wird in vielen Fällen durch das Auftreten einer Schamanenkrankheit erkannt. Erste Symptome dieser Krankheit können verwirrende Träume, hysterische Anfälle, Visionen oder Halluzinationen sein. Der Berufene verändert sein Verhalten, erlebt seltsame Ereignisse oder leidet körperliche Schmerzen. (vgl. Siikala 1992, S.5)

Die Schamanenkrankheit ist aber nicht über ihre Symptomatik zu definieren. Das entscheidende Kriterium ist, dass eine Heilung der betroffenen Person nur durch die Aufnahme einer Schamanentätigkeit erreicht werden kann.

Die Schamanenkrankheit ist nicht die einzige Möglichkeit einer Berufung. Männer und Frauen können auf Grund eines körperlichen Merkmals, ungewöhnlichen Aussehens, Epilepsie, einem Omen oder sogar durch die Genesung von einer Krankheit auserkoren werden. (vgl. Walsh 1998, S.55) Weitere Möglichkeiten sind die erbliche Übertragung des Schamanenberufs, Eigeninitiative oder die Wahl einer Person durch die Gruppe. (vgl. Eliade

1997, S.22) In allen Fällen führt die Berufung zu einer Verwandlung der Persönlichkeit des Betroffenen. Die Art und Weise, wie der zukünftige Schamane ausgewählt wurde ist nicht von tragender Bedeutung.

„Welches nun die Art der Erwählung gewesen sei, anerkannt ist ein Schamane erst nach einer doppelten Unterweisung, die erstens durch Ekstase (Träume, Trance), zweitens durch Überlieferung (schamanische Techniken, Namen und Funktionen der Geister, Mythologie und Genealogie des Clans, Geheimsprache usw.) geschieht. Diese doppelte Unterweisung durch Geister und Schamanenmeister kommt einer Initiation gleich.“ (Eliade 1997, S. 22-23)

Die Initiation eines Berufenen kann öffentlich in Form einer rituellen Zeremonie stattfinden, oder aber auch individuell in Form von Träumen, Visionen oder Halluzinationen erlebt werden. Das traditionelle Schema einer Initiationszeremonie besteht aus Leiden, Tod und Auferstehung. (vgl. Eliade 1997, S.43)

Die ekstatischen Initiationserlebnisse haben fast immer folgende Themen zum Inhalt:

„Zerstückelung des Körpers, danach Erneuerung der inneren Organe und der Eingeweide, Auffahrt zum Himmel und Unterredung mit den Göttern oder Geistern; Abstieg in die Unterwelt und Unterhaltung mit den Geistern und Seelen der verstorbenen Schamanen; verschiedene Offenbarungen religiöser und schamanischer Art...“ (vgl. Eliade 1997, S. 47)

Die thematische Ähnlichkeit entsteht durch das Ziel der Initiation, den Berufenen in eine neue Existenz einzuführen, die zum „Tod“ seiner früheren Persönlichkeit führt und die Geburt eines neuen Schamanen ankündigt.

Bei vielen Völkern schließt sich der Berufung und Initiation noch eine Lehre an, die in der Regel drei bis fünf Jahre dauert und zum Teil sogar bei mehreren Meistern stattfindet. Zum Abschluss des Lehrgangs findet zumeist ein förmliches Weiheritual statt, mit dem der Kandidat gewissermaßen die offizielle Approbation verliehen bekommt. (vgl. Müller 1997, S.61ff.)

7.4. Schamanismus und Psychotherapie

Die traditionelle Psychotherapie mit dem Schamanismus auf Gemeinsamkeiten hin zu untersuchen setzt die Frage voraus, was denn überhaupt beim schamanisieren in einem Heilungssuchenden und in einem Heiler wirkt. Die Heilwirkungen mit Suggestion zu erklären ist nahe liegend. Schmidbauer (1969) sieht die Suggestion als einzigen gemeinsamen Nenner der einzelnen schamanischen Heilverfahren. Was wird jedoch mit der Einführung des Terminus Suggestion erklärt?

Der Psychiater und Schamanismusforscher Scharfetter, der den Schamanen als Urbild des Therapeuten und Heilers bezeichnet, sieht in den hypnoid-suggestiven Anteilen schamanischer Rituale eher ein Werkzeug, quasi ein Medium zur Aktivierung unbewusster Möglichkeiten des Patienten.

„Dass durch seelische Einflussnahme seelische und somatische Umstellungen mannigfacher Art möglich sind, weiß man aus Glaubensheilungen und aus Hypnosewirkungen. Im heilenden Glauben, in der Hypnose, in der Suggestion werden offenbar Kräfte geweckt und Möglichkeiten psychophysischer Umschaltungen aufgetan, die sonst brachliegen.“
Scharfetter (1983)

Der Schamane (Therapeut) weckt im Kranken Heilkräfte, Gefühle und Einstellungen, Zuversicht, Hoffnung, Glauben mittels der Autorität seines Status in der Gesellschaft. Er weiß um die therapeutische rekonstruktive Macht von Symbol, Ritual und Glaube. Damit bereitet er die Rehabilitation vor: Die Überwindung der Selbstentwertung durch Hilflosigkeit und Abhängigkeit in der Krankheit: Der Schamane fungiert somit als Mittler zwischen dem Patienten und seiner Gesellschaft durch dessen Einbettung in eine überindividuelle Ordnung. (vgl. Kiev und Frank, 1964)

Dieser Gedanke zeigt durchaus Parallelen zum sozial- und psychotherapeutischen Ansatz unseres Kulturkreises.

Gibt es also Ähnlichkeiten in der Morphologie der Psychotherapie mit der Struktur des Schamanismus? Dazu Scharfetter:

„Wenn viele Therapeuten „unbewusst“ ihre eigenen Konflikte und Verhaltensschwierigkeiten überwinden möchten, indem sie Heiler werden, wenn dies ein wichtiges Motiv für das Durchstehen der Lehranalyse sein kann, für den Abstieg ins eigene

Unbewusste, für die Rekonstruktion der eigenen traumatisierenden Geschichte, für den Erwerb einer gewandelten, neuen Identität des Analysierten, der die eigene Bedrohung, Neurose, vielleicht gar Psychose überwunden hat, so bietet sich tatsächlich der Vergleich mit prodromaler Krise, Zerstückerlebnis, Rekonstruktion und Neugeburt in der Initiation des Schamanen an.“ (Scharfetter, 1983)

Levi-Strauss (1967) bezeichnet die Psychoanalyse gar als moderne Form der schamanischen Technik. Die Übertragung zum Analytiker wird verglichen mit der Identifikation des Kranken mit dem Schamanen. Der schamanische Heiler macht dem Kranken durch seine symbolische Krankheitsinterpretation die Ursache seines Leidens bewusst. Diese Erfahrung kann psychosomatisch heilend wirken. Das Freud'sche Unbewusste, das vom Analytiker überschaubar gemacht wird, konzipiert Levi-Strauss als Komposition von allgemein menschlichen Strukturen und zeigt damit eine Parallele zu der Ordnungsvermittlung eines Schamanen. (vgl. Levi-Strauss, 1967)

In diesem Sinne äußert sich auch Scharfetter und geht sogar darüber hinaus, indem er die Einflussmöglichkeiten des Schamanen auf die homöostatischen Kräfte des Kranken über die des Analytikers stellt:

„Der Analytiker hilft das persönliche Unbewusste zu erkennen, der Schamane hingegen fügt seinen Kranken in eine überindividuelle Ordnung universal-kosmischer Art ein. Der Schamane stellt für seinen Patienten, der durch den Einbruch kosmischer Disharmonie erkrankt ist die Ordnung der Seinssphären wieder her. Das macht seinen Patienten gesund. Dieser Einfluss allerdings geht weit über die Wirkungsmöglichkeiten eines Analytikers hinaus.“ (Scharfetter, 1983)

Schmidbauer (1969) stellt diese überindividuell-kosmische Harmonisierung in Beziehung zu Jungs Individuationsprozess, der die Einbeziehung und Integration auch des kollektiven Unbewussten in der Lehranalyse anstrebt. Die Voraussetzung für Wandlung und Wiedergeburt ist das Eintauchen ins Unbewusste. Lehranalyse und Schamanenausbildung verbreitern die Kontaktfläche zwischen Bewusstsein und Unbewusstem, die Psychoanalyse mit dem Ziel, dass aus *Es Ich* werde, das Schamanisieren, indem es das persönliche Leiden in der Krankheit zu „Es“ werden lässt, allerdings in einem anderen Es-Konzept: Es im Sinne eines universal-kosmischen überindividuellen Ordnungsgefüges, in dem der einzelne Mensch nur ein winziger Partikel ist. (vgl. Schmidbauer, 1969)

Ähnlich sieht auch Lommel (1965) die Wirkung der schamanischen Trance in „einer Stärkung der kollektiven Psyche“ durch „Aktivierung der unbewussten Kräfte“.

Von den vielen Funktionen, die der Schamane als Mittler der kosmischen Ordnung für seine Gesellschaft zu leisten hat, sollen an dieser Stelle besonders die diagnostische und therapeutische Tätigkeit untersucht werden.

Diagnose und Heilung beim Schamanisieren beruhen auf einer spiritualistisch-animistischen Krankheitstheorie (vgl. Scharfetter, 1983), d.h. die universelle Beseelung alles Existenten durch Geist und Lebensenergie und die Störungen im harmonischen Ablauf der Dualität von „Gut“ und „Böse“.

Die spiritualistisch-animistische Krankheitstheorie besagt:

„Es gibt zwei Hauptkrankheitsursachen Seelenverlust oder das Eindringen pathogener Geister (Energien) materialisiert als entfernbare Gegenstände.“ (Eliade, 1975; Nioradze, 1925 zit. in Scharfetter, 1983)

Die Diagnose ist die Voraussetzung des Heilens. Den diagnostischen Durchblick in den Leib des kranken Menschen erreicht der Schamane, indem er über die alltägliche Realität des Patienten hinaussieht durch den selbstinduzierten Eintritt in außernormale Bewusstseinszustände.

„Er „weiß“ dann unmittelbar, was der Kern der Erkrankung ist. Im besonderen Bewusstseinszustand der Ekstase geschieht der diagnostische Prozess: das Erkennen der Krankheit und ihrer Ursachen als Voraussetzung für das Finden der rechten therapeutischen Maßnahmen...Die meisten physischen Beschwerden können durch das Eindringen böser Geister erklärt werden. Sie zu erkennen und ihre Macht einzuschätzen, ist die Vorbedingung für ihre Austreibung, Bannung. Gleichzeitig hat der Schamane festzustellen, was seinen Patienten so schwächte, dass böse Geister eindringen konnten.“ (Scharfetter, 1983)

Genannt sind hier Sünde durch eine Tabuverletzung, schwarze Magie durch Hexer und Zauberer (*brujos*) oder übel wollende Nachbarn, Krankheiten mit Bewusstseinstörungen, besonders Bewusstseinsverlust. Dieser Problemkreis wird meist als Seelenverlust gedeutet: die Seele wurde entführt, geraubt. Der Schamane ermittelt ihren Aufenthaltsort in der

Anderwelt, unternimmt dann in Trance die Reise in diese *Anderwelt* und muss die Seele von dort zurück bringen.

„Die schamanischen Heilmaßnahmen sind vielfältig, sie sind im wahrsten Sinne psychophysisch. Berührung, Extraktion, Massage, Saugen, magische Chirurgie dienen der Entfernung der materialisierten, aber ursprünglich spirituellen Krankheit. Apotropäisches Bespeien, Anhauchen, beschwörende Rufe und bannende Gesänge, Erzählungen von der Reise und ihre dramatische Ausgestaltung, haben eine rekonstruktive Wirkung. Das ganze Heilritual, das Geborgenheit, Führung, Sichanvertrauen vermittelt, kann sich über Stunden und Tage erstrecken. Es wird in Begleitung von Angehörigen vollzogen, vielfach auch der ganzen Gemeinschaft. Dadurch entsteht ein erheblicher gegenseitiger Steigerungsprozess der psychophysischen, emotional affektiven und vegetativen Wirkungen.“ (ebenda, 1983)

Die dem Heilritual zugrunde liegende Idee der Wechselwirkungen zwischen Individuum und sozialer Umgebung (Familie, Gemeinschaft, etc.) zeigt durchaus Übereinstimmungen mit systemischen und sozialtherapeutischen Vorstellungen und Interventionen.

Die genauere Untersuchung dieser Übereinstimmungen erfordert ein tieferes Verständnis der Bedeutung und Wirkung der einzelnen Elemente im Ablauf des Heilrituals. Des Weiteren ist es wichtig eine Gegenüberstellung von Psychotherapie und Schamanismus nicht ausschließlich aus einem psychoanalytischen Blickwinkel zu betrachten, sondern die Vielfalt unterschiedlicher psychotherapeutischer Schulen und Methoden zu berücksichtigen.

7.4.1. Rituale - Bedeutung und Wirkfaktoren des peruanischen Schamanismus

Die meist während der Nacht stattfindenden kollektiven Heilrituale in Peru weisen für den äußeren Beobachter zwar regionale Unterschiede des rituellen Heilwesens auf, enthalten in ihrer Grundstruktur jedoch viele vergleichbare Elemente. Eines der zentralen Grundelemente ist die:

-...“ *mesa* (span. Tisch im Sinne von Opfertisch, Altar), die eine Sammelbezeichnung für eine Vielzahl regional verschiedener Opferriten mit eigenen lokalen Bezeichnungen und Unterschieden in den verwendeten Gegenständen sowie den religiösen und mythischen Bezugsrahmen“...darstellt. (Andritzky, 1999, S. 106)

Symbolik der Objekte und Handlungen der *mesa* scheinen historisch gleichermaßen von der christlichen Liturgie und den tragbaren Altären christlicher Missionare (Joralemon, 1985, S.

17) wie von der alt-andinen Religion (vgl. Andritzky 1988, Bd. 2: 330ff u. 343ff.) bestimmt zu sein.

Die *mesa* kann je nach Heiler eine Zahl von etwa 50 – 350 unterschiedlichen Gegenständen mit jeweils eigener symbolischer Bedeutung umfassen. In Bezug auf die Funktion der einzelnen Objekte (*artes*) charakterisiert Gonzales Viana (1979, S.77) die *mesa* so:

„Die mesa ist wie ein Schachbrett und die artes sind wie die Figuren. Wie der König, die Königin, die Läufer, Türme, Pferde und Bauern, nur zahlreicher. Die artes...symbolisieren, agieren und vibrieren im Namen von Mächten des Universums. Aus dem Kampf und dem Zusammenspiel der artes leiten sich für Menschen und Dinge Gesundheit und Krankheit, Funde und Verluste, Liebschaften und Rache, Freude und Überfluss, Katastrophen und Betrügereien ab.“

Während sich die *curanderos* durch Einnahme psychoaktiver Substanzen wie dem meskalinhaltigen San Pedro Kaktus (*Trichocereus pachanoi*), dem nasalen Hochziehen von Tabak- und Parfümflüssigkeiten (*shingar*) sowie durch Monotonie des Rhythmus von Trommel und Rassel, durch Singen mantraähnlicher Lieder (*icaros*) und Pfeifen in einen veränderten Bewusstseinszustand (Ekstase) versetzen, fungiert die *mesa* für den Heiler als eine visionäre Landkarte. Er erlebt die *artes* als lebendige Kräfte, Wesenheiten und Geister, die vor seinem inneren Auge ganze Symboldramen abspielen. (vgl. Andritzky 1999, S. 106ff., Sharon 1978, S. 102ff.)

Die *mesa* ermöglicht dem *curandero*:

„...bei der visionären Diagnose (*rastrear*) eine Vielzahl bewusster und subliminaler Wahrnehmungen in Bezug auf die Konflikte seines Klienten mental zu verarbeiten und diesem verbal oder über symbolische Handlungen (z.B. indem er den Klienten sich mit dem entsprechenden Gegenstand abreiben lässt), zurück zu spiegeln.“ (vgl. Joralemon 1985; S. 12ff.)

Die *artes* dienen während des Rituals dem Schutz, der Reinigung, dem Angriff und der Abwehr. Das Ritual selbst könnte global als Kampfgeschehen gegen negative Kräfte aufgefasst werden, die von den Feinden eines Patienten ausgehen und seine Heilung zu verhindern suchen.

Das *mesa*-Ritual, das eine Synergie durch gebündelte Wirkfaktoren darstellt, kann nur nachvollzogen werden, wenn man den Blick auf strukturelle Parameter des Geschehens und den damit verbundenen Theorien und Hypothesen über die therapeutischen Effekte lenkt. Aus diesem Grunde sollen hier in gekürzter Form die verschiedenen Handlungsbausteine, die Verlaufsstruktur, die Klientenperspektive und die therapeutischen Wirkfaktoren der *mesa*-Rituale dargestellt werden, wie sie in Andritzky (1999, S. 105-124) nachzulesen sind.

Das Ritual beginnt mit der Einnahme eines Reinigungstrankes, der mit verschiedenen Pulvern angerührt wird, die je nach Klient in unterschiedlicher Menge beigegeben werden um die purgative Wirkung zu steuern. Erbrechen und Durchfall sind erwünscht als Zeichen für das Ausscheiden negativer Substanzen und Kräfte aus dem Körper, der Trank soll Blutgefäße, Magen und Darm reinigen.

Während des Rituals, das zwischen neun Uhr abends und Mitternacht beginnt, sitzen der Schamane und seine Helfer die meiste Zeit vor der Mesa, schweigend, pfeifend, singend und die Rassel betätigend. Die *maestros* (=Meister) geben an, im Trancezustand den Körper zu verlassen und mit den Seelen verstorbener Meister oder denen der Heilpflanzen zu kommunizieren und sich an Kraftorte wie heilige Seen (*huaringas*) und Berge zu begeben.

Weiterhin wird der Klient mit dem Mund mit einer Parfümflüssigkeit übersprüht, um die spirituellen Entitäten günstig zu stimmen. Daraufhin wird von dem Klienten eine Flüssigkeit aus Parfümen mit vorher in Alkohol eingelegten Tabakblättern durch die Nase hochgezogen, als stärkender Effekt, um das Glück hochzubringen, die Seele erblühen zu lassen, negative Kräfte zu entfernen und die visionäre Sicht (*vista*) zu verbessern. Darauf folgt die Reinigung mit Stäben, Säbeln, Steinen oder bestimmten *artes*.

Das Betätigen der Kalebassen-Rassel und die monotonen Gesänge nehmen ca. zwei Stunden ein.

Viele Heiler nehmen zu Beginn der *mesa* eine größere Menge eines meskalinhaltigen Getränkes aus San Pedro zu sich, wonach sich Diagnose und Therapieprozess, der immer auf die Seele (*espíritu, anima, sombra*) des Klienten gerichtet ist, in einer leichten Trance mit intensiver, sensorischer Wahrnehmung vollzieht. Wie Giese (1989) bemerkt, aktiviert die Trance helllichtige, -hörige etc. Wahrnehmungen, die treffende Diagnosen über die Krankheiten und psychosozialen Probleme und deren Ursachen ermöglicht, ohne dass der Klient weitere Auskünfte dazu geben muss.

In der mittleren Phase der Mesa spricht der *maestro* mit jedem einzelnen Klienten, um sich dann auf ihn zu konzentrieren, innerlich eine Frage zu stellen und alle sich einstellenden Wahrnehmungen als Antwort zu interpretieren.

Das nun folgende Verlaufsbeispiel einer *mesa* ist stark gekürzt, wobei die Handlungsstruktur jedoch erhalten und übertragbar auf andere *mesa*-Rituale bleibt, und so geschildert wird, wie sie sich dem durchschnittlichen Teilnehmer erschließt.

Beispiel der Verlaufsstruktur

23.45 Uhr: im Wohnraum baut ein Helfer die *mesa* auf, zwei Teilnehmer sind im Raum, sieben weitere sind im Vorraum, wo sie den größten Teil der Nacht verbringen. Es herrscht Schweigen. Der Schamane, Gerardo, schläft in einem Nebenraum.

1.00: Das Licht im Vorraum wird gelöscht. In der folgenden halben Stunde kommen die Klienten nacheinander in das Zimmer mit der *mesa*, wo ein Helfer ihren Namen notiert, die Teilnahmegebühr kassiert und den Becher mit dem Reinigungstrank sowie eine Plastiktüte ausgibt. Er stellt kurze Fragen nach Herkunft, Verdienst, Krankheit und Familie. Der Becher mit dem Getränk wird sofort geleert.

1.30: Im Wohnraum wird das Licht gelöscht. Es herrscht völlige Ruhe. Ein matter Schein dringt von draußen herein. Der Helfer pfeift zwanzig Minuten lang eine einfache Melodie, dann beginnen sich die ersten Klienten zu erbrechen. Der Helfer rasselt, zieht Parfümflüssigkeit aus einer Muschelschale durch die Nase und beginnt mit Anrufungen der Kräuter, die zur Arbeit aufgerufen werden und Suggestionen für die Klienten, zwischendurch spielt er die Melodie auf der Mundharmonika.

2.10: Jetzt ist eine Phase, in der der Helfer sich visionär manifestierende Hexer zurückschlägt. Dann pfeift er wieder, sprüht *agua florida* (=Parfümflüssigkeit), und geht in den Nebenraum.

2.20: Gerardo (der Schamane) erscheint, setzt sich mit seinem Helfer ca. zehn Minuten schweigend vor die *mesa*, saugt etwas Parfümwasser in die Nase, um dann mit seinem Helfer

ca. fünfzehn Minuten lang zu pfeifen und zu singen. Dann fordern sie die Objekte der *mesa* zur „Arbeit“ auf.

3.00: G. geht mit einer Klientin auf den Flur, wo sie ca. eine halbe Stunde lang leise miteinander sprechen.

3.20: Ein Helfer gibt einer Klientin eine *chonta* (= Hartholzstab, zum Schutz gegen negative Geister) in die Hand, damit sie sich damit am Körper entlang streiche, danach übersprüht er sie mit *agua florida* und spricht längere Zeit mit ihr.

3.45: G. und der Helfer sind jetzt mit „Einzelbehandlungen“ beschäftigt, sie arbeiten mit den *chontas*, *agua florida* und Feuersteinen.

4.05: Mehrere Klienten übergeben sich, während der Helfer vor der *mesa* längere Gesänge gegen Spiritisten und Hexer rezitiert. G. bläst *agua florida* über die *mesa* um negative Energien zu neutralisieren, danach spielt er ca. zwanzig Minuten lang eine wiegenliedartige Melodie mit der Mundharmonika.

4.50: Einige Klienten übergeben sich, G. besingt ein Kraut zur Reinigung.

5.00: Es dämmt.

5.05: „Zeit der Übelkeit“, fast alle Klienten sitzen über ihre Tüten gebeugt.

5.20: Hahnenschreie, erster Straßenlärm. G. bekämpft einen imaginären Feind. Schweigen

6.00: G. fährt kreuzförmig über die *mesa*, die damit beendet ist. Die Klienten werden mit einer *chonta* abgestreift und erhalten Parfümflüssigkeit zum Hochziehen in der Nase.

Bei einer Befragung von 129 Patienten von vier *mesa*-Heilern durch Joralemon & Sharon (1993: 191ff.) war die häufigste Diagnose die bössartige Absicht anderer ihnen sozialen, ökonomischen oder gesundheitlichen Schaden zuzufügen. Dazu Andritzky (1999; S. 117)

„Indem damit soziale Spannungen, insbesondere Partner- und Eheprobleme, Neid und Hass im ethnomedizinisch-ätiologischen Modell des Curanderismus eine herausragende Rolle erhalten, wird hier eine moderne, psychosoziale Gesundheitstheorie praktiziert, für die es in der biomedizinischen Alltagspraxis des offiziellen Sektors nicht nur in Peru, sondern auch der Industrieländer kein funktionales Äquivalent gibt.“

Zu erwähnen wäre hierzu jedoch, dass sowohl die psychosomatische Medizin, als auch die Forschungen und Studien der Psychoneuroimmunologie einen Brückenschlag zwischen psychosozialen und somatischen Symptomen herzustellen versuchen.

Da es sich um eine kulturelle Interpretation der verschiedenen funktionellen Störungen, chronischen Schmerzzuständen oder Beziehungskrisen handelt, müssen die in den komplexen Handlungsabläufen enthaltenen Wirkfaktoren definiert werden, auf die gesammelt nach der Darstellung von Bedeutung und Verlauf des Ayahuasca-Rituals eingegangen wird.

Ayahuasca

Die Beschäftigung mit dem peruanischen Schamanismus wäre unvollständig, würde nicht auch dem Ayahuasca-Ritual eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Vielen Schamanen gilt das Ritual als Königsweg des Seelenfluges und der Selbsterforschung. Auch in der psychopharmakologischen Erforschung von neurologischen Wirkfaktoren ist die Substanz von aktuellem Interesse. So hat z.B. das Universitätsklinikum Heidelberg einen Forschungsbereich Ayahuasca / Santo Daime eingerichtet, indem sowohl das Ayahuasca mit seinen Wirksubstanzen, als auch der zeremoniell-religiöse und therapeutische Gebrauch dieser Substanz in Südamerika, aber auch in europäischen Ländern, untersucht wird.

In der vorliegenden Arbeit kommt dem Ayahuasca eine Relevanz zu, die sich aus umfangreichen Studien über veränderte Bewusstseinszustände und neurobiologischen Auswirkungen ergibt. Daher soll an dieser Stelle zum Zwecke der späteren Diskussion eine ausführlichere Auseinandersetzung mit dieser Methode und ihrer Bedeutung erfolgen.

Das Ayahuasca-Ritual wurde zum einen als Gemeinschaftsfest und zur Vorbereitung einer Jagd- oder eines Kriegszuges, zum anderen zur Heilung eines Kranken veranstaltet. Für das Gruppenleben hat dieses Ritual eine sozialintegrative *psychohygienische* Funktion und wurde aber in Gebieten mit stärkerer Akkulturation aufgrund des Fehlens eines *richtigen* Schamanen

aufgegeben. Nichtsdestotrotz blieb die heilerische Anwendung als Medizinritus bestehen. (vgl. Langdon, 1979 in Andritzky, 1999)

Ayahuasca soll in der vorliegenden Arbeit als *Entheogen* bezeichnet werden, ein Neologismus der 1970 von R. Gordon Wasson, Jonathan Ott u.a. als Ersatz für pejorative Bezeichnungen wie Halluzinogen oder Psychotomimetikum, welche Konzepte von Wahnidee und Täuschung akzentuieren (lat. (h)alucinari = „faseln“) vorgeschlagen wurde. Entheogen bildet sich aus dem griechischen *entheos*, einem Begriff, der prophetische und poetische Inspiration umschreibt, und erscheint daher eher geeignet, traditionelle schamanistische Vorstellungen hinsichtlich psychoaktiver Substanzen zum Ausdruck zu bringen. (vgl. Ott, 1996, S.113 ; Rosenbohm, 1991, S. 14)

Ayahuasca ist eine Substanz des Amazonasgebietes, die aus Pflanzen gewonnen und als Getränk dargereicht wird, das durch eingedickte Abkochung entsteht. Ayahuasca setzt sich aus den Stängeln, Blättern und Wurzeln der Ayahuasca-Liane (*Banisteriopsis caapi*), des Chacrana-Strauches (*Psychotria viridis* mit dem Wirkstoff DTM) und anderen, oft variablen pflanzlichen Zusätzen zusammen. Die häufigsten Additive klassifiziert J. Ott in drei Kategorien:

- 1.) Nicht psychoaktive und möglicherweise therapeutische Additive
- 2.) Stimulanzen
- 3.) Entheogene und visionäre Drogen

Die erste Kategorie bezieht sich auf Pflanzen, die unter Umständen einen spezifischen therapeutischen Zweck haben, entweder durch pharmakologische Mechanismen oder durch ihre Bedeutung im Zusammenhang mit Heilungsmagie. Ott zitiert eine neuere Untersuchung von Ayahuasca-Additiven, die zeigt, dass vier der fünf meist gebrauchten phytotherapeutischen Anti-Rheumamitteln in Amazonien auch als Ayahuasca-Zusätze dienen. (Ott 1995, S. 25)

Das Hauptalkaloid von *Banisteriopsis* ist neben Harmalin und d-Leptaflorin die Substanz Harmin, die eine ausgeprägt sedative Wirkung hat. Daher finden wir in der Kategorie zwei stimulierende Pflanzen, die den Tränken gelegentlich zugefügt werden. Dies bezieht sich z.B. auf koffeinhaltige Substanzen (Guarana oder den Blättern von *Ilex guayusa*), sowie kokainhaltigen Gewächsen. (Ott 1995, S. 26)

Die dritte Kategorie, die visionären und entheogenen Ayahuasca-Zusätze unterteilt Ott in vier Untergruppen, die alle die Funktion haben, die visionserzeugende Wirkung von Ayahuasca zu verstärken.

Pflanzenbezeichnung	Psychoaktiver Wirkstoff
1.) Nicotiana	Nikotin
2.) Brugmansia	Tropanalkaloide
3.) Brunfelsia	Skopoletin
4.) Chacropanga/ Chacrana	Dimethyltryptamin(DMT)

zu 1.) Tabak ist nicht nur wie Ayahuasca im amazonischen, sondern im panamerikanischen Schamanismus tief verwurzelt. Die *tobaceros* schätzen ihn sogar oft als *Pflanzenlehrer* qualitativ höher ein, als *banisteriopsis* (Wilbert, 1987). Tabakrauch wird häufig zu zeremoniellen Anlässen inhaliert, oder als Tabaksud nasal oder oral eingenommen. (Harner, 1972)

zu 2.) Das halluzinogene Wirkspektrum verschiedener *brugmansia*-Arten führt zur gelegentlichen Nutzung als wahrsagefördernde Substanz in manchen Gebieten des andinen Hochlandes, im allgemeinen jedoch werden sie wegen ihrer angeblich wahnsinns- oder gar todbringenden Eigenschaften gemieden. Im Falle von *brugmansia suaveolens* wird sie sogar der schwarzen Magie (*brujeria*) zugeordnet. (vgl. Illius, 1987 S. 106)

zu 3.) *brunfelsia* wird sowohl als Beimischung der Ayahuasca-Mixtur, als auch im reinen Zustand als Entheogen verwendet. (Schultes-Hofmann, 1980 S. 68-69)

zu 4.) *chacropanga* bezeichnet Pflanzen der Spezies *diplopterys cabrerana*, *chacrana* ist das peruanische *Quechua*-Wort für das Rötengewächs *psychotria viridis*. In beiden Pflanzen ist das intensiv und kurz wirkende Entheogen DMT enthalten. Dimethyltryptamin wird dem Ayahuasca zugefügt, um die visionserzeugende Wirkung zu verstärken und zu verlängern. (Ott, 1995 S. 29)

Um die psychopharmakologischen Wirkungen des Ayahuasca-Rituals besser zu verstehen, soll hier speziell auf die zwei Hauptwirkstoffe Harmin und Dimethyltryptamin (DMT) eingegangen werden. Zu der Erforschung dieser beiden Substanzen finden man im Internet unter <http://www.pharmakeia.com/ayahuasca.htm> folgende Zusammenfassung:

„Der deutsche Giftkundler Louis Lewin, der durch die Erforschung des Entheogens Meskalin, das im Peyotl enthalten ist, bekannt wurde, war der erste, der die Substanz Harmin am Menschen ausprobierte. Zusammen mit Paul Schuster testet er die Droge als Mittel gegen Parkinsonismus, und tatsächlich wurde bei den Versuchsobjekten eine zeitweilige Besserung festgestellt. (Ott, 1995 S. 52) 1958 beschreibt Sydney Udenfried, dass Harmin die Eigenschaften von MAO-Hemmern besitzt, daher als Enzymhemmer im menschlichen Organismus wirksam wird. In den Sechzigern führte der Psychiater Claudio Naranjo eine Studie der psychischen Wirkungen von Harmalin durch und kommt zu dem Ergebnis, dass das Wirkprofil von Harmalin schwer zu interpretieren sei, und am ehesten einem Beruhigungsmittel gleicht. Es sei jedoch nicht mit Halluzinogenen wie etwa LSD oder Meskalin vergleichbar (Naranjo, 1967). Maja Maurer referiert die psychischen Effekte von Harmin als nicht in stärkerer Weise mit denen von Meskalin oder Psilocybin vergleichbar. Optisch-halluzinatorische Phänomene fänden nur in begrenztem Maße statt, und der durch Harmin hervorgerufene Zustand sei vor allem durch Rückzug von der Umgebung und durch eine wohlige Entspannungtheit charakterisiert. Maurer vermutet, dass neben Harmin andere Substanzen für die in der Literatur beschriebenen Wirkungen von Ayahuasca verantwortlich sein müssen (Leuner/Schlichting, 1992; S. 236)

Der Gebrauch von irreversiblen medizinischen MAO-Hemmern ist mit diätischen Maßnahmen verbunden, da bestimmte Nahrungsmittel bei lang andauerndem Verlust von bestimmten Enzymen lebensbedrohliche Zustände auslösen können. Die häufig mit der Benutzung von Ayahuasca im Amazonasgebiet verbundenen Restriktionen haben jedoch keine funktionale Bedeutung, sondern sind symbolisch-spirituell begründet. Das Harmin im Ayahuasca bewirkt eine kurzzeitige, reversible MAO-Hemmung, die einen Verzicht auf tyraminreiche und fermentierte Lebensmittel nur während der Zeit der unmittelbaren Drogenwirkung nötig macht. (Ott, 1996; S. 84)

Im Jahre 1955 wurde N,N-Dimethyltryptamin als Inhaltsstoff der Samen und Schoten eines Baumes aus der Familie der Leguminosae identifiziert. Diese Samen wurden in entheogenen Schnupfpulvern *Yopo*, *Vilva* oder *Cebil* bei Eingeborenen Südamerikas verwendet (Ott, 1995; S. 56; De Smet, 1985). 1956 testete eine Gruppe um Steven I. Szara zum erstenmal synthetisch hergestelltes DMT, das bereits 1931 zum erstenmal hergestellt worden war, aber bis dahin noch nicht auf seine Psychoaktivität untersucht war. Szara beschrieb eine „psychotische Wirkung, zum Teil ähnlich der, die von Meskalin oder LSD-25 verursacht wird“. (Ott, 1995 S. 56) DMT wurde von Szara intramuskulär injiziert, später fand man, dass

es oral verabreicht keinerlei Wirkung hervorruft. Wie kann also DMT seine Wirksamkeit in Ayahuasca-Tränken entfalten, die ja oral eingenommen werden?

Erinnern wir uns an die enzymhemmende Qualität von in *Banisteriopsis* enthaltenem Harmin und Harmalin. Diese Beta-Carboline blockieren das Enzym Monoamino-oxidase, das bspw. Tryptamine wie DMT oxidiert, bzw. abbaut, bevor sie das zentrale Nervensystem (ZNS) erreichen können. Harmin ermöglicht also durch die Hemmung eines DMT zersetzenden Enzyms dessen Stabilität in unserem Körper, so dass es seine psychotrope Wirkung im Gehirn entfalten kann. (Ott, 1995 S. 58)

Neuere Forschungsergebnisse über die Langzeitfolgen von Ayahuasca-Gebrauch zeigen, dass im Blut von Angehörigen der Uniao do Vegetal, einer synkretistischen Ayahuasca Bewegung aus Brasilien, ein signifikant höherer Anteil von Serotonin Rezeptoren nachgewiesen werden können, als in einer Testgruppe. Es ist kein anderes pharmakologisches Modell bekannt, das eine vergleichbare Wirkung hätte. (Grob, 1995)

Jonathan Ott charakterisiert die Entdeckung dieser elaborierten Wirkstoffsynergie durch die indigenen Kulturen des Regenwaldes als eine der größten pharmakologischen Entdeckungen der Vorzeit:

„...Kraft großer Sensitivität, tiefer Einsicht und eines abenteuerliebenden Geistes entdeckten die amazonischen schamanistischen Psychonauten (Jünger, 1970), dass ausnahmslos Blätter von *psychotria viridis* und *diplopterys cabrerana*, die normalerweise ziemlich harmlos sind, zu potenten Entheogenen werden, wenn man sie in einem Topf zusammen mit einigen Stücken von *banisteriopsis caapi* kocht; und dass ohne irgendetwas über Enzyme oder Alkaloide zu wissen! Das war in der Tat eine der meisterhaftesten Arbeiten und sicher eine der größten pharmakognostischen Entdeckungen der gesamten Vorzeit!“ (Ott, 1995 S. 58)

Betakarboline wie Harmin verlängern die Wirksamkeit von Tryptaminen im Organismus und ermöglichen die Entfaltung ihrer intensiven Visionen auch bei oraler Einnahme.

Um die Durchführung und Wirkung einer Ayahuasca-Sitzung besser zu verdeutlichen soll im folgenden eine Zusammenfassung eines Ayahuasca-Rituals dargestellt werden, wie es bei Walter Andritzky (1999) S. 141ff. zu finden ist.

Bei diesem Ayahuasca-Ritual handelt es sich um eine Gruppenbehandlung mit fünf Personen, die der Schamane *Felipe* und sein Bruder als Helfer durchführen. Zu Beginn versammeln sich die Teilnehmer nach Einbruch der Dunkelheit schweigend auf der Veranda von Felipes Hütte.

Nach einer halben Stunde entzündet Felipe seine Pfeife (*cashimba*) und bläst den Rauch über das Gefäß mit Ayahuasca, der damit „Kraft“ bekommen soll. Dann wedelt er mit einem Bündel aromatisch duftender Blätter über den Topf. Rauch und Duft stellen eine Kommunikation zu den Pflanzenmüttern von Ayahuasca und Tabak her. Zuerst trinkt Felipe, dann sein Bruder, dann Andritzky. Der Geschmack ist säuerlich bitter und stark zusammenziehend und erzeugt vorübergehend Übelkeit und später Benommenheit. Der Sohn von Felipe, der ebenfalls am Ritual teilnimmt ist der erste Patient. Felipe setzt sich vor ihn und wedelt mit den aromatischen Blättern über sein schmerzendes Bein, während er eine sich wiederholende Abfolge von Silben (*icaro*) singt. Dieser Vorgang dauert real etwa fünfzehn Minuten, wogegen das subjektive Zeitempfinden des Autors von einer Stunde ausgeht. In dieser Zeit erscheinen Farbraster im Blickfeld und bei geschlossenen Augen bunte Figuren. Felipe bläst nun Tabakrauch über das Bein und beginnt laut schlüpfend und stöhnend an der Stelle zu saugen, wobei er die Faust zwischen Mund und Bein hält. Nach jedem Saugen spuckt er laut hörbar aus. Danach folgt nochmaliges Singen und Wedeln. Auf diese Art behandelt Felipe auch die übrigen Patienten. Nach etwa vier Stunden ließ die Ayahuasca-Wirkung nach, obwohl Felipe drei Schalen Ayahuasca getrunken hatte, wirkt er bereits völlig nüchtern. In einer anderen Sitzung konnte Felipe weder durch das Ayahuascatrinken noch durch das Singen von *icaros* in den richtigen ekstatischen Zustand (die *mareacion*) kommen und brach die Behandlung ab, was Andritzky als Hinweis darauf sieht, dass die Heiler nicht auf die symbolische Wirkung der Heilakte vertrauen, sondern eine gewisse Intensität des Rausches benötigen, damit die Behandlung gelingt.

Ausgehend von diesen Beobachtungen skizziert Andritzky folgende Verlaufsstruktur:

- 1.) eine anfängliche *Konversationsphase*, während der die Patienten ankamen, und eine „Zeit der Sammlung“,
- 2.) eine *nonverbale rituelle Arbeitsphase*, die den Patienten sensorisch wahrnehmbar war durch
 - das Wedeln mit den aromatischen Blättern, das Singen und Pfeifen,
 - das Tabakrauchen und
 - das Schlürfen, Saugen und Ausspucken;
- 3.) die in der Interaktion vermittelten *Reizqualitäten* sind in der *Arbeitsphase* vorwiegend auditiv und olfaktorisch, da der *ayahuascero* den Patienten auch beim *Saugen* nicht berührt und in der Dunkelheit Gesten und Umgebung kaum wahrnehmbar sind;
- 4.) die Behandlung ist von einer *Konversationsphase* am Ende des Abends gefolgt.

Unser Nervensystem hat die Eigenschaft, Erfahrungen als Wirklichkeiten zu generieren. Gewöhnlich erzeugt es eine Wirklichkeit, die als kulturell richtig definiert und von den Teilhabern einer Kultur geteilt wird. Veränderungen in unserem Nervensystem führen zur Konstruktion anderer Wirklichkeiten, die wir als außergewöhnliche Bewusstseinszustände, Visionen oder Reisen in andere Welten bezeichnen. Die Techniken, mit denen wir unser Nervensystem verändern können, sind vielfältig und kommen innerhalb verschiedener kultureller Phänomene vor, so z.B. auch im Schamanismus.

Schamanismus ist ein Korpus von Techniken zur Bewusstseinsveränderung, eine Bewusstseinstechnologie zur Inszenierung der Erfahrungen im erweiterten Bewusstsein. Die Schamanen haben im Laufe der Kulturentwicklung eine Reihe höchst wirkungsvoller Techniken entwickelt, die ihnen den Zugang zu anderen Wirklichkeiten eröffnen können. Für diese in Ekstase zu erreichende *Anderswelt* hat Michael Harner den Begriff des *schamanischen Bewusstseinszustandes* geprägt:

„Der Schamane bewegt sich zwischen den beiden Wirklichkeiten aus freien Stücken und mit ernster Absicht hin und her. Ganz gleich welche die Wirklichkeit ist, der Schamane denkt und handelt auf die entsprechende Art und hat als Ziel die Meisterung sowohl seiner nicht alltäglichen als auch seiner alltäglichen Aktivitäten. Nur wer seinen Einsatz in beiden Gebieten erfolgreich meistert, ist ein Meisterschamane.

Beide Wirklichkeiten der Person des Schamanen, die nicht alltägliche und die alltägliche, haben ihren dazugehörigen Bewusstseinszustand. Jede Wirklichkeit kann nur erfolgreich erfüllt werden, wenn man auch in dem entsprechenden Bewusstseinszustand ist.“ (Harner 1994, S. 76f)

Die Erforschung des Schamanismus in der modernen Wissenschaft hat begonnen mit dem Bild des Medizinmannes als psychopathisch Gestörtem, bei längerer Beschäftigung mit diesem Thema wurde jedoch deutlich, dass aufgrund der Wirkungen heilerischer Arbeit eine unvoreingenommene Haltung notwendig ist, um zu einem umfassenderen Verständnis und möglicherweise auch Nutzung dieses Phänomens zu kommen.

Wir hörten, dass ein Schamane
Ein guter Therapeut ist.
Warum sollte ein Therapeut
Kein guter Schamane sein?

(Scharfetter, Rätsch 1998, S. 259)

8. Zusammenfassung und wissenschaftlicher Ausblick

Die folgenden Ausführungen sollen das, was in der Arbeit an Überlegungen ins Feld geführt wurde, noch einmal verdeutlichen und auf mögliche Konsequenzen in Praxis und Forschung befragen. Redundanzen sind unvermeidbar. Freilich mischen sich Forschungsergebnisse aus unterschiedlichen Feldern und die korrespondierenden Theorien mit den wissenschaftlichen und persönlichen Überzeugungen des Verfassers.

Ob die abendländische Wissenschaftswelt sich auf eine Zeit der Paradigmenwechsel zubewegt, muss letztendlich der kritische Leser selbst entscheiden. Der Verfasser dieser Arbeit tendiert dazu einen Wechsel anzunehmen. Darauf wurde im Text wiederholt direkt und indirekt hingewiesen. Darwins Thesen vom Überleben des Stärkeren (survival of the fittest) scheinen in ihrer rigiden Interpretation nicht länger haltbar zu sein und weichen dem Bild von Kooperation und Kommunikation in der gesamten Natur. In kritischer Selbsteinschätzung mag das Gesagte einem Ideal des Verfassers entspringen. Newtons „Uhrmacher-Universum“ zeigt Lücken und Risse, die durch die Einbeziehung quantenphysikalischer Phänomene in das makrokosmische Geschehen nach über acht Jahrzehnten, in denen die Quantenphysik in den Mikrokosmos verbannt war, nun neu verstanden und geschlossen werden können. Die Enttäuschung und Desillusionierung nach der Entschlüsselung des menschlichen Genoms hat das Interesse der Mikrobiologen stark in die Richtung der Epigenetik geführt und damit zu der Frage der Kommunikationswege und -formen der Zellen und Gene mehrzelliger Lebewesen. In der Neurobiologie ist das Paradigma vom starren, unveränderlichen Gehirn und Nervensystem durch die Erkenntnis der Neuroplastizität ersetzt worden. In vielen Bereichen führen diese Veränderungen zu neuen Erklärungsmodellen und Hypothesen, die bisher als unverständlich und unerklärlich Geltendes wieder in das Interesse wissenschaftlicher Erforschung rückt, selbst für Randgebiete wie die Energetische Medizin und Psychologie oder sogar den Phänomenen der in vielen Teilen der Welt praktizierten Volksheilkunde, dem Schamanismus.

Sinn dieser Arbeit ist es, die Auswirkungen der beschriebenen Veränderungen und Erkenntnisse auf die Theorie und Praxis von Sozialpädagogik, Sozialer Therapie und Psychosozialer Beratung zu beziehen, ohne dabei den Eindruck zu erwecken, das Rad neu erfinden zu wollen. Vielmehr ist das Anliegen auf eine Erweiterung der Perspektiven und eine Verknüpfung unterschiedlicher Forschungsbereiche ausgerichtet mit der Absicht,

dem analytischen Denken der westlichen Wissenschaft eine ganzheitliche Betrachtung sozusagen als Antithese hinzuzufügen, um so zu einer Synthese zu gelangen.

Die Entwicklung in dem großen Feld von Beratung hat zu einem Boom aber in gewissen Bereichen auch zu einem Ausverkauf geführt. Der enorm gestiegene Bedarf an Beratung, der sich zu einem großen Teil auf die Informationsfülle der Moderne zurückführen lässt, ist politisch nicht etwa durch Erweiterung professioneller Beratungsangebote beantwortet, sondern im Gegenteil durch das Psychotherapeutengesetz erheblich eingeschränkt worden. Die hierdurch entstandene Lücke zwischen Angebot und Nachfrage wird heute im steigenden Maße von oftmals unseriösen Instituten und oberflächlich ausgebildeten „Halblaien“ genutzt. Ein gutes Beispiel für die politische Halbherzigkeit, dieser Probleme Herr zu werden, zeigte sich in der praktischen Umsetzung des Gesundheitsreformgesetzes aus dem Jahre 2001 zum Thema Soziale Therapie. Hier wird eine alternativ zur medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung mögliche Beratungs- und Betreuungsform insofern verwässert, als die Rolle des Sozialtherapeuten von jedem Anbieter als so genanntem Leistungserbringer erfüllt werden kann. Damit wird eindeutig die Qualität zugunsten der Quantität hinten angestellt und die Wirksamkeit der gesetzlichen Regelung beschränkt sich letztendlich auf eine erweiterte Kontrolle psychisch Kranker. Es besteht echter Handlungsbedarf, der jedoch nicht allein von berufspolitischen oder fiskalischen Interessen begrenzt werden sollte. Vielmehr ist es erforderlich, dass sich die verschiedenen sozialwissenschaftlichen Disziplinen mit Innovation und professionellem Selbstbewusstsein diese praktischen Arbeitsfelder wieder zurückerobern.

Ein guter Ansatz zeigt sich im Präventionsgedanken der Gesundheitswissenschaft. Das mit dem Salutogenesebegriff erweiterte Verständnis von Gesundheit eröffnet dem Individuum die Möglichkeit aus einer passiv erduldenen Haltung gegenüber schicksalhaften Einflüssen in eine aktive, das Leben selbst gestaltende Einstellung zu gelangen. Das Grundbedürfnis der Selbstwirksamkeit führt auch in Krisen zu der Möglichkeit von Hilfsangeboten im Sinne eines „Hilf-mir-es-selbst-zu-Tun“, und der Erfahrung, Lösungen bestehender Probleme in den eigenen inneren Ressourcen zu suchen und zu finden. Dieser von Antonovsky eingeführte Kohärenzsinn (sense of coherence) weist auf die starken innerpsychischen Überlebenskräfte der Menschen und die Möglichkeit, diese in therapeutischen Prozessen zu nutzen, hin. Verstehbarkeit,

Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit sind die drei Komponenten des Kohärenzgefühls. Einfach gesprochen, bezeichnen sie die Fähigkeit des einzelnen, alltägliche und besondere Ereignisse in einem inneren Kontext zu sehen, zu verstehen und anzugehen.

Ausgehend von der Bewältigungs- und Stressforschung entwickelte sich neben der Salutogenese Emmi Werners Konzept der Resilienz. Das Paradigma der Resilienz legt den Fokus auf stärkende, heilende Kräfte (Resilienzfaktoren) sowohl in der Persönlichkeit des Kindes, aber auch in einer unterstützenden sozialen Umwelt. Traumata und Risiken stehen nicht weiter im ausschließlichen Mittelpunkt des analytischen und helfenden Interesses. Werners Langzeitstudie auf der Hawaiinsel Kauai deutet darauf hin, dass Kinder in der Lage sind Widerstandskräfte gegen belastende Erfahrungen zu entwickeln und sich gegen Überforderung durch die Entwicklung präventiven und kompensatorischen Verhaltens zu schützen. Es scheint sich bei der Resilienz nicht um ein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal zu handeln, sondern um eine sich im Laufe des Lebens entwickelnde Fähigkeit. Im psychotherapeutischen Kontext gesehen, rückt die Frage nach der Nutzbarkeit solcher Erkenntnisse immer mehr in den Mittelpunkt. Die Vorstellung, dass Kinder mit einer Verhaltensausrüstung zur Welt kommen, durch die sie von Anfang an fähig sind, ihr Überleben und ihre Existenz in einem gewissen Rahmen mitzugestalten, läßt sich jedoch aus dem bindungstheoretischen Ansatz Bowlbys schließen.

Das Hauptinteresse des Kinderpsychiaters John Bowlby richtete sich darauf, mit Hilfe seiner Beobachtungen und Folgerungen unter anderem die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen zu verstehen und wissenschaftlich fundiert zu verbessern. Dabei fokussierte er auf die Entwicklung psychischer Adaption von Individuen an die Erfahrungen gegebener Realitäten.

Eine der zentralen Aussagen der Bindungstheorie spricht von der angeborenen Neigung menschlicher Säuglinge die Nähe einer vertrauten Person zu suchen, mit dem Gefühlsziel der Sicherheit. Daraus entwickelte sich Bowlbys Annahme eines angeborenen motivationalen Systems zur Sicherung von Zuwendung, Geborgenheit und Schutz bei gleichzeitiger Gewährleistung notwendiger Auseinandersetzung mit der Welt. Die Darstellung eines angeborenen Bindungs- und Explorationssystems beim Kind beschreibt die Fähigkeit aus der bestehenden Sicherheit heraus das Explorationssystem in Gang zu

setzen, um im Erfolgs- oder Störfall erneut das Bindungssystem zu aktivieren und die Nähe zur Bindungsperson wieder herzustellen.

Ainsworth erweiterte in den siebziger Jahren Bowlbys theoretische Vorstellung durch den „Fremde-Situation-Test“. Bei ihren Untersuchungen entdeckte sie verschiedene Formen kindlichen Bindungsverhaltens, die sie in drei, später in vier unterschiedliche Kategorien unterteilte.

Die große Bedeutung von Interaktion und Kommunikation des Säuglings bzw. Kindes mit seinen primären Bezugspersonen zu erkennen, ist der Verdienst der Bindungstheorie. Die biologisch-biochemische Entsprechung finden wir in Petzolds kybernetischem Bedürfnis-Kommunikationsmodell, das uns zu den Konzepten Zugehörigkeitsgefühl und Selbstorganisation führt. Petzold, der in der Kommunikation mehr Resonanz als Bindung sieht, hat sich eingehend mit der Bedeutung dieser Konzepte befasst. Er beschreibt die Fähigkeit des Neugeborenen in kommunikative Resonanz mit seiner Umwelt zu treten und dabei neue Verschaltungen in Gehirn und Nervensystem sowie die Produktion und Ausschüttung von Neurotransmittern zu bewirken. In seinem Kybernetischen Bedürfnis-Kommunikationsmodell stellt er die autonome Selbstregulation in Verbindung mit Einflüssen aus der Umgebung als einen Regelkreis dar, dessen Sollwert sowohl die Befriedigung des konkreten Bedürfnisses als auch ein zufriedenes Zugehörigkeitsgefühl ist. Das Konzept des Zugehörigkeitsgefühls verdeutlicht, dass der grundlegende und für die individuelle, emotionale Entwicklung wichtigste Attraktor aus dem sozialen Übersystem kommt. Eine Annahme, die sich aus unterschiedlichen Wissenschaftsbereichen zu bestätigen scheint, z.B. von Experten wie Lipton, Hüther, Bauer, Spitzer u.a..

Ein gutes, mit den individuellen Bedürfnissen abgestimmtes Zugehörigkeitsgefühl, ist ein wichtiges Gesundheitsziel für Prävention, Therapie und Rehabilitation. Es kann gestärkt werden durch bedürfnisadäquate Kommunikation, da diese nicht nur das psychische Befinden, sondern ebenso den Haushalt von Neurotransmittern und letztendlich die integrierte Funktion des Organismus steuert.

Auch die neuen Erkenntnisse aus der Hirnforschung weisen auf die Bedeutung eines von den Eltern und der Umwelt geschaffenen Milieus hin, damit genetische Anlagen sich entfalten können. Die Entschlüsselung des menschlichen Genoms hat eine

Übereinstimmung von 99% mit dem des Schimpansen ergeben. Die 30.000 Gene des Menschen entsprechen fast dem Genom von Würmern. Die Enttäuschung der Genforscher war groß, führte aber auch zu der Hinwendung bisher vernachlässigter Forschungsbereiche, z.B. die Bedeutung der Zellhülle für ein- und ausgehende Signale, wie sie die Epigenetik erforscht, sowie die Wechselwirkungen und die Relevanz des umgebenden Milieus. Hirnentwicklung findet im lebendigen Dasein statt. Durch neue Scantechniken sind die Experten dabei, die nutzungsabhängige Strukturierung des Gehirns nachzuweisen. Das Angebot an Verschaltmöglichkeiten und Nervenzellen kann nur durch Anregung genutzt werden. Deshalb brauchen Kinder Anregungen, Herausforderungen sowie Bedingungen, unter denen sie diese Angebote nutzbar machen können. Entscheidende Lern- und Prägungsprozesse scheinen bereits vorgeburtlich im Mutterleib stattzufinden. Eine der interessantesten Erkenntnisse ist die Tatsache, dass ein Mensch durch die Vorstellung bestimmter Handlungen entsprechende Hirnareale aktivieren kann, ohne dabei handeln zu müssen, was unter dem Scanner zu sehen ist. Erfahrungen werden im Gehirn in Form von neuronalen Netzwerken verankert. Wenn mehrere sensorische Eindrücke gleichzeitig ankommen, werden die entstehenden Erregungsmuster aneinander gekoppelt. Das gilt auch für emotionale Reaktionen und ist im Bereich der psychosozialen Arbeit von großer Relevanz. Kritiker warnen vor raschen Zuordnungen und verweisen darauf, dass ein Aufflackern nicht zwangsläufig auf bestimmte Inhalte schließen lässt.

Das Selbstbild eines Menschen und die sich daraus ergebenden Ich-Funktionen werden in Form von Repräsentanzen im Präfrontalen Kortex angelegt. Um diesen zu strukturieren, muss sich das Kind in einem emotional sicheren Zustand befinden. Verunsicherung, Druck oder Irritation führen im Gehirn zu unspezifischen Erregungen (arousal), die das Frontalhirn blockieren.

Um Veränderungen im erwachsenen Gehirn zu bewirken, bedarf es emotionaler Aktivierungsprozesse. Viele Neurobiologen sind sich einig, dass Veränderungen im Gehirn in hohem Maße an Veränderungen von sozialen Beziehungserfahrungen gebunden sind. Die Beziehungserfahrung ist entscheidend dafür, dass im Klienten etwas bewirkt werden kann; therapeutische Techniken sind dagegen wahrscheinlich weitaus weniger relevant. Ähnlich verhält es sich mit der Qualität von Zielfindungsprozessen. Gemeint ist die von Wissenschaftlern angemahnte Ressourcenorientierung in einem gänzlich un-

esoterischen Verständnis. Hierzu gehört – als ein Beispiel – die Bedeutung von Vermeidungs- und von Annäherungszielen (vergl. Kap. 6.1)

Unkontrollierbare Belastungssituationen, wie wir sie in Fällen schwerer Traumatisierungen vorfinden, führen zu Bewusstseinszuständen, die mit starkem Stress gekoppelt sind. Eine der funktionalsten Möglichkeiten solche Zustände zu überwinden, finden wir in dem Rückgriff auf gespeicherte Lösungsaspekte. Hüther nennt z.B. Entspannung, Tanzen, Singen, meditatives Mantra Aufsagen, Joggen oder Nordic Walking, um das Gehirn im Ansatz zu beeinflussen und auf mögliche Lösungen des Problems vorzubereiten. Dabei überträgt sich der Rhythmus dieser Tätigkeiten ins Gehirn und es kommt so zur Synergie und Harmonie. Es entstehen Zustände, die als Flow, Rausch oder Trance bezeichnet werden und sich sehr gut dazu eignen, neue bessere Erfahrungen zu verankern. Im Sinne des Kohärenzgefühls können therapeutische Interventionen heilsame Vorstellungen und Bilder, mit denen Verstehbarkeit und Vorhersagbarkeit der Welt wiederhergestellt werden können, beim Betroffenen dazu genutzt werden, Angst abzubauen und Selbstvertrauen wieder herzustellen.

Die Biologie tiefer Überzeugungen und die Macht der Gedanken und inneren Bilder beschäftigen auch Zellbiologen und Epigenetiker. Die Einführung noninvasiver Scanningtechniken, die sich die Rolle der Energie als Informationsträger zunutze machen, hat auch in der Zellbiologie zu neuen Erkenntnissen geführt. Auch in diesem Wissenschaftsbereich zeigt sich ein Paradigmenwechsel weg vom Primat der DNS hin zu der Frage, was steuert die Gene, wie werden sie reguliert. Durch diese veränderte Fragestellung wurde die kommunikative und auf Kooperation gerichtete Natur unserer Gene entdeckt. Diese neue Erkenntnis zeigt, dass die Informationen, welche die Lebensvorgänge steuern, durch Umweltsignale aktiviert werden. Gene, so die Annahme, kommunizieren permanent mit der Umwelt und sind sowohl in ihren Beziehungen untereinander, als auch gegenüber dieser Umwelt ein kooperierendes Netzwerk. Die Epigenetiker sehen in der Zellhülle das Steuerungsorgan des Zelllebens, durch den der Körper Umweltsignale in Verhalten umsetzt. Die sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen sind möglicherweise auch für die Sozialwissenschaften von weitreichender Bedeutung, scheinen sie doch zu bestätigen, was Sozialmediziner und Sozialwissenschaftler schon seit Generationen erkannt haben, nämlich die wechselwirksame Beeinflussung von Gesellschaft und Individuum.

Die Forschungsarbeit der Molekularbiologin Pert führte zu der Entdeckung, dass die informationsverarbeitenden Rezeptoren in den Nervenzellmembranen in den meisten, wahrscheinlich in allen Körperzellen auftreten. Das scheint darauf hinzuweisen, dass der menschliche Geist bzw. das Bewusstsein durch Signalmoleküle im ganzen Körper verteilt ist. Es bedeutet, dass emotionale Zustände oder Stimmungen sowohl im Gehirn als auch im übrigen Körper stattfinden. Diese These könnte zu neuen Erklärungsmodellen der verschiedenen Körpertherapien beitragen.

Die bisher dargestellten neuen Erkenntnisse erfordern auch eine Überprüfung ihrer Praxisrelevanz, d.h. ein eher neurowissenschaftliches Verständnis in das psychosoziale Arbeitsfeld und die Psychotherapie- und Beratungsforschung einzubringen. Grawe entwickelt mit seiner Idee der Neuropsychotherapie ein Konzept in diese Richtung. Sein Verständnis der Genese psychischer Störungen sucht ihre Grundlagen bereits im neurologischen System des Menschen, womit er der Sichtweise der modernen Neurobiologie folgt. Für ihn ist ein entscheidendes Element für die Wirkung von Psychotherapie, die Erfahrungen, die ein Patient im Verlauf der Therapie bezüglich seiner Grundbedürfnisse macht. Aus dieser Grundannahme entwickelt er seine Überlegungen für eine wirkungsoptimierte Psychotherapie.

Auch der Neurobiologe Bauer sieht eine Chance in gezielten therapeutischen Interventionen, die sowohl das psychische Erleben, als auch die neurobiologischen Strukturen im Gehirn verändern können. Die andere Möglichkeit besteht für ihn in der Zeit der Pubertät, in der der hormonelle Ansturm einen Teil des epigenetischen Skripts ausradieren kann, unter der Voraussetzung, dass die Pubertierenden in dieser Phase tatsächlich neue, bereichernde Erfahrungen machen können. Sollten sich diese Überlegungen bestätigen, ergäben sich hieraus Anregungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendarbeit.

Bauer, der sich intensiv mit der neurobiologischen Entdeckung der Motivationssysteme auseinandergesetzt hat, beschreibt die Möglichkeit von Genen, Erfahrungen des Organismus in seiner Umwelt als biochemisches Skript abzuspeichern; hierdurch kann die Arbeitsweise eines Gens verändert werden. So hat es Einfluss auf das seelische Erleben und damit auf das Verhalten eines Individuums. Die biochemischen Strukturen, die für diese Veränderungen verantwortlich gelten, sind die Methylgruppen, die sozusagen als „biochemische“ Verpackung die Gene umwickeln. In der Folge ändert sich aus der Sicht

der Epigenetiker die Funktion des Gens, ohne dass sein „Text“ verändert wird, und die gemachten Erfahrungen hinterlassen ein modifiziertes epigenetisches Muster. Die hieraus gezogenen Schlussfolgerungen gehen soweit, dass epigenetisch bedingte Störungen in belasteten Familien gehäuft auftreten, weil traumatisierte Menschen offenbar einen biologischen Fingerabdruck zurückbehalten, der ihr eigenes Verhalten beeinflusst und dadurch an ihre eigenen Kinder weitergegeben wird. Solche Annahmen werden – auf dem Hintergrund rigider und bevölkerungspolitisch missbrauchter Vererbungstheorien – nicht unwidersprochen bleiben. Vorsicht und Widerspruch haben ihre volle Berechtigung. Dennoch sollten die Chancen, die sich aus einer forschungsgeleiteten Neubewertung in Richtung Prophylaxe und Therapie ergeben könnten, nicht von vorne herein eingestampft werden.

Die Beschäftigung mit veränderten Bewusstseinszuständen zu sozialtherapeutischen Interventionen geht weit über einen direkten oder indirekten Einsatz hypnotischer Phänomene hinaus und erfordert wahrscheinlich auch ein unvoreingenommenes Herangehen an die altbekannten und oftmals missverstandenen Methoden der Hypnose. Es geht hierbei gleichsam um eine Demystifizierung des alten Suggestionparadigmas (ein mächtiger Experte versetzt einem schwachen Klienten in Trance und befiehlt ihm etwas zu tun oder zu lassen) und die Annäherung an den Umstand, dass alle menschlichen Handlungen, Gedanken, Emotionen, Schuldgefühle, aber auch alle Aufbruchsstimmungen immer mit bestimmten psychophysiologischen Zuständen verbunden sind. In Anbetracht der bereits beschriebenen Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften, erlebt die medizinisch-psychotherapeutische Hypnose, wie sie M. Erickson praktiziert und gelehrt hat, eine Renaissance. Diese moderne Form setzt auf Kooperation zwischen Therapeuten und Patienten, auf Selbstorganisation des psychischen Apparates mit seinen Ressourcen und nutzt den Trancezustand, um diese Ressourcen aufzuspüren. Metaphern, Symbole und Rituale, Vorstellungen und Phantasieereisen kommt unter neurobiologischen Gesichtspunkten eine weitaus größere Bedeutung zu, als scheinbar machtvollen Fremdsuggestionen. In der Therapie- und Beratungspraxis können metaphorische Sprachformen als therapeutische Interventionen eingesetzt werden. Die Vorteile für die praktische Arbeit mit veränderten Bewusstseinszuständen durch Hypnose sind vielfältig. Entspannung und Trancezustände relativieren die kognitiven und emotionalen Zweifel und Selbstzensuren der Betroffenen und schaffen eine freiere Beweglichkeit zwischen Bewusstem und Unbewusstem und erweitern somit die Grenzen der Selbstwahrnehmung

auf positive Weise. Ein weiterer Vorteil liegt in der Entspannung des vegetativen Nervensystems, wodurch zur Harmonisierung bis hin zur Heilung somatischer Beschwerden beigetragen werden kann.

Ein weiterer, viel versprechender Ansatz unter den neuen Methoden und Techniken in der psychosozialen Behandlung, ist die Energetische Psychotherapie (EP). Zurzeit noch nicht wissenschaftlich abgesichert und empirisch evidenzbasiert zeigt die EP in der klinischen Praxis jedoch erstaunliche Ergebnisse. Die historischen Wurzeln der EP finden sich in der Traditionellen Chinesischen Medizin, der Akupunkturlehre und der Applied Kinesiology. Inspiriert wurde sie von den kognitiv-behavioralen Methoden, der Psychoanalyse, der Hypnotherapie nach Milton Erickson, dem NLP, den bioenergetischen Ansätzen und dem EMDR.

In der Behandlung wird das belastende psychische Problem durch die Stimulierung von Energieleitbahnen (klopfen oder reiben) bearbeitet, und dadurch eine Veränderung der psychischen Verfassung hervorgerufen, die eine Reduktion von Symptomen bewirkt.

Ein Vorteil dieser Methode ist die Möglichkeit einer therapeutisch abgestimmten Selbstbehandlung, und auch ihre gute Integrierbarkeit in psychotherapeutische und psychosoziale Beratung und Behandlung.

Ausgehend von der polyvagalen Theorie über die Vorstellung der Neurozeption begibt sich Stephen W. Porges in den Bereich einer medizinisch-aparativen Intervention zur Unterstützung psychisch Kranker. Seine zugrunde gelegte Fragestellung war, ob das neurobiologische Verständnis darüber, wie Verhaltensweisen neuronale Regelkreise auslösen und damit soziales Verhalten möglich machen, auch dazu führen kann, gezielte Interventionen zu kreieren – etwa um das Sozialverhalten von Personen mit psychiatrischen Erkrankungen zu verbessern. Die polyvagale Theorie besagt, dass sich bei einer kortikalen Regulierung der am sozialen Engagement beteiligten Stammhirnstrukturen soziales Verhalten und Kommunikation von selbst ergeben. Um spontan soziale Kontakte zu verbessern, stimuliert sie über eine akustische Intervention die neuronalen Schaltkreise, welche dann Gesichts- und Kopfmuskulatur steuern. Mit dieser Intervention werden akustisch-neuronale Bahnen stimuliert und trainiert, die am Zuhören beteiligt sind und gleichzeitig die Funktion anderer Aspekte sozialer Aktivität angeregt. Die vorläufigen Ergebnisse sind viel versprechend und legen nahe, dass spontanes Verhalten durch gezielte Interventionen gefördert werden kann.

Dass die beschriebenen neuen Paradigmen nicht wirklich alle ganz neu sind, darüber sind sich die Fachleute im Klaren. Ein Blick in die Geschichte der Biologie zeigt z.B., dass der Begründer der Entwicklungsbiologie Karl-Ernst von Baer keineswegs mit seinem Zeitgenossen Darwin übereinstimmte über den Kampf der Arten, sondern die Natur als ein harmonisches Ganzes betrachtete, ähnlich dem Körper mit seinen verschiedenen Zellen und Geweben (Weber 2007, S.44-46). Jakob von Uexküll und sein Sohn Thure, die in den sechziger Jahren die Psychosomatische Medizin begründeten, entwickelten zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine Bedeutungslehre der Natur, bei der sie die Aktivität eines Lebewesens untersuchten und es nicht als passiven Resonanzkörper von Naturgesetzen betrachteten. Welche wissenschaftlichen Hypothesen und Theorien sich jeweils durchsetzen, unterliegt häufig dem gleichen Mainstream wie die Mode und entsprechenden politischen Bedürfnissen der Machtsicherung. Verändern sich die kulturellen und politischen Bedingungen, besteht eine Chance „Neues im Alten“ zu entdecken. So versteht sich auch der Exkurs dieser Arbeit über den peruanischen Schamanismus. Das wirklich Neue ist die vorsichtige Zuwendung der abendländischen Wissenschaft zu Bereichen wie Geist, Seele, Lebensenergie und Spiritualität. Nichtwissenschaftliche Methoden wie der Schamanismus, der in weiten Teilen der Welt als Volksheilkunde betrieben wird, und z.B. in Peru selbst von Ärzten hinzugezogen wird, existieren schon seit Jahrtausenden und gehören zum respektablen Erfahrungswissen der Menschheit. Viele der von den Schamanen gemachten Aussagen über die Natur des Menschen und der Welt, scheinen durch die neuen Blickwinkel der Wissenschaften verständlicher zu werden. Die Eigenschaft unseres Nervensystems, Erfahrungen als Wirklichkeiten zu generieren, die kulturell als richtig definiert werden, ist im Schamanismus wohlbekannt. Veränderungen in unserem Nervensystem führen zur Konstruktion anderer Wirklichkeiten, die wir als veränderte Bewusstseinszustände bezeichnen. In der vorliegenden Arbeit wurde versucht zu zeigen, dass die Techniken, mit denen unser Nervensystem verändert werden kann, vielfältig sind und auch innerhalb verschiedener kultureller Phänomene wie z.B. dem Schamanismus vorkommen. Die Schamanen haben im Laufe der Kulturentwicklung eine Reihe höchst wirkungsvoller Techniken entwickelt, die ihnen den Zugang zu anderen Wirklichkeiten eröffnen können.

9. Literaturverzeichnis

Literaturliste Einleitung

Antonovsky, Anton (1987); Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. Jossey-Bass, San Francisco

Antonovsky, Anton (1997); Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen

Hurrelmann, K. und Laaser, H. (hrsg. 1993): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Beltz, Weinheim

Literaturliste Kapitel 1

Dörner, Klaus & Plog, Ursula (1992), Irren ist menschlich, 7. Auflage, Bonn

Haag, Fritz (1976) Sozialtherapie. In Hahn P. (Hrsg.) Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band 9. München

Hurrelmann, Klaus (1994), Sozialisation und Gesundheit, 3. Auflage, Weinheim

Jervis, Giovanni (1978) Kritisches Handbuch der Psychiatrie, Frankfurt/M.

Kasseler Schriften zur Sozialen Therapie 1/1988 und Band 3/1990, Hrsg. Porsch, Rita Prof.Dr., Universität Kassel, ISBN: 3-88122-441-6 und 3-88122-521-8

Keupp, Heiner (1986) Psychosoziale Praxis in einer sich spaltenden Gesellschaft. Wien.

Keupp, Heiner und Röhrle, Bernd (1987) Soziale Netzwerke. Frankfurt/M.

Kreismann, J. J.; Straus, H. (1989) Ich hasse dich – verlass mich nicht. Die schwarz-weiße Welt der Borderline-Persönlichkeit, Stuttgart

Linehan, M. (1996) Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, München

Linehan, M. (1996) Trainingsmanual zur dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, München

Mason, Paul T., Kreger, Randi (1998) Stop Walking on Eggshells, New Harbinger Publications, Inc. Oakland

Mason, Paul T., Kreger, Randi (2003) Schluss mit dem Eiertanz, Ein Ratgeber für Angehörige von Menschen mit Borderline, Psychiatrie-Verlag, Bonn

Reich, Wilhelm (1981) Charakteranalyse, Fischer-Taschenbuchverlag, Frankfurt/Main

Schneider, Kurt (1950) Die psychopathischen Persönlichkeiten, 9.Aufl. Wien

Schulze-Steinemann, Lisa (1996) Case-Management in der Sozialpsychiatrie. Sozialtherapeutische Überlegungen Unveröffentlichte Diplomarbeit, Kassel

Schwendter, Rolf (2000), Einführung in die Soziale Therapie, dgvt-Verlag, Tübingen

Strotzka, Hans (1965) Einführung in die Sozialpsychiatrie, Reinbek Verlag

Weizsäcker, Victor von (1947) Psyche. Stuttgart

Werner, Reiner (1988) Schwierige Charaktere, Berlin

Literaturliste Kapitel 2

BAC (1984) British Association for Counselling

Burks, H.M. und Steffle, B. (1979) Theories of Counselling (3rd Ed.), New York McGraw-Hill

Deutscher Bundestag (1975) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200. Bonn: Heger

Dörner, K. und Plog, U. (1989) Irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie und Psychologie, Bonn: Psychiatrie

Engel Frank, Nestmann Frank, Siekendieck Ursel Hrsg. (2004) Das Handbuch der Beratung Band 1 und Band 2, dgvt – Verlag, Tübingen

Feltham, C. und Dryden, W. (1993) Dictionary of Counselling. London: Whurr

Junker, H. (1973) Das Beratungsgespräch – Zur Theorie und Praxis kritischer Sozialarbeit, Kösel-Verlag München

McLeod, John (2004) Counselling – Eine Einführung in Beratung, dgvt – Verlag, Tübingen

Mrochen, Siegfried (2006), Sozialpädagogische Beratung - Familienberatung und -behandlung, in Siegen, Sozial1/2006

Nestmann, Frank (1997) Beratung, Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis, dgvt –Verlag, Tübingen

Schwendter, Rolf (2000) Einführung in die Soziale Therapie, dgvt – Verlag, Tübingen

Whiteley, J.M. (1984) A historical perspective on the development of counseling psychology as a profession. In S. D. Brown & R.W. Lent (Eds.), Handbook of Counseling Psychology. New York. Wiley

Literaturliste Kapitel 3

Abele, A. und Becker, P. (Hrsg. 1994) Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik, 2. Aufl. Juventa, Weinheim-München

Antonovsky, A. (1979) Health, Stress and Coping: new perspectives on mental and physical well being, Jossey-Bass, San Francisco

Antonovsky, A. (1993) The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. Social Science & Medicine 36: S. 725-733

Antonovsky, A. (1997) Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen

Bandura, A. (1997) Self-efficacy: the exercise of control. WH Freeman, New York

Bartsch, H.H., Bengel, J. (Hrsg. 1997) Salutogenese in der Onkologie. Karger, Basel

Bauer, J. (2006a) Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneuronen, Hoffmann und Campe, Hamburg

Bauer, J. (2006b) Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. 7. Aufl. Piper, München

Becker, P. (1992a) Seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft. Zeitschrift für klinische Psychologie XXI: S. 64-75

Becker, P. (1992b) Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung – Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit, S. 91 – 107. In Paulus, P. (Hrsg.) Prävention und Gesundheitsförderung: Perspektiven für die psychosoziale Praxis. GwG – Verlag, Köln

Bender, D. und Lösel, F. (1998) Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- und pathogenetische Ansätze. In: Margraf, J., Siegrist, J., Neumer, S. (Hrsg.): Gesundheits- Krankheitstheorie? Saluto- vs. Pathogenetischer Ansätze im Gesundheitswesen. Berlin (Springer), S. 117-145

Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H. (1998) Was erhält man gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Bretherton, I. (1995) Geschichte der Bindungstheorie. In: Spangler, G., Zimmermann, G. (Hrsg.) Die Bindungstheorie – Grundlagen, Forschungen, Anwendung, Klett-Cotta, Stuttgart

Brisch, K.H. (2000) Von der Bindungstheorie zur Bindungstherapie. In: Endres, M., Hauser, S. (Hrsg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie, S. 81 – 89, Ernst Reinhardt Verlag, München

Brooks, Robert und Goldstein, Sam (2007) Das Resilienz-Buch. Wie Eltern ihre Kinder fürs Leben stärken. Klett-Cotta, Stuttgart

Bowlby, J. (2005) Frühe Bindung und kindliche Entwicklung, 5. Aufl. Ernst Reinhardt Verlag, München

Dornes, M. (2000a) Die emotionale Welt des Kindes. Fischer Verlag, Frankfurt am Main

Dornes, M. (2000b) Die Eltern der Bindungstheorie: biografisches zu John Bowlby and Mary Ainsworth. In: Endres, M.; Hauser, S. (Hrsg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie. S. 18-37. Ernst Reinhardt Verlag, München

Ettrich, Klaus Udo (Hrsg. 2004) Bindungsentwicklung und Bindungsstörung, Thieme Verlag, Stuttgart – New York

Faltermaier, Toni (2004) Gesundheitsberatung. In: Nestmann et al. 2004, Handbuch der Beratung, Band II, S. 1063 – 1080, dgvt-Verlag, Tübingen

Fooker, Insa und Zinnecker, Jürgen (Hrsg.2007) Trauma und Resilienz, Chancen und Risiken lebensgeschichtlicher Bewältigung von belastenden Kindheiten, Juventa Verlag Weinheim und München

Franke, A. (1997) Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzepts, S. 169-190 in: Antonovsky A.:Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen

Frankl, Victor. E. (1982) ...trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. dtv, München

Fremmer-Bombik, E. (1995) Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In: Spangler, G., Zimmermann, P. (Hrsg.) Die Bindungstheorie – Grundlagen, Forschung und Anwendung. Klett-Cotta, Stuttgart

Frankl, Victor E. (1982) ...trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager, dtv München 27. Aufl. 2006

Grossmann, K., Grossmann, K.E. (1994) Bindungstheoretische Grundlagen psychologisch sicherer und unsicherer Entwicklung. GwG-Zeitschrift der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächstherapie 96, S. 26 – 41

Grossmann, K., Grossmann, K.E., Becker-Stoll, F., et al (1997) Die Bindungstheorie. Modell, entwicklungspsychologische Forschung und

Ergebnisse. In: Keller, H. Hrsg. Handbuch der Kleinkindforschung. 2. überarbeitete Aufl.. Huber, Bern

Grossmann,K., Grossmann K.E. (2004) Bindung. Das Gefüge psychischer Sicherheit. Klett-Cotta, Stuttgart

Haken, Hermann (1981) Erfolgsgeheimnisse der Natur: Synergetik, die Lehre vom Zusammenwirken, 2. Aufl., DVA, Stuttgart

Haken, Hermann, Haken-Grell, Maria (1997) Gehirn und Verhalten: unser Kopf arbeitet anders, als wir denken. DVA, Stuttgart

Heim, E. (1994) Salutogenese versus Pathogenese. Ein neuer Zugang zu einer alten Weisheit. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 124: S.1267-75

Hollnagel, H., Malterud, K. (1995) Shifting attention from objective risk factors to patients`self-assessed health resources: a clinical model for general practice. Family Practice 12:S. 423-429

Hüther, Gerald (2005) Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn, 5. Aufl., Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Hüther, Gerald (2001) Biologie der Angst. Wie aus Streß Gefühle werden. Sammlung Vandenhoeck & Ruprecht, 4. Aufl.

Hurrelmann, K. und Laaser, H. (Hrsg.1993) Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Beltz, Weinheim

Ijzendoorn, M.H. van (1995) Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview: Psychol. Bull. 117, S. 387 - 403

Köhler, L. (1992) Formen und Folgen früher Bindungserfahrungen, Forum Psychoanalyse 8, S. 263 - 280

Lamprecht, F. und Johnen, R. (Hrsg. 1997) Salutogenese: Ein neues Konzept in der Psychosomatik? 3. Aufl. VAS, Frankfurt am Main

Lorenz, Konrad (1935) Der Kumpan in der Umwelt des Vogels, Zeitschrift für Ornithologie 1983, S. 187 – 213, S. 289 - 413

Luthar, S.S. (1995) Social competence in the school setting; Prospective cross-domain associations among inner-city teens. In: Child Development, 66.S. 416-429

Luthar, S.S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000) The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Development, 71:S. 543-562

Maine, M., Cassidy, J. (1988) Categories of response to reunion with parent at age 6: Predictable from infant attachment classification and stable over a one month period. Dev Psychol. 24, S. 415 - 426

Mrochen, S. (2006) Unveröffentlichte Seminarunterlage

Mrochen, S. und Berchtold, E. und Hesse, A. (Hrsg. 1998) Standortbestimmung Sozialpädagogischer und Sozialarbeiterischer Methoden. Dokumentation einer Arbeitstagung in Siegen 17. – 20. April 1996), Beltz, Weinheim

Nestmann, Frank et al. (Hrsg. 2004) Das Handbuch der Beratung Band II: Ansätze, Methoden und Felder, dgvt-Verlag, Tübingen

Petzold, Theodor D. (2006) Bedürfniskommunikation und Zugehörigkeitsgefühl;
http://www.gesunde-entwicklung.de/tl_files/user_upload/docs/bedürfniskommunikation.pdf
http://www.hs-magdeburg.de/fachbereiche/f-humanw/studiengaenge/kiwi/ring_ges/4-ringvorlesung-wise-2009-10/09-10-27Theodor.pdf

Rutter, M. (2000) Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In: Shonkoff, J.P., Samuel, J., Meisels, S. J. (Hrsg.): Handbook of early childhood intervention. 2. Aufl. (Cambridge University Press)

Sack, M., Lamprecht, F. (1998) Kohärenzgefühl und Salutogenese: Aaron Antonovskys Konzept gesundheitsprotektiver Ressourcen, S. 325-336. In: Schüffel et al (Hrsg.): Handbuch der Salutogenese: Konzept und Praxis. Ullstein Medical, Wiesbaden

Schachtner, C.H. (1996) Die Ressourcen-Orientierung in der Pflege: ein Beitrag zur Zukunft der Pflege in Theorie und Praxis: Pflege 9, S. 198-206

Schäfer, H. (1993) Gesundheitswissenschaft: Versuch eines wissenschaftlichen Programms und seiner Anwendung. Verlag für Medizin, Dr. Ewald Fischer, Heidelberg

Schmidt-Lack, C. (2000) Aggressives und gewaltbereites Verhalten kleiner Kinder – Erklärungsansätze mit bindungstheoretischem Hintergrund, Köhler, Gießen

Schmidt, S., Strauß, B. (1997) Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie, Teil 2. Mögliche Implikationen der Bindungstheorie für die Psychotherapie und Psychosomatik. Psychotherapeut 42, S. 1 - 16

Schüffel, W., Brucks, U., Johnen, R., Köllner, V., Lamprecht, F., Schnyder, U. (Hrsg. 1998) Handbuch der Salutogenese: Konzept und Praxis. Ullstein Medical, Wiesbaden

Spitz, RA. (1969) Discussion of Dr. John Bowlbys paper. The Psychoanalytic Study of the Child 15, S. 85 – 94, 113 - 117

Uexküll, Thure von (1991) Psychosomatik als Suche nach dem verlorenen lebenden Körper“, Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie 41, S. 482-488

Waller, H. (1996) Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen und Praxis, 2. Aufl. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln

Werner, E. E. (2000) Protective factors and individual resilience. In: Shonkoff, J.P., Meisels, S. J. (Hrsg.) Handbook of early childhood intervention. Cambridge University press, S. 115 - 132

Werner, E.E., Smith, R. S. (1982) Vulnerable but invincible – A longitudinal study of resilient children and youth. New York (McGraw-Hill)

Werner, E.E., Smith, R.S. (1992) Overcoming the Odds. High Risk Children from Birth to Adulthood. Ithaca/London (Cornell University Press)

Werner, E.E. (2001) Unschuldige Zeugen. Der zweite Weltkrieg in den Augen von Kindern. Hamburg/Wien

Literaturliste Kapitel 4

Antonovsky, A. (1997) Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen

Bauer, Joachim (2006) Warum ich fühle, was Du fühlst, Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneuronen, Hoffmann und Campe, Hamburg

Bauer, Joachim (2006) Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern, 8. Aufl., Piper, München – Zürich

Bauer, Joachim (2006) Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren, Hoffmann und Campe, Hamburg

Etrich, Klaus Udo (Hrsg. 2004) Bindungsentwicklung und Bindungsstörung, Thieme Verlag, Stuttgart – New York

Freud Sigmund (2000), Bd. VI, Hysterie und Angst, Fischer Frankfurt am Main

Freud, Sigmund (2000), Studienausgabe limitierte Sonderausgabe Bd. I – X und
Ergänzungsband, Fischer - Taschenbuchverlag Frankfurt am Main

Grawe, Klaus (2004) Neuropsychotherapie, Hogrefe, Göttingen

Hüther, Gerald und Krens, Inge (2005) 3. Auflage. Das Geheimnis der ersten neun
Monate. Unsere früheste Prägung. Patmos Verlag GmbH & Co. KG, Walter Verlag,
Düsseldorf

Hüther, Gerald (2005) Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn, 5. Aufl.,
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Hüther, Gerald (2006) Brainwash: Einführung in die Neurobiologie für Pädagogen,
Therapeuten und Lehrer, Originalaufzeichnung einer Vorlesung in St. Gallen,
Auditorium Netzwerke (DVD)

Hüther, Gerald (2001) Biologie der Angst, Wie aus Stress Gefühle werden, 4.Aufl.,
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Myrtek M., Scharff C. (2000) Fernsehen, Schule und Verhalten. Untersuchungen zur
emotionalen Beanspruchung von Schülern, Bern: Huber Verlag

Riemann, Fritz (2000) Grundformen der Angst: Eine tiefenpsychologische Studie, E.
Reinhardt Verlag, München; Basel

Spitzer, Manfred (2006) Nervenkitzel. Neue Geschichten vom Gehirn.
Suhrkampmedizin Human, Frankfurt

Literaturliste Kapitel 5

Arnsten, A. F. T. and Goldman – Rakic, P. S. (1998) Noise Stress Impairs Prefrontal Cortical Cognitive Function in Monkeys: Evidence for a Hyperdopaminergic Mechanism. Archives of General Psychiatry 55, S. 362 – 368

Avery, O.T., MacLeod C.M., et al. (1944). “Studies on the Chemical Nature of the Substance inducing Transformation of Pneumococcal Types. Induction of Transformation by a Deoxyribonucleic Acid Fraction isolated Pneumococcus Type III.” Journal of Experimental Medicine 79, S. 137-158.

Bauer, Joachim (2006). Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren. Hoffmann und Campe Verlag, Hamburg

Bauer, Joachim (2006) Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hoffmann und Campe Verlag, Hamburg

Blech, Jörg (2008) Der Bruch des bösen Zaubers, Spiegel Nr. 32/2008, S. 110 - 112

Brown, W.A. (1998) The Placebo Effect: Should doctors be prescribing sugar pills? Scientific American 278 (1), S. 90 - 95

Chu, S. (2002). „Cold atoms and quantum control.“ Nature 416, S. 206 – 210

Discovery (2003) Placebo: Mind over Medicine? Medical Mysteries. Silver Spring, MD, Discovery Health Channel

Church, Dawson (2008), Die neue Medizin des Bewusstseins, Wie Sie mit Gedanken und Gefühlen Ihre Gene positiv beeinflussen können, VAK Verlags GmbH, Kirchzarten bei Freiburg

Goldstein, L.E. and Rasmusson, A.M., et al. (1996) Role of the Amygdala in the Coordination of Behavioral, Neuroendocrine, an Prefrontal Cortical Monoamine

Responses to Psychological Stress in the Rat. Journal of NeuroScience 16 (15): 4787 - 4798

Greenberg, G. (2003) Is it Prozac? Or Placebo? Mother Jones, S. 76 - 81

Grawe, Klaus (2004) Neuropsychotherapie, Hogrefe, Göttingen

Haken, Hermann (1995). Erfolgsgeheimnisse der Natur. Synergetik: Die Lehre vom Zusammenwirken. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg

Holden, C. (2003) Future Brightening for Depression Treatments. Science 302, S. 810 - 813

Horgan, J. (1999) Chapter 4: Prozac and other Placebos. The undiscovered Mind: How the Human Brain Defies Replication, Medication, and Explanation. New York, The Free Press: S. 102 - 136

Hüther, Gerald (2005) Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn, 5. Aufl., Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Hüther, Gerald und Krens, Inge (2005) 3. Auflage. Das Geheimnis der ersten neun Monate. Unsere früheste Prägung. Patmos Verlag GmbH & Co. KG, Walter Verlag, Düsseldorf

Hüther, Gerald (2006) Die Macht der inneren Bilder, Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern, Vandhoeck & Ruprecht, Göttingen

Huxley, Aldous (1954 u. 1956). Die Pforten der Wahrnehmung. Himmel und Hölle. Erfahrungen mit Drogen. Überarbeitete Neuauflage (1981). Serie Piper, Piper & Co. Verlag, München

Jablonka, E. und Lamb, M. (1995). „Epigenetic Inheritance and Evolution: The Lamarckian Dimension.“ Oxford, Oxford University Press

Kirsch, Irving, Moore, T.J. et al. (2002) The Emperor's New Drugs: An Analysis of Antidepressant Medication Data Submitted to the U.S. Food and Drug Administration. Prevention & Treatment (American Psychological Association) 5; Artikel 12

Kopp, M.S. and Réthelyi, J. (2004) Where psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality – the Central-Eastern European health paradox. Brain research Bulletin 62, S. 351 – 367

Lederberg, J. (1994). Honoring Avery, MacLeod, and McCarty: The Team that Transformed Genetics. The Scientist, 8, S. 11

Leuchter, A.F., Cook, I.A., et al. (2002) Changes in Brain Function of Depressed Subjects during Treatment with Placebo. American Journal of Psychiatry 159 (1), S. 122 – 129

Levine, Peter A. und Frederick, Ann (1998). Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Unsere Fähigkeit, traumatische Erfahrungen zu transformieren. Synthesis-Verlag, Essen

Lipton, B. H., Bensch, K.G. et al (1992). „Histamine – Modulated Transdifferentiation of Dermal Microvascular Endothelial Cells”. Experimental Cell Research 199; S. 279-291

Lipton, Bruce H. (2006) 2. Aufl. Intelligente Zellen. Wie Erfahrungen unsere Gene steuern. KOHA-Verlag GmbH Burgrain

Lipton, Bruce H. (2005). Biology of Belief, Mountain of Love/Elitebooks

Vortrag Lipton/Bradon am 7. Juni 2007 in Frankfurt am Main

Mason, A A. (1952). “A Case of Congenital Ichthyosiform Erythrodermia of Borcq Treated by Hypnosis.” British Medical Journal 30: S. 442-443

<http://www.medizininfo.de/endokrinologie/anatomie/nebennieren.htm>

McEwen, B. and Lasley E. N. (2002) *The End of Stress As We Know It*. Washington, National Academies Press

McEwen, B.S. and Seeman, T. (1999) Protective and Damaging Effects of Mediators of Stress: Elaborating and Testing the Concepts of Allostasis and Allostatic Load. *Annals of the New York Academy of Science* 896, S. 30 - 47

Moseley, J.B., O'Malley, K., et al. (2002) A Controlled Trial of Arthroscopic Surgery for Osteoarthritis of the Knee. *New England Journal of Medicine* 347 (2), S. 81 - 88

Nijhout, H.F. (1990). "Metaphores and the Role of Genes in Development." *Bioessays* 12(9); S. 441-446

Oschmann, J.L. (2000), Kapitel 9: Vibrational Medicine. *Energy Medicine: The Scientific Bases*. Edinburgh, Harcourt Publishers, S. 121-137

Pert, Candace B. (2005) 2. Auflage, *Moleküle der Gefühle. Körper, Geist und Emotionen*, Rowohlt Taschenbuch Verlag

Pophristic, V. und Goodman L. (2001). „Hyperconjugation not steric repulsion leads to the staggered structure of ethane.“ *Nature* 411, S. 565-568

Pray, L.A. (2004). "Epigenetics: Genome, Meet Your Environment". *The Scientist*, S. 14-20

Reik, W. and Walter, J. (2001). "Genomic Imprinting: Parental Influence on the Genom." *Nature Reviews Genetics* 2; S. 21f

Rumbles, G. (2001). "A laser that turns down the heat." *Nature* 409, S. 572 – 573

Seegerstrom, S.C. and Miller, G.E. (2004) Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. Psychological Bulletin 130 (4): S. 601 - 630

Silvermann, P.H. (2004). "Rethinking Genetic Determinism: With only 30,000 genes, what is it that makes humans human?" The Scientist, S. 32-33

Surani, M.A. (2001). "Reprogramming of Genome Function through epigenetic inheritance". Nature 414, S. 122f

Szent-Györgyi, A. (1960). Introduction to a Submolecular Biology. New York, Academic Press.

Takamatsu, H., Noda, A., et al (2003) A PET study following treatment with a pharmacological stressor, FG7142, in conscious rhesus monkeys. Brain research 980, S. 275 – 280

Tsong, T.Y. (1989). "Deciphering the language of cells." Trends in Biochemical Sciences 14, S. 89-92

Literaturliste Kapitel 6

Bandler, R.; Grinder, J. 1981 (b). Neue Wege der Kurzzeittherapie.

Neurolinguistische Programme. Junfermann Verlag, Paderborn

Baker, L.A. et al. (1992) Genetic and environmental influences on positive and negative affect: Support for a two-factor theory. Psychology and Aging, 7, S. 158 – 163

Bauer, Joachim (2006) Warum ich fühle, was Du fühlst, Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneuronen, Hoffmann und Campe, Hamburg

Bauer, Joachim (2006) Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern, 8. Aufl., Piper, München – Zürich

Bauer, Joachim (2006) Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren, Hoffmann und Campe, Hamburg

Benett, A.J. et al. (1998) Serotonin transporter gene variation, strain and early rearing environment effect, CSF 5-HIAA concentrations in rhesus monkeys. American Journal of Primatology, 45, S. 168 – 169

Berridge, K. C. und Robinson, T. E. (1998) What ist he role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience. Brain research Review, 28, S. 309 - 369

Bohne, Michael, Eschenröder, Christof T., Wilhelm-Gößling, Claudia (Hrsg.) 2006. Energetische Psychotherapie – integrativ, Hintergründe, Praxis, Wirkhypothesen, dgvt-Verlag, Tübingen

Callahn, R. (2001a), Der unwiderstehliche Drang, Kirchzarten VAK

Callahn, R. (2001b), Leben ohne Phobie, Kirchzarten VAK

Church, Dawson (2008) Die neue Medizin des Bewusstseins. Wie Sie mit Gedanken und Gefühlen Ihre Gene positiv beeinflussen können, Kirchzarten: VAK

Costa, P. T. und McCrae, R. R. (1988) Personality in adulthood: a six year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. Journal of Personality and Social Psychology 54, S. 853 - 863

Coué, Emil 1997, Die Selbstbemeisterung durch bewußte Autosuggestion, Schwabe & Co. AG Verlag, Basel

Davidson, R. J. (1993) Childhood temperament and cerebral asymmetry: a neurobiological substrate of behavioural inhibition. In Rubin & Asendorpf (Hrsg.) Social Withdrawal, inhibition, and shyness in childhood (S. 31 – 48) Hillsdale, N. J.: Erlbaum

Davidson, R. J. und Fox, N.A. (1989) Frontal brain asymmetry predicts infants' response to maternal separation. *Journal of Abnormal Psychology* 89, S. 127 – 131

Diamond, John (2001a) *Die heilende Kraft der Emotion*, Kirzcharten: VAK

Diamond, John (2001b) *Der Körper lügt nicht*, Kirzcharten: VAK

Dozier, M., Stovall, K.C. & Albus, K.E. (1999) Attachment and psychopathology in adulthood. In Cassidy, J. & Shaver, P. (Hrsg.) *Handbook of attachment* (S. 497 – 519) New York, Guilford

Egli, R. 1984; Geschichtlicher Abriss der medizinischen Hypnose. In: *Hypnos* 1, 32.

Erickson, Milton H.; Rossi, E.L.; Rossi S. L. 1978, *Hypnose. Induktion - Psychotherapeutische Anwendung – Beispiele*, Pfeiffer Verlag, München

Erickson, M. H.; Rossi, E.L. 1981(a). *Hypnotherapie: Aufbau – Beispiele – Forschungen*. Pfeiffer Verlag, München

Erickson, M.H.; Rossi, E. L. 1981(b). *Experiencing Hypnosis: Therapeutic Approaches to altered states*. Irvington, New York

Ettrich, Klaus Udo (Hrsg. 2004) *Bindungsentwicklung und Bindungsstörung*, Thieme Verlag, Stuttgart – New York

Furmark, T., et al. (2002) Common Changes in Cerebral Blood Flow in Patients With Social Phobia Treated With Citalopram or Cognitive Behavioral Therapy, *Archives of General Psychiatry* 59, S. 423 - 453

Gaensbauer, T. et al. (1984) Social and affective development in infants with a manic-depressive parent. *American Journal of Psychiatry* 141, S. 223 - 229

- Gallo, Fred P. (2000), Energetische Psychologie. Kirchzarten: VAK
- Gallo, Fred P. (2002), Energy Psychology in Psychotherapy. New York: Norton.
- Gibbons, D. E. 1979. Applied Hypnosis and Hyperempiria. New York: Plenum Press
- Görres, Ulrich (2008) Secret EFT: Wie Sie das Gesetz der Anziehung mit EFT-Klppfen wirklich erfolgreich für sich nutzen, param-Verlag, Ahlerstedt
- Gordon, D. 1986, Therapeutische Metaphern, Junfermann, Paderborn
- Grawe, Klaus (2004) Neuropsychotherapie, Hogrefe, Göttingen
- Gray, J. A. (1982) The Neuropsychology of Anxiety. New York, Oxford, University Press
- Grossmann, K. E. und Grossmann, K. (1991) Attachment quality as an organizer of emotional and behavioural responses in longitudinal perspective. In Parkes et al. (Hrsg.) Attachment across the life cycle (S. 93 – 114) London: Tavistock/Routledge
- Hartmann, S. (2002), Emotionale Freiheit: Soforthilfe in Stresssituationen mit Akupressur, Kirchzarten: VAK
- Heim, C. et al. (2000) Pituitary-adrenal and automatic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. Journal of the American Medical Association, 284, S. 592 - 597
- Hofer, M.A. (1984) Relationships as regulators: A Psychological Perspective on bereavment, Psychosomtic Magacine, 46, S. 183 – 197
- Hofer, M.A. (1987) Early social relationships: A Psychophysiologicalists'view. Child Development 58. S. 633 - 647

Holtforth, M. und Grawe, K. (2002) FAMOS Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata

Hoppe, F. 1986, Direkte und indirekte Suggestionen in der hypnotischen Beeinflussung chronischer Schmerzen, Lang, Frankfurt

Hui, K.K.S., Liu, J., Makris, N., Gollub, R.W., Chen, A.J.W., Moore, C.I., Kennedy, D.N., Rosen, B.R. & Kwong, K.K. (2000). Acupuncture modulates the limbic system and subcortical gray structures of the human brain: Evidence from fMRI studies in normal subjects. *Human Brain Mapping* 9(1)

Insel, Thomas und Fernand, Russell (2004) How the brain processes social information: Searching for the social brain. *Annual review of Neuroscience* 27; S. 697

Jellouschek, H. 1986, Der Froschkönig. Ich liebe dich, weil ich dich brauche. Kreuz-Verlag, Wiesbaden

Kaiser Rekkas, Agnes 2001, Klinische Hypnose und Hypnotherapie, Praxisbezogenes Lehrbuch für die Ausbildung, 2. Aufl., Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg

Kossak, H.-C. 1989, Hypnose. Ein Lehrbuch. Psychologische Verlagsunion, München

Kroger, W. S.; Fezler, W. D. 1976 Hypnosis and Behaviour Modification: Imagery Conditioning. Philadelphia: Lippin Cott

LeDoux, J.E. (2001) Das Netz der Gefühle. dtv - Verlag München

LeDoux, J.E. (2002) Synaptic Self: How our brains become who we are, Viking Penguin, New York

Lengenthaler, H. 1984. Übersichtstafel Geschichte der Hypnose in Europa. In *Hypnos* 1, 33.

Lesch, K.P. et al. (1996) Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region, *Science*, 274, S. 1527 - 1531

Levine, Peter A. und Frederick, Ann (1998) *Trauma-Heilung: Das Erwachen des Tigers, Unsere Fähigkeit, traumatische Erfahrungen zu transformieren*, Synthesis, Essen

Lipton, Bruce H. (2. Aufl. 2006), *Intelligente Zellen. Wie Erfahrungen unsere Gene steuern*, KOHA-Verlag GmbH, Burgrain

Main, M., Kaplan, N. und Cassidy, J. (1985) Security in infancy, childhood and adulthood: A Move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Hrsg.) *Growing points in attachment theory and research* (Vol. 50. S. 66 – 104): *Monographs of the Society for Research in Child Development*

Mrochen, Siegfried und Holtz, Karl L. 2005, *Einführung in die Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Carl-Auer Verlag, Heidelberg

Rada, P., Mark, G. und Hoebel, B. G. (1998) Dopamine release in the nucleus accumbens by hypothalamic stimulation-escape behaviour. *Brain research*, 782, S. 228 – 234

Porges, Stephen W. (2010) *Die Polyvagal-Theorie, Neurophysiologische Grundlagen der Therapie, Emotionen, Bindung, Kommunikation und ihre Entstehung*

Radtke-Yarrow, M. et al. (1985) Pattern of attachment in two- and three-years-olds in normal families and families with parental depression. *Child development*, 56, S. 884 - 893

Ricks, M. (1985) The social transmission of parental behaviour: Attachment across generations. In I. Bretherton and E. Waters (Hrsg.) *Growing points in attachment theory and research* (Vol 50. S. 211 – 227): *Monographs of the Society for Research in Child Development*

Rogers, R. 1982, *Metaphor: A Psychoanalytical View*. Berkeley, University of California Press

Rosen, Sidney 2000, *Die Lehrgeschichten von Milton H. Erickson*, iskopress, Salzhausen

Rossi, E.L. (Hrsg.) 1996, *Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson Bd. II: Indirekte Suggestionen und Gefahren der Hypnose*, Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg

Schauenburg, H. & Strauss, B. (2002) *Bindung und Psychotherapie*. In B. Strauss et al. (Hrsg.) *Klinische Bindungsforschung* (S. 281 – 292) Stuttgart, Schattauer

Schulte, D. (2000) *Angststörungen*, In G. Lazarus-Mainka & S. Srebeneick (Hrsg.), *Angst und Ängstlichkeit, Ein Lehrbuch*, Göttingen, Hofgreffe

Sroufe, L. A., Carlson, E. & Shulman, S. (1993) *The development of individuals in relationships: From infancy through adolescence*. In Funder et al. (Hrsg.) *Studying lives through time: Approaches to personality and development* (S. 315 – 342) Washington: American Psychological Association

Stadler, K.F. 1980, *Hypnosetherapie. Ihre Wirkungsweise und Heilmöglichkeiten an Körper und Seele*. Ariston Verlag, Genf

Tellegen, A. et al. (1988) *Personality similarity in twins reared apart and together*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, S. 1031 – 1039

Tomatis, Alfred A. (1998) *Der Klang des Lebens: Vorgeburtliche Kommunikation – Die Anfänge der seelischen Entwicklung*, rororo, Hamburg

Watzlawick, Paul 1967, *Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*, W.W Norton & Co. Inc., New York

Watzlawick, Paul; Beavin, Janet H.; Jackson, Don D. 1980, Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien, Huber Verlag, Bern, Stuttgart, Wien

Zahn-Waxler, C. et al. (1984) Altruism, aggression and social interaction in young children with a maniac depressive parent. Child Development, 48, S. 555 – 562

Literaturverzeichnis Kapitel 7

Adelaars, Arno, Rätsch, Christian und Müller-Ebeling, Claudia (2006) Ayahuasca: Rituale, Zaubetränke und visionäre Kunst aus Amazonien, AT Verlag, Baden, München

Andritzky, Walter (1988), Band I, Schamanismus und rituelles Heilen im alten Peru, Die Menschen des Jaguar, Band II, Viracocha, Heiland der Anden, Verlag Clemens Zerling, Berlin

Andritzky, Walter (1999), Traditionelle Psychotherapie und Schamanismus in Peru, Berlin, VWB, Verlag für Wissenschaft und Bildung

DeSmet, P.A.G.M. (1985) „A multidisciplinary overview of intoxicating snuff rituals in the western hemisphere”. Journal of Ethnopharmacology 13 (1985), S. 3 - 49

Diószegi V. und Hoppál M. (Hrsg.)(1978). Shamanism in Siberia. Bibliotheca Uralica. Budapest: Akadémiai Kiadó, 27-58

Eliade, Mircea (1975) Schamanismus und archaische Ekstasetechnik, 1. Auflage. Frankfurt am Main, Suhrkamp

Eliade, Mircea (1997), Schamanismus und archaische Ekstasetechnik, 9. Auflage.
Frankfurt am Main: Suhrkamp

Eliade, Mircea und Călianu, Ioan P. (1995), Handbuch der Religionen. Frankfurt am
Main: Suhrkamp Taschenbuch

Gagan, Jeanette (2000), Reisen zum Selbst. Wo Schamanismus und Psychologie sich
begegnen. München: Deutscher Taschenbuch-Verlag GmbH&Co.KG

Gilberg, Rolf (1984), How to recognize a shaman among other religious specialists.
In: Hoppál Mihály (Hrg.), Shamanism in Eurasia, Göttingen: Ed. Herodot, Band I, 21-
27

Giese, C. (1989) "Curanderos". Traditionelle Heilkundige in Nord-Peru.
Hohenschäftlarn, Renner

Gonzales Viana, E. (1979) Habla Sampedro, llama al los brujos, Barcelona, Vergara

Grob, C.S. (1995) "The Hoasca Project: Current Status" Bulletin of the
Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies 4, (5)

Harner, Michael (1972) The Jivaro: People of the Sacred Waterfalls. University of
California Press, Berkley

Harner, Michael (1994) Der Weg des Schamanen. Das Grundlagenwerk zum
Schamanismus, München, Aristhon

Harner, Michael (1999) Der Weg des Schamanen. Das Grundlagenwerk zum
Schamanismus. München, Aristhon

Hoppál, Mihály (1994), Schamanen und Schamanismus, Augsburg, Pattloch-Verlag

Hultkranz, Ake (1978), Ecological and phenomenological aspects of Shamanism, in: Diószegi V. und Hoppál, M. (Hrsg.) Shamanism in Siberia, Bibliotheca Uralica, Budapest; Akadémia Kiadó, S. 27 – 58

Illius, B. (1987) Ani Shinan: Schamanismus bei den Shipibo-Conibo (Ost-Peru), Verlag S&F, Tübingen

Joralemon, D. (1985) Altar symbolism in Peruvian ritual healing. In: Journal of Latin American Lore 11, S. 3 – 30

Joralemon, D. und Sharon, D. (1993) Sorcery and shamanism. Curanderos and clients in Northern Peru. Salt Lake City, University of Utah Press

Kiev, A., Frank, J.D. (1964) Magie, faith and healing. The free press, New York

Kirchner, H. (1952) Ein archäologischer Beitrag zur Urgeschichte des Schamanismus, in: Anthropos 47: S. 244 - 296

Knödel, Susanne (1998), Spiritualität oder Spektakel? Zur Bedeutung des Schamanismus in der modernen koreanischen Gesellschaft. In: Korea Forum, Jahrgang VII, 26-29

Leroi-Gourhan, Andre (1981), Die Religionen der Vorgeschichte. Frankfurt am Main. Edition Suhrkamp

Leuner, H. und Schlichting, M. (1992) Über den derzeitigen Stand der Forschung auf dem Gebiet der psychoaktiven Substanzen. In Rätsch, C. (Hrsg.) Das Tor zu inneren Räumen: Heilige Pflanzen und psychedelische Substanzen als Quelle spiritueller Inspiration – Eine Festschrift zu Ehren von Albert Hofmann, Verlag Bruno Martin, Südergellersen

Levi-Strauss, C. (1967) Der Zauberer und seine Magie. In: Strukturele Anthropologie, Suhrkamp, Frankfurt a.M., S. 183 – 203

- Lommel, Andreas (1965) Die Welt der frühen Jäger, Medizinmänner, Schamanen, Künstler. Callwey, München
- Lommel, Andreas (1980), Schamanen und Medizinmänner. Magie und Mystik früher Kulturen, München: Verlag Carlwey.
- Müller, Klaus E., (1997), Heiler, Geister, Rituale, München Verlag C.H. Beck
- Narr, K. J. (1959) Bärenzeremoniell und Schamanismus in der Steinzeit Europas, in Saeculum 10: S. 233 – 272
- Ott, J. (1995) Ayahuasca-Analoge: Pangaeische Entheogene. Werner Pieper's MedienXperimente, Löhrbach
- Ozols, J. (1970/71) Vorgeschichtliche Tierdarstellungen und frühe Bildmagie, in: Köllner Jahrbuch für Vor- und Frühgeschichte, Band 11 und 12
- Rätsch, Christian (2001) Die Wirklichkeit des Klartraums, Interview mit dem Ethnopharmakologen Rätsch in Geo Magazin 1999/Pascal Maitre <http://www.geo.de>
- Rosenbohm, A. (1991) Halluzinogene Drogen im Schamanismus: Mythos und Ritual im kulturellen Vergleich, Dietrich Reimer Verlag, Berlin
- Rutherford, Leo. (1998), Schamanismus: was Sie wirklich darüber wissen müssen. München: Goldmann
- Scharfetter, Christian (1983) Der Schamane – Das Urbild des Therapeuten, Springer-Verlag
- Scharfetter, Christian & Rätsch, Christian (Hrsg.) (1998), Welten des Bewusstseins Bd. 9, Religion – Mystik – Schamanismus, VWB, Berlin
- Schenk, Amélie; Rätsch, Christian (Hrsg.) (1999), Was ist ein Schamane? Schamanen, Heiler, Medizinleute im Spiegel westlichen Denkens. Im Auftrag der

Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin. Berlin: VWB, Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Schmidbauer, Wolfgang (1969) Schamanismus und Psychotherapie, Psychologische Rundschau, S. 29 – 47

Schultes, R.E. und Hofmann, A. (1980) Pflanzen der Götter. Hallwag Verlag, Bern

Sharon, D. (1978) Wizard of the four winds. A shamans story. London, Free Press

Shirokogoroff, S.M. (1935), Psycomental complex of the Tungus. London: Kegan Paul, Trench, Trubner & Co., Ltd.

Siikala, Anna-Leena (1992) The rite technique of the Siberian shaman, Helsinki, FF Communications, Bd. 220

Stolz, Alfred (1988), Schamanen. Ekstase und Jenseitssymbolik, Köln: Dumont.

Townsend, Joan B. (1997), Shamanism. In: Glazier, Stephen D. (Hrsg.) Anthropology of Religion, London: Greenwood Press, 429-470

Walsh, Roger N. (1998), Der Geist des Schamanismus. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch-Verlag

Wilbert, J. (1987) Tobacco and Shamanism in South America, Yale University Press, CT

Literaturverzeichnis Zusammenfassung und Ausblick

Weber, Andreas (2007), Alles Fühlt. Mensch, Natur und die Revolution der Lebenswissenschaften, Berlin Verlag

10. Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1 Stress – Schwendtner, Rolf (2000, S 35) Einführung in die Soziale Therapie, dgvt-Verlag, Tübingen
- Abb. 2 Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky, A. (1979, S. 16) Health, Stress and Coping; New perspectives on mental and physical well being, Jossey-Bass, San Francisco
- Abb. 3 Kybernetisches Bedürfnis-Kommunikationsmodell nach Petzold
(http://www.gesunde-entwicklung.de/tl_files/user_upload/docs/bedürfniskommunikation.pdf)
- Abb. 4 Erregungsmuster nach Petzold (http://www.gesunde-entwicklung.de/tl_files/user_upload/docs/bedürfniskommunikation.pdf)
- Abb. 5 Erregungsmuster nach Petzold (http://www.gesunde-entwicklung.de/tl_files/user_upload/docs/bedürfniskommunikation.pdf)
- Abb. 6 Die nutzungsabhängige Strukturierung des Gehirns nach Hüther (2006) Brainwash: Einführung in die Neurobiologie für Pädagogen, Therapeuten und Lehrer, Originalaufzeichnung einer Vorlesung in St. Gallen, Auditorium Netzwerke (DVD)
- Abb. 7 Selbstwirksamkeitsprinzip Hüther (2006) Brainwash
- Abb. 8 Strukturierung Frontalhirn zur Konsequenzanalyse Hüther (2006) Brainwash
- Abb. 9 Emotionale Aktivierungsprozess, Hüther (2006) Brainwash
- Abb. 10 Erfassung von Entwicklungsprozessen, Hüther (2006) Brainwash
- Abb. 11 Programmöffnende Konstruktionen, Hüther (2006) Brainwash
- Abb. 12 Schematischer Ablauf Stressreaktionen, Hüther (2006) Brainwash
- Abb. 13 Reaktionen auf kontrollierbare und unkontrollierbare Stressreaktionen, Hüther (2006) Brainwash
- Abb. 14 Möglichkeiten zur Synchronisierung und Harmonisierung neuronaler Netzwerke, Hüther (2006) Brainwash
- Abb. 15 Flow, Hüther (2006) Brainwash
- Abb. 16 Heilsame Bilder, Hüther (2006) Brainwash
- Abb. 17 Konstruktive Interferenz Lipton, Bruce (2006, Seite 115) Intelligente Zellen, KOHA-Verlag GmbH Burgrain
- Abb. 18 Destruktive Interferenz Lipton, Bruce (2006, Seite 116) Intelligente Zellen, KOHA-Verlag GmbH Burgrain

- Abb. 19 Primat der Umgebung Lipton, Bruce (2006, S. 69) Intelligente Zellen,
KOHA-Verlag GmbH Burgrain
- Abb. 20 Bild der Zellmembran-Oberfläche einer menschlichen Zelle unter dem
Elektronenmikroskop Lipton, Bruce (2006, S. 79) Intelligente Zellen,
KOHA-Verlag GmbH Burgrain
- Abb. 21 Schematische Darstellung Adrenalinreaktion auf Stresssituationen Lipton,
Bruce (2006, S. 147) Intelligente Zellen, KOHA-Verlag GmbH Burgrain
- Abb. 22 Das konsistenztheoretische Modell Grawe, Klaus (2004,S. 189)
Neuropsychotherapie, Hogrefe, Göttingen
- Abb. 23 Bereiche der Amygdala Grawe, Klaus (2004, S. 99) Neuropsychotherapie,
Hogrefe, Göttingen

11. Ehrenwörtliche Erklärung

“Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig und ohne unerlaubte Hilfe gefertigt und andere als die in der Dissertation angegebenen Hilfsmittel nicht benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder unveröffentlichten Schriften entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht. Kein Teil dieser Arbeit ist in einem anderen Promotions- oder Habilitationsverfahren verwendet worden.“