Wolfgang Lattwein

Systemische Resilienz
Der Weg aus dem Burnout

Für Barbara, meine Söhne Oliver und Tobias
sowie im Gedenken an meine Eltern und Schwiegereltern

Das Ziel ist es,
mich immer dahin zu stellen,
wo ich am besten dienen kann,
wo meine Art, meine Eigenschaften und Gaben
den besten Boden,
das größte Wirkungsfeld finden.

Hermann Hesse

Saarlouis, Juli 2018

Burnout ist zum Schlagwort in der Arbeitswelt geworden. Doch versteckt sich hinter dem neumodischen Begriff nicht ein „alter Verdächtiger“, die Depression? Im Unterschied zur Depression versteht man unter Burnout weniger den als medizinisch anerkannten Zustand von Trauer und Mutlosigkeit, sondern das Gefühl einer über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten dauernden Überforderung im Berufsalltag.

Typisch für eine Depression sind Müdigkeit, fehlende Motivation und Versagensängste. Im Alter von 15 Jahren hatte ich die Nachmittage durchgeschlafen und mich kaum aus dem Haus gewagt. Einfach unbeschwert das Leben genießen können wie meine Schulkameraden, konnte ich nicht. Die Hoffnung, dass die depressive Stimmung nur vorübergehender Natur sei, hielt meistens nur bis zum nächsten Morgen.

Bemerkungen wie: „Der regt sich immer gleich auf“, „Er hat schwache Nerven“, „Das ist ein Spinner“, „Er hat eine geringe Frustrationstoleranz“, „Er kommt mit seiner Umwelt nicht klar“, machten die Sache nicht besser, da solche Etikettierungen am Selbstbewusstsein nagen bzw. es vor eine sehr harte Prüfung stellen. Denn Menschen, die unter Depressionen leiden, neigen zum falschen Umgang mit Kritik. Die Selbstachtung wird von der Achtung anderer abhängig gemacht: „Was werden die anderen dazu sagen? Was werden sie über mich denken?“ Kritik wird daher zu schnell persönlich genommen und als Erniedrigung im Sinne des persönlichen Versagens empfunden anstatt sie lediglich als „Wink” zur Notwendigkeit der Weiterentwicklung zu verstehen.

Das ist ein Teufelskreis, da Menschen immer am Ergebnis gemessen werden, und ein Depressiver gerade darunter leidet, dass er keine Ergebnisse vorweisen kann. Denn dazu bräuchte er etwas, was ihm fehlt: Motivation, d. h. die Fähigkeit, genügend Kraft aus der Begeisterung zu schöpfen, um an einer Sache festzuhalten, auch wenn das Ziel unerreichbar scheint. Zu hohe Erwartungen und fehlende Geduld bzw. mangelnde Ausdauer sind daher typisch für einen an Depression Leidenden. Weitere Begleiterscheinungen sind innere Ruhelosigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten.

Grübeleien und Selbstzweifel erwachsen aus dem falschen Ehrgeiz, alles richtig machen zu müssen, doch in Wahrheit möchte der Depressive es allen recht machen. Versagensängste bzw. die Angst, wieder als Verlierer dazustehen, setzen ihn so unter Druck, dass er gar nicht mehr in der Lage ist, eine Arbeit sorgfältig und in Ruhe auszuführen – ähnlich einem Klavierspieler, der vor lauter Angst, einen Fehler zu machen, einen Fehler nach dem anderen macht. Daher sind von einer dauerhaften Depression Betroffene einem deutlich erhöhten Selbstmordrisiko ausgesetzt. Bei rechtzeitiger Erkennung und Behandlung der Depression besteht jedoch durchaus Chancen auf Genesung.

Da ich von Natur aus ein kämpferischer Typ bin, entschloss ich mich, nachdem ich bereits ein Studium abgebrochen hatte, mich näher mit den Ursachen, Folgen und Therapiemöglichkeiten zu beschäftigen. Dieses Buch ist meine Antwort auf Enttäuschungen und Schicksalsschläge, weil ich die Depression als Herausforderung sehe, diese zu meistern. Die systemische Resilienz war und ist mir dabei eine wertvolle Hilfe zur Selbsthilfe.

Wolfgang Lattwein

I. Einleitung

Ähnlich wie ein Schwamm nach einer gewissen Zeitspanne immer wieder zu seiner ursprünglichen Form zurückkehrt, ist der Mensch in der Lage, trotz Belastungen und Schicksalsschlägen sein seelisches Gleichgewicht wiederzuerlangen. Ein Weg ist die systemische Resilienz (Stärkung der psychischen Widerstandskraft), die ich in diesem Buch erläutern werde.

Um beruflichen und privaten Herausforderungen gerecht zu werden, geben wir Menschen sprichwörtlich alles, wir gehen allein oder in der Gruppe, im Kollegenkreis oder im Sportfreizeitteam extrem hohe Risiken ein, mobilisieren alle verfügbaren Energieressourcen, erreichen dabei die vermeintlichen oder tatsächlichen Grenzmarken und gehen dabei auch weit über unser Leistungslimit hinaus. Das bedeutet: Die als behandlungswürdig bekannten Mobbingfälle und Depressionserkrankungen sind möglicherweise nur die Spitze des Eisbergs.

Aufgrund der massiven Veränderungen in der Gesellschaft betreffend geschlechtlicher Gleichberechtigung, Bildungsstand, Karrieremöglichkeiten, den optimierten Studien– und Berufswahlmöglichkeiten und der gestiegenen Lebenserwartung könnte es zu einem deutlichen Anstieg der Betroffenen kommen. Die Multikulturalität und die Einbürgerungswelle im Jahr 2015 aus den Bürgerkriegsgebieten im Nahen und Mittleren Osten dürften sich als Erschwernisfaktoren für das Kernproblem der psychischen Traumatisierungen und psychosomatischen Erkrankungen im Gesundheitswesen erweisen und die Wahrscheinlichkeit, zukünftig selbst von einer depressiven Erkrankungsform betroffen zu sein, insbesondere wenn das Migrationsmerkmal hinzu kommt, steigen. Da die Herausforderungen der vom Leistungsprinzip gesteuerten Lebens- und Arbeitsverhältnisse auf Dauer angelegt sein dürften, bleibt die Problematik für die Sozialpädagogik, die Psychologie, die Psychotherapie und die Medizin wohl ein Dauerthema für die kommenden Jahre in den modernen Gesundheitswissenschaften.

Der selbsttherapeutische Reinigungs- und Heilungsprozess (griechisch = Katharsis) beruht auf der zum Überleben notwendigen regelmäßig durchgeführten Auseinandersetzung mit den persönlichen Möglichkeiten. In der Selbstwahrnehmung sowie in der Einschätzung und Realisierung der Alltagsstrukturen werden wir von vielen Denkprozessen in den komplexen Hirnarealen, den schwankenden Emotionen, aber auch von der verfügbaren Körperkraft variabel gesteuert. Die symptomassoziierte Willensstärke, der ureigene Stolz und der persönliche Ehrgeiz prägen uns von Kindes Beinen an. Sie geben uns Kraft und sind die unerlässliche Energiequelle zum Überleben und Arbeiten in christlicher, atheistischer oder anderer spirituellen Orientierung.

Sie sind Teil der Lösung von Daseinsproblemen in der Lebenswirklichkeit, tragen aber an manchen Tagen auch dazu bei, dass wir uns buchstäblich selbst im Weg stehen und zu scheitern drohen. Das Wettbewerbsmotto „Jeder gegen jeden" korrespondiert zum solidarischen Aufruf vom „Einer für den anderen" und sorgt dafür, dass die „berühmten Fettnäpfchen", die mit dem entzündlichen Rohstoff Öl gefüllt sein mögen, zu Stolperfallen werden. Die Mitbewerber um den angestrebten Arbeitsplatz gießen daher schon gern einmal Öl ins Feuer.

Stets das angesteuerte Maximum – also die vermeintlich erstrebenswerte Superlative – anzustreben, ist das Ziel von etwa 500 Millionen Mitmenschen in der Europäischen Union. Gehen wir deswegen oft bis weit über die Grenze des Erreichbaren hinaus, weil wir angeberisch, eitel und möglichst souverän oder selbstbewusst im Auftritt erscheinen wollen? Wenn der erhoffte Erfolg ausbleibt, muss sich jeder mit der Niederlage – dem (un)erwarteten Misserfolg – auseinandersetzen. Das Nichtbestehen von schriftlichen Prüfungen während einer Ausbildung behandelt die Psychologie gern unter dem Oberbegriff der Vulnerabilität (lateinisch = die Verletzbarkeit) und meint damit auch die gefühlt schmerzhafte Nachwirkung einer Niederlage, eines Misserfolges für das Individuum im Allgemeinen und das eigene Seelenkostüm im Besonderen. Die Negativfolgen bleiben meistens nicht „in den Kleidern hängen", sondern gehen sehr viel tiefer unter die Haut in das unbewusste Erleben. Gemeint ist die tiefenpsychologische Verarbeitung, die an manchen Tagen im Traumerleben stattfindet, wie Sigmund Freud bereits vor weit mehr als hundert Jahren herausgefunden hat. Irritierende Störungen in der Psychohygiene mit einer Beeinträchtigung des natürlichen Schlaf- und Wachrhythmus können dann die Negativfolgen sein.

Zwar heißt es im Sprichwort: „Kein Leiden ohne Lust!" – aber auch nicht ohne Last möchte ich das Sprichwort in Würdigung des eigenen Erinnerungsschatzes sinngemäß ergänzen. Ein anderes Sprichwort, welches sehr schön in den assoziativen Sprachraum der Entschleunigung und der inneren Erholung einzuordnen ist, lautet: „Dumme Menschen rasen, kluge warten und weise gehen in den Garten." Wir Menschen erleben und empfinden jeder auf seine Art neben dem Dauerstress die schmerzhafte Demütigung, die kränkende Beleidigung oder eine seelische peinliche Kränkung als eine üble Belästigung. Sie allein sind jedoch nicht lebensbedrohlich, doch trotzdem können und müssen wir uns vielleicht sogar gegen eine verbale Anfeindung schützen und wehren, weil sie in geballter und ständiger Wiederholung gegen uns als Zielscheibe eingesetzt unsere Persönlichkeit zerstören könnte.

Die „Systemische Resilienz" könnte man sich als einen persönlichen Schutzraum vorstellen, der sehr viele psychische Belastungen in der üblichen Lebensgestaltung abzuwenden vermag. Dennoch wird der Fortbestand der Depression als behand-

lungswürdige Erkrankung wohl so schnell nicht einfach „wegzutherapieren sein“. Die systemische Resilienzanalytik könnte jedoch einen äußerst hilfreichen und kurativen Einfluss auf bestimmte psychologische Zustandsbilder ausüben. Gewarnt werden muss allerdings vor der Vorstellung, man könne jeden gesunden wie kranken Zustand verdrängen, wenn man sich nur anstrengt. Diese im Grunde positive Anstrengung kann erfreulich sein, wird allerdings bezüglich der Therapie am tatsächlichen Problem nur bedingt von Bedeutung sein.

Werden demnach mit der systemischen Resilienzthese unerreichbare Hoffnungen geweckt, welche der berühmten lang herbeigesehnten Wunderdroge für Depressive gleichwertig sein könnten? Denn eine durch die Psychologie ermittelbare Symptomatik und die Genese von in der Traumatologie erforschbaren Phänomenen wie Leid, Elend als krisenhafte Lage werden heute immer stärker Gegenstand der Labortechnologie. Die Laboranalytik versucht an Hand von biologischen Elementen wie Säuren, Hormonen, stofflichen oder zelluläre Faktoren als „Biomarker bezeichnete Stoffe im Blut und in den Haaren“ wie Serotonin, Kortisol oder Adrenalin festzustellen, was genau als Entstehungsursache messbar, biochemisch fassbar und kontrollierbar für ein Verhaltensphänomen in Frage kommt. Davon abgeleitete Erklärungen und Interpretationen im nächsten Schritt für das Auftreten von Angststörungen oder einer massiven Depression anzubieten, ist ein schwieriger Forschungskomplex.

Das Auftreten von seelischen Schmerzsensationen nach schwerer Trauerperiode, einer Operation bei Krebsleiden oder im Zeitraum einer Chemotherapie, nach extrem belastenden Kriegseinflüssen wie zum Beispiel der Migration über tausende Kilometer oder aus anderen Kausalitäten gehören zu den schwierigsten psychiatrischen Krankheitsbildern, an die ein Forscherteam sich heranwagen kann. Um mit Forscherdrang und Engagement einen Erkenntnisgewinn zu erzielen, bedarf es dann zusätzlicher Maßnahmen, die wohl im außeruniversitären Rahmen nicht zu verwirklichen sind. Es müssen vielleicht gänzlich neue Wege beschritten werden – evtl. in der Psychosomatik? Mir erscheint das Meer der Fragezeichen größer zu sein als der Pool an vorfindbaren schnell verfügbaren Antworten.

Der Vorteil der Systemresilienz als reflektorischem Bezugsrahmen liegt in der Kombination von im Grunde komplementär angelegten Interventionsformen wie Musik, Yoga, Meditation, Hypnose, Ausdauersport wie Schwimmen, Joggen, Radfahren mit weiteren vom Facharzt verordneten medikamentösen Therapieansätzen und/oder Verhaltens– und Gesprächstherapien, um eine in die akute oder chronische Depression bzw. in ein Trauma abgeglittene erkrankte Person aus dieser Persönlichkeitskrise herauszuhelfen.Die kurative Philosophie des „sowohl als auch“ gegenüber dem starren und krude unbeweglichen „entweder oder“ kann dazu beitragen, dass Menschen

wieder genesen von sehr schlimmen Traumata und üblen negativen Lebenserfahrungen, lebensbedrohenden Erkrankungen und mittelschweren bis verhängnisvollen Kränkungen der Psyche. Bereits eine einfache Demütigung, Misshandlung oder gar Vergewaltigung sowie andere Kriminaldelikte aus sexuellen oder sadistischen Motiven können zu einer erheblichen Traumatisierung führen. Tagtäglich erlebt der betroffene Personenkreis beim Cybermobbing Schockerlebnisse, welche nur sehr schwer zu verkraften sind, speziell wenn es sich um Kinder und Jugendliche handelt.

Damit sollten die an einer Depression, an Burnout oder dem Borderline Snydrom Erkrankten davor gewarnt werden, die psychische Erkrankung auf die „leichte Schulter" zu nehmen. Im Gegenteil, wer eine solch bedrohliche Betroffenheit bei sich oder einem Mitmenschen bemerkt, sollte oder muss sich behandeln lassen, um Langzeitfolgeschäden für die Gesundheit in einem möglichst frühen Krankheitsstadium ausschließen zu können. Unterstützung bieten Seelsorger, Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände wie der Caritas, der Arbeiterwohlfahrt und dem Diakonischen Werk, anerkannte Psychotherapeuten sowie Lebensberatungsstellen. Bei alternativen Beratungsstellen ebenso wie bei Heilpraktikern ist jedoch besondere Vorsicht geboten, da gesetzliche Regelungen und die Vorschriften der Vereinigung der Krankenkassen gemäß der Sozialgesetzgebung nicht übergangen werden dürfen.

Eine leichtfertige Verdrängung oder Verharmlosung einer psychischen Erkrankung kann ebenso fatal sein wie die Überbetonung und Überbewertung von situationsprovozierten Verwirrungen (Irritationen), den tiefvernarbten Enttäuschungen und den Alltagsängsten in grenzwertigen Gefühlslagen, wenn es im Leben einmal über Wochen und Monate drunter und drüber geht. Wenn sich Nackenschläge und Misserfolg einstellen, kann ein behandlungswürdiges Stadium bereits erreicht sein. Eine plausible statistische Wahrscheinlichkeit in der akuten Depressionsphase für einen solchen Rückschlag liegt bei 50:50. Einstellen kann sich diese tiefe Phase des Erschreckens, des Entsetzens oder der Hysterie nach dem Verlust eines Familienmitgliedes oder des engsten Vertrauten wie des Partners. Die lang anhaltende Niedergeschlagenheit oder Entmutigung nach einem schweren Schicksalsschlag über Wochen und Monate wird im Volksmund undifferenziert als „Schwermut" bezeichnet. Die Nomenklatur der Wissenschaft spricht von Depression als Begrifflichkeit für eine zeitlich kürzere, mittlere oder längere Schwächephase im Leben, also einem Seelenzustand des gefühlten Abgekämpftseins. Man ist „fix und fertig". Um für das von Burnout und Depression betroffene Klientel die nachhaltig wirksame und dauerhaft erforderliche Entlastung im Einklang von multidisziplinär psychologischer, pädagogischer und sozialmedizinischer Intervention ermöglichen zu können, wird es neben einer grundlegenden und differenzierten Anamnese der/des Betroffenen weiterer Analyse- und Therapieschritte bedürfen.

Eine erste erziehungswissenschaftliche Hypothese behauptet, dass es sich bei der systemischen Resilienz um eine Fähigkeit oder einen Zustand beim Menschen, aber auch beim Tier und partiell in der Pflanzenwelt handelt, welche den Menschen (Tieren und Pflanzen) diverse realistische Kombinationsalternativen zur handlungsorientierten Reflexion anbietet. Zur offensiven oder reaktiven Gegenwehr (Beantwortung) von aggressiven, physikalischen Bedrohungsformen von außen eignen sich an dem Schutzsystem ansetzende Resilienzstrategien zum aktiven sowie passivem Selbstschutz. Können sich Menschen vor negativen und bedrohlichen Gesundheitsgefährdungen wie z. B. bakteriellen oder viralen Infektionen, kleineren Verletzungen, aber auch rein psychologischen Benachteiligungen, Demütigungen, ungerechtfertigten Abstrafungen und Mobbingattacken schützen, indem sie sich tagtäglich an Resilienzfaktoren orientieren? Ich widme mich als Autor in der vorgestellten Studie der theorienahen Beantwortung der Fragen auf dem Gebiet der ambulanten Gesprächspsychotherapie. Die auf Einzelfällen beruhenden Tatsachenberichte wurden über einen Zeitraum von vier Jahren aufgezeichnet und dokumentieren die individuellen Entwicklungsverläufe über eine Zeitspanne von mehreren Monaten bis zu mehreren Jahren. Die gewonnenen Einsichten, Intuitionen und Inspirationen sind in den folgenden Kapiteln sinngemäß eingebunden und analysiert.

Die Auseinandersetzung, ja die tägliche Konfrontation mit dem Phänomen resilienter Verhaltensfaktoren erfährt ein Mensch oft unvorbereitet. Die Thematisierung und die Rethematisierung befruchten sich dabei gegenseitig in Entsprechung zum Reframing der neurolinguistischen Programmierung NLP oder in einfachen Worten ausgedrückt: „Ein Unglück kommt selten allein“. Im Fall eines schweren Schicksalsschlages oder eines tragischen Unfalls können emotionale Irritationen und verhaltensbedingte Störphänomene wie Überschuldung, Ehekrisen und Beziehungsspannungen hinzukommen. Wenn jemand den Arbeitsplatzverlust beklagt, dann stellt sich Zukunftsangst ein. Der dauerhafte Verlust des Partners oder eines nahen Angehörigen durch Tod stellt einen noch schmerzlicheren Einschnitt in die emotionale Ausgeglichenheit eines meist durch Job und Familie mehrfach belasteten Erwachsenen dar. Damit der mit einem solchen Schicksal Konfrontierte Mittel findet, die seelischen Schmerzen zu kompensieren, kann ein segensreicher Begründungsansatz die systemische Resilienz sein.

Wenn Menschen vor Entscheidungen gestellt werden, in denen es „um Leben oder Tod“ geht, dann kann das Risiko, an einer Depression zu erkranken, ebenfalls deutlich erhöht sein. Die als manische Depression bekannte bipolare affektive Störung („himmelhochjauchzend – zu Tode betrübt“) wirft den Betroffenen ohne ersichtlichen Grund aus der Bahn. Auch wer an einer diagnostizierten Psychose, einem Borderline Syndrom, an Burnout oder von einer dauerhaften Traumatisierung als einem ärztlich

attestierten ernsthaften psychiatrischen Erkrankungsbild betroffen ist, erlebt i. d. R. eine schlimme Phase.

Doch neben den schweren psychischen Erkrankungen, die eine Therapie unumgänglich machen, gibt es auch den erfreulichen Krisenverlauf in einem naturgemäß schwierigen Lebensabschnitt wie z. B. nach dem Ausscheiden aus dem Beruf, aus dem sich der Betroffene aus eigener Kraft gewissermaßen in Selbstresilienz befreien kann. Die systemische Resilienz, mit welcher sich diese Studie als einer psychotherapeutischen Besonderheit auseinandersetzt, stellt eine neuartige Beziehung des resilienten Verhaltens eines Menschen zur sozialen Umgebung her. Das einzelne Individuum steht dabei in Wechselwirkung zur Gesellschaft und den darin erkennbaren soziostrukturellen und sozialpsychologischen Strukturen.

Die systemische Resilienz steht in der wissenschaftlichen Definition als Sammelbegriff für die natürlichen körperlichen, kognitiven und sozialen Widerstandskräfte. Diese Studie widmet sich der Frage, ob und in welcher nachweislichen Form systemresiliente Wirkfaktoren wie Hoffnung, positives Denken, Mut und Entschlossenheit, reflexive Vorsicht, besonnene Tatkraft und rationale Selbstdisziplin/Selbstregulation in das sozialstrukturelle Bezugssystem eingreifen und tatsächlich in der Behandlung und der Therapie – und falls „ja“ in welchem Ausmaß – gegen die genannten Krankheitssymptome eine hilfreiche Wirkung entfalten können. Ein verständnisvoller Umgang mit dem Erkrankten – d. h. auch die Einsicht der fehlenden Kompetenz – ist jedoch Grundvoraussetzung.

II. Die systemorientierte Resilienz im sozial-gesellschaftlichen Zusammenhang

Kritiken, offene Aversionen oder Anfeindungen führen bei vielen Menschen zu Disharmonie, die sich in Gefühlen wie Gereiztheit, Demotivation, Misstrauen, Wut und Aggressivität äußern. Von gefühlten oder tatsächlich erfolgten Mobbingattacken können nachhaltige Gesundheitsschädigungen ausgehen. Nur herrscht auf dem Gebiet der feindseligen Aggressionen am Arbeitsplatz noch sehr große Unsicherheit. Die Tabuzone für Angriffe auf Schutz- und Wehrlose im sozialen Umfeld ist noch längst nicht überwunden. Demzufolge dürfte die Dunkelziffer sehr groß sein. Die Beweislast für einen Mobbingsachverhalt am Arbeitsplatz liegt beim vom Mobbing-Geschädigten: „Im Zweifel für den Angeklagten“.

Könnte daher die systemorientierte Resilienz als Handlungsmodell bei Mobbing in der Berufswelt wirklich als ein systemrelevantes Selbsthilfemodell fungieren?

Dazu müssen als einem ersten Schritt in den folgenden Kapiteln die Begriffsgrundlagen für systemresilientes Handeln definiert und erklärt werden. Ein analytisches In-Beziehung-Setzen von Verhaltens- und Persönlichkeitsspezifikationen zu externen Einflussfaktoren in der Sozialisation und Enkulturation eines Menschen im Säuglingsalter, im Kindesalter, im Jugendalter und als Erwachsener ist unerlässlich. Ob Kinder und Schüler antiautoritär, demokratisch-integrativ oder autoritär erzogen werden, kann eine ganz erhebliche Rolle im persönlichen Entwicklungs- und Schulbildungsprozess des Schülers oder in der Berufskarriere der Lehrkraft spielen.

Im Schulbildungs- und Erziehungsprozess wird die verhaltensbedingte Symptomatik im Vergleich zu persönlichen Verhaltensaspekten zu stark gewichtet. Die Hypothese: „Es handele sich bei dem/der mutmaßlich Verhaltensauffälligen im Positiven um einen sympathischen, intelligenten, hochmotivierten oder aber im Negativen um einen passiven, aggressiven, depressiven, unerzogenen bzw. einen affektbetonten, an ADHS leidenden „ausgeflippten“ Menschen, wird dem Gesamteinwirkungsspektrum der tatsächlich in Erscheinung tretenden Sozial-Parameter nicht in allen Facetten gerecht.

Burrhus Frederic Skinner (*20.3.1904) definierte Verhalten 1938 als das, was ein Organismus tut, sofern es einen Bezug zu seiner Umwelt hat. Jedoch waren mit Verhalten hier zunächst nur äußerlich sichtbare Bewegungen gemeint. Später betrachtete Skinner explizit auch verdeckte, d. h. von außen nicht sichtbare Aktivitäten (wie etwa das Denken) als Verhalten. Der von ihm begründete "Radikale Behaviorismus" heißt gerade deshalb „radikal“, weil er alles, was ein Mensch tut, als Verhalten ansieht.

Externe systemrelevante Bedingungen – die immer im Zusammenhang mit Verhalten gesehen werden müssen – berücksichtigen die sozialen Superstrukturen wie das Geschlecht, das Alter, die Schulbildung, die vollzogene Berufskarriere, Familienverhältnisse, Erziehung und Bildungsstand sowie den sozio-kulturellen Erfahrungshintergrund.

Die konzeptionelle Her- wie Ableitung von bis in die menschliche Evolutionsgeschichte zurückreichenden anthropologischen Verhaltensphänomenen ist wohl eine weitaus sinnvollere Herangehensweise an die systemische Resilienzthematik.

Es gibt voneinander unterscheidbare zirkuläre Entwicklungsformen im Verhalten. Das heißt, dass bestimmte Verhaltensphänomene unabhängig von der unstrittigen Mortalität und Morbidität eines jeden homo sapiens eine Wiederholungswahrscheinlichkeit (Rückfallquote) mitbedingen können. Wir sprechen in der empirischen Lernpsychologie vom konditionellen/konditionierten Lernen. Es kann sich beim „systemischen Resilienzverhalten“ zwecks Durchsetzung eigener Interessen ebenso gut um ein erlerntes Verhaltensschema handeln. Dieses Verhalten, ob nun als unnormal oder normal, gesund oder krank, erlernt oder angeboren deklariert, kann mit den Mitteln der Verhaltenspädagogik erforscht werden.Skinners Überlegungen sind aufgebaut auf dem folgenden Mechanismus des konditionierten Lernens:

- S (Stimulus/Reiz) → R (Response/Reaktion)
- S → R → C (Consequence/Konsequenz): „C” wirkt in jedem Fall entweder positiv oder negativ zurück auf „R”. Entweder wird sich die Auftretenswahrscheinlichkeit für die Abfolge S → R → C dank einer Belohnung erhöhen oder aufgrund einer Bestrafung vermindern.

Ein spezielles Untersuchungsraster kann die zeitliche Einteilung in eine Chronologie des Verhaltensphänomens oder in der Merkmals respektive der Symptomintensität darstellen. Dieser Vorgang ist bekannt aus der Medizin als sogenannte Sozial-Anamnese.

- **Verhaltensphasen:** Frühstadium, Mittelstadium, Spätstadium
- **Verhaltensintensität:** Schwache Ausprägung des Merkmals[1], Mittlere Ausprägung des Merkmals, Starke Ausprägung des Merkmals

1 auch Reiz oder englisch „Cue”

» **Erwünschte oder unerwünschte Verhaltensformen:** Höflichkeit – Unhöflichkeit, friedlich – aggressiv, Fleiß – Faulheit, lernbereit – lernunwillig, Sympathie – Antipathie, kompromissbereit – stur, Aktivität – Passivität, flexibel – unflexibel, Labilität – Konstanz, motiviert – unmotiviert

Betroffene suchen tagtäglich nach erfolgversprechenden Lernmethoden zur Überwindung einer Alltagsproblematik und erhoffen im aktiven Handeln Wege zur Lösungsfindung. Das vieldiskutierte Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) ist eine sowohl das Subjekt als auch das Sozialsystem beeinflussende Verhaltensauffälligkeit, die den Menschen und das damit verbundene komplette Sozialsystem in aggressiver Form behindern können. Im schlimmsten Fall kann eine nicht erfolgreich therapierte Verhaltensauffälligkeit zum kompletten Systemkollaps in der Funktionalität des betroffenen Individuums führen. Ob die regelmäßige Gabe von Ritalin (Methylphenidat) MPH beim Vorliegen einer ärztlichen Diagnose von ADHS die einzig sinnvolle Indikation im Verständnis eines wirklich idealen Therapeutikums im Einzelfall darstellt, kann nicht pauschal beurteilt werden.

Eine Erkrankung wie ADHS erfordert ein hilfreiches Lösungsmodell, denn der Betroffene kann für die Sozialumgebung einer Schule oder eines Berufsausbildungsbetriebes als „Störenfried oder als Klassenclown“ zu einem ständigen Unruhefaktor werden. Die Suche nach indizierten Selbstheilungsmöglichkeiten für den Betroffenen in der Sozialpädagogik, der Sozialpsychologie, der Verhaltenspsychologie oder der probandenzentrierten Gesprächspsychotherapie bzw. die Inanspruchnahme sozialtherapeutischer oder ärztlicher Angebte sind probate Mittel.

1. Der Weg in die Sucht

Zusätzlich überformt wird der Fragenkreis bezüglich der Verhaltenspädagogik durch ein breites Spektrum an Süchten: „Es irrt der Mensch solang er lebt, weil er so gern nach dem Falschen strebt.” (Gerhard Uhlenbruck)

1.1. Die stoffgebundenen Suchtmittel

Hierzu zählen das exzessive Rauchen von Tabakwaren und anderen gasförmigen Genussgiften sowie das unkontrollierte Einnehmen von Tabletten in gefährlicher Dosis und das hemmungslos unkontrollierte Trinken von alkoholischen Getränken als „Alltagsdroge“, jedoch auch von alkoholfreien, aber stark coffeinhaltigen oder teeinhaltigen Mixgetränken, welche eine mehr oder minder spürbare Bewusstseinsveränderung oder Bewusstseinseintrübung in Abhängigkeit von der verabreichten Dosis im Erleben, Fühlen, Denken und Handeln beim Konsumenten mitbedingen und auslösen können. Da auch von ärztlich verordneten Tabletten, Dragées, Ampullen, Säften und von in Tropfenform verabreichten Medikamenten schädigende Nebenwirkungen

ausgehen können, wird auf diese Aspekte später eingegangen werden. Die genannten Suchtarten werden in Fachkreisen als stoffgebundene Abhängigkeit bezeichnet.

Konsumenten unterscheiden bei den stoffgebundenen Drogen die Sorten aus pflanzlicher Herstellung wie Kokain und Haschisch oder die im Labor entwickelten pharmazeutischen Analgetika zur Schmerzbehandlung wie Valoron, Tramadol, Tilidin, Morphium, Codein oder die Schmerzmittelgruppe der Opioide sowie die Gruppe der Amphetamine. Als sehr gefährlich werden zum Beispiel von Fachkreisen eingestuft die im Labor per chemischer Synthese erzeugten Drogen wie Crystal oder Crack. Gegen das ADHS Syndrom dürfen Medikamente nur nach einer streng kontrollierten Indikation durch den Arzt eingenommen werden. Amphetamin, Metamphetamin und Ephedrin werden auch als Aufheller oder Weckamine bezeichnet. Sie unterliegen dem Betäubungsmittelgesetz und dürfen nicht ohne Rezept im Handel vertrieben werden.

Suchtauslösende Stoffe können als Tablette eingenommen, inhaliert, per Infusion oder als Infusionslösung verabreicht beziehungsweise mittels einer Injektion dem menschlichen Organismus über die Blutbahn zugeführt werden.

Viele der beschriebenen stofflichen Suchtmittel können in überhöhter Dosierung irreguläre, die Gesundheit schwerwiegend schädigende Rauschzustände, Schmerzsensationen, Schläfrigkeit oder das genaue Gegenteil – vom euphorischen Glücksgefühl bis hin zu Wahnvorstellungen – auslösen. Beim Konsumenten können derartige Sinnestäuschungen in Verbindung mit einem erheblichen Realitätsverlust und einer räumlichen Desorientierung stehen. Im Einzelfall sind panikartige Angstzustände möglich.

Weder der Patient noch der Arzt oder der Pfleger handeln bei der Behandlung im rechtsfreien Raum. Jede Spritze gegen einen Schmerzreiz beispielsweise ist im juristischen Verständnis ohne die mündliche oder die schriftliche Zustimmung des Behandelten eine vorsätzliche oder fahrlässig herbeigeführte Körperverletzung.

1.2. Die stoffungebundenen Suchtformen

Wenn das süchtige Verhalten zwar in die Abhängigkeit führen kann, aber nicht direkt im Zusammenhang mit einem Suchtmittel wie Arzneimittel oder Drogen steht, reden wir von einer stoffungebunden Sucht. Beispielshaft genannt seien hier Verhaltensweisen wie Spielsucht, Kaufsucht, Bulimie, Magersucht, Sexsucht oder Gewinnsucht (unentwegtes Erfolgsstreben). Manchem Suchtopfer droht ein heimtückischer sozialer Abstieg bis in die Privatinsolvenz. Die Spielsucht wird zur Armutsfalle, da die Betroffenen in nicht wenigen Fällen ihr gesamtes finanzielles Vermögen verspielen.

Von einem krankhaften Narzissmus (pervertierter Egoismus) spricht man, wenn ein Mensch in der Gefühls- und der Gedankenwelt unaufhörlich egozentrisch oder egomanisch um sich selbst kreist.

Unter Geltungssucht (im Volksmund auch als Prahlerei oder Prunksucht bekannt) versteht man das übertriebene Eifern nach Sozialprestige und eine überzogene Außendarstellung bzw. Selbstinszenierung, d. h. die unentwegte Konzentration auf das äußere Erscheinen und Verhalten. Beispielhaft wird die Erlangung von öffentlichen Ämtern bzw. akademischen Titeln oder der Erwerb von Statussymbolen („mein Haus, mein Auto, meine Yacht, mein Reitpferd") zum Lebenszweck erhoben.

Nicht unerwähnt bleiben sollten an dieser Stelle das Münchhausen-Syndrom und das Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom (benannt nach Hieronymus Carl Friedrich von Münchhausen). Denn dem übertriebenem Streben nach materiellem Erfolg liegt meistens das Gefühl eines immateriellen Mangels zugrunde. Das Münchhausen Syndrom äußert sich im zwanghaft selbstschädigenden Verhalten sowie im Erfinden spektakulärer Krankengeschichten und ständiger Ärztewechsel mit dem Ziel der Aufmerskamkeitsgewinnung. Unter dem Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom versteht man das Erfinden, Übersteigern oder tatsächliche Verursachen von Krankheiten oder deren Symptomen bei Dritten, um als liebe- und aufopferungsvoll Pflegender in Erscheinung zu treten.

Beide Strömungen des menschlichen Suchtverhaltens können den Missbräuchler oder den Süchtigen mehr oder weniger direkt in eine massive Abhängigkeit führen.

2. Der Weg aus der Sucht

Gegenüber solch dramatischen Ausnahme- oder Dauerzuständen im Konsumverhalten oder im Lebensstil wird die Wahrscheinlichkeit, von einer durch das Suchtmittel geprägten Störung wieder los zu kommen, zu einer wirklichen Herkulesaufgabe mit einem ungewissem Ausgang. Es können sich Suchtkarrieren entwickeln, die ein ganzes Leben dauern können.

Viele Menschen greifen in, während oder nach einer durchlittenen Lebenskrise wie nach dem Seitensprung des Lebenspartners, Scheidung, vorübergehender oder dauerhafter Trennung nach der leicht verfügbaren Droge aus der Flasche. Auch wer mit organischen, muskulären oder entzündungsbedingten Dauerschmerzen behaftet ist, sucht mehr oder weniger systematisch, oftmals in chaotischer Weise im Internet nach den „omnipotenten Glücksbringern" für einen Ausweg aus der gesundheitlichen Notlage. Eine mehrwöchige Entgiftung bzw. eine klinische Entwöhnungstherapie in Verbindung mit einer mehrwöchigen Langzeittherapie ist dann für die Erhaltung der

Gesundheit und des Lebens unerlässlich. Manch einen Mitmenschen führt der Weg in die hilfreiche sozialpädagogisch begleitete Sozial- und Suchtentwöhnungstherapie. Sie ist jedoch nicht das alleinige Allheilrezept und bedarf stets der Überprüfung durch ein multidisziplinär besetztes Team aus einem Arzt, einem Psychologen und einem Sozialpädagogen, einem Sonderpädagogen oder einem Sozialtherapeuthen in einem ambulanten, einem teilambulanten oder dem klinischen Therapiebereich. Auch Tageskliniken für Abhängigkeitskranke, Depressive oder vom Burnout Betroffene erfreuen sich zunehmender Beliebtheit. Der Patient wird dann unter ärztlicher Kontrolle therapiert und darf zum Zwecke der Ausübung einer Berufstätigkeit die Klinik tagsüber verlassen.

3. Die empirische Glücksforschung

Das einfachste Motto der Glücksforschung in diesem Themenkomplex könnte lauten: Raus aus der Psychofalle und hinein in das richtige Leben!

Wer über Mobbing durch Vorgesetzte oder Kollegen gedemütigt wird oder vielleicht von einer temporären oder einer chronifizierten Traumatisierung (als direkte oder indirekte Mobbingfolge) betroffen ist, wenn nicht sogar an einer dauerhaften depressiven Störung (temporär vs. chronifiziert) leidet, sollte sich an der Lebenspraxis bewährte Rezepte gegen die Demotivation als Bedrohung für Körper und Seele halten. Der regelmäßige Kinobesuch, der abendliche Besuch eines Fitnessstudios mit Freunden oder die regenerierende Lektüre eines Buches kann eine solche „selbstresiliente Verhaltensweise“ sein. Mentale Irritationen, Unlustgefühle und unverarbeitete Konflikte am Arbeitsplatz können so eliminiert und egalisiert werden, so dass der Mensch gesund bleibt.

Das „Dankbarkeitsprinzip“ ist ein einfach einzustudierendes Ritual, mit welchem das eigene Wohlbefinden stabilisiert werden kann. „Entscheidend ist, dass man sich kleine Dinge vornimmt, dass man also kleine Impulse setzt, in welche Richtung man sein Leben verändern will. Also lieber zehn Minuten Joggen gehen oder zehn Minuten Vokabeln lernen, als sich gleich eine Stunde damit beschäftigen wollen“, so der Rat der Professorin Dr. Michaela Brohm-Badry für empirische Lehr- und Lernforschung der Universität Trier. Einige Menschen scheitern an ihren Vorsätzen, weil sie sich zu große Dinge vornehmen. Forschungsbefunde hätten zudem gezeigt, dass es für das Wohlbefinden im neuen Jahr hilfreich sein könne, ein Dankbarkeitstagebuch zu führen. Darin schreibt man die Erlebnisse auf, die einen positiv stimmen und Mut machen, in der Zukunft mit den Herausforderungen besser klar zu kommen. Die Lebensphilosophie könnte also lauten: Lege den Fokus auf die Regelmäßigkeit der Beschäftigung mit sinnvollen Aktivitäten und sehr großen Wert auf positive Betätigungen. Die kleinen Wandlungen hingegen ließen sich gut in den Alltag einbauen,

Also nach dem Zähneputzen immer das Instrument üben. Dadurch initiiere man Verhaltensänderungen.[1]

Der persönliche Eintrag in mein individuelles Dankbarkeitstagebuch könnte lauten: "Wenige Tage vor Weihnachten 2017 hat mich ein überraschendes Ereignis sehr erfreut. Ein von mir sehr geschätzter Trierer Professor, Herr Prof. Dr. Waldemar Vogelgesang, emeritierter Sozialwissenschaftler der empirischen wie theoretischen Soziologie, hat mir die neueste von ihm mit herausgegebene Buchpublikation: „Eifeljugend heute: Leben in der urbanisierten Provinz!" gesendet mit einer sehr freundlichen Widmung: „Lieber Herr Lattwein, Sie zählen zu den Studierenden der ‚ersten Stunde', an deren Engagement, Lernbereitschaft und Praxisorientierung ich mich gern erinnere." Diese Zuschrift als „Laudatio der eigenen Art" hat mich ungeheuer gefreut und in einem sehr sensiblen Lebensstadium meinen Lebensoptimismus gestärkt und mich mit neuem Mut erfüllt.

Insbesondere können die persönliche Lernbereitschaft und eine deutliche Praxisorientierung die besten Wegweiser nach einer erfahrenen Lebenskrise wie einer Traumatisierung, nach einem Unfall, dem Verlust eines Lebenspartners oder einer sehr nahestehenden Person sein.

Die resilienzbezogene Persönlichkeitspsychologie verfolgt die Zielsetzung, Menschen in psychischen Ausnahmesituationen alltagstaugliche Werkzeuge zur Meisterung der Krisen anzubieten.

Die Universität Trier präsentiert auf der eigenen Homepage der renommierten Professur in Psychologie eine spezielle Glücksformel – möglicherweise in Anspielung auf die berühmte Relativitätstheorie von Albert Einstein. Sie definiert Leistung als das Produkt Arbeit multipliziert mit dem Wohlbefinden dividiert durch die Zeit: L (Leistung) = A (Arbeit) x W (Wohlbefinden) : t (Zeit)

Ich interpretiere die Aussagen der Trierer Glücksforscherin dahingehend, dass man durch das eigene Leben stets wie ein Glücksbringer in eigener Sache gehen sollte. An manchen Tagen hilft der positive Blick auf die Geschehnisse, das Erreichte zu würdigen und dort Nachbesserungen anzustreben, wo es Sinn macht.

Im Falle eines Misserfolges oder einer Enttäuschung geht es darum, wie ich mit der unausweichlichen Tatsache umgehe. Bei der Belastung durch einen verpatzten Kundenauftrag oder bei Prüfungsstress kann die Anwendung eines der Rezepte der sys-

1 *Dr. Michaela Brohm Badry in: Trierischer Volksfreund, Ausgabe 31.12.2017, Titelseite*

temischen Resilienz – also beispielsweise die „Stehaufmännchen Methode“ – sehr hilfreich sein. In der Überzeugung, dass man die Schwierigkeiten meistern kann, liegt möglicherweise bereits der „erste Schlüssel für eine Problemlösung“. Denn jeder von einem Unglück Betroffene sucht oft in Hektik oder in Verzweiflung nach den passenden Antworten und schnellen Lösungen für die vermeintlich oder tatsächlich bedrohliche Herausforderung.

III. Die systemische Resilienz als Grundlage zur Krisenbewältigung

Eine traumatische Krise erfordert in der Regel Mut, Kraft, Energie und die unerlässliche Hoffnung auf das „Licht am Ende des Tunnels“, um die gesteckten Ziele trotz aller Schwierigkeiten und unerwarteter Hindernisse anzugehen. Mit Willenskraft, Energie und Verstand das angestrebte Ziel zu erreichen, kann dem Individuum respektive unter Zuhilfenahme des kontaktierbaren Netzwerkes - Arbeitsgruppe, Freundes- und Bekanntenkreis – gelingen. Das gesteckte Ziel mit den verfügbaren Ressourcen zu erreichen, ist eine tagtägliche Herausforderung im Berufs- und im Privatleben: Die Erfüllung des Leistungssolls und der damit verbundene Umgang mit Ärger, Sorgen, Nöten, Problemen, Hektik und Stress sollten im Idealfall zu einer „Win-Win-Situation“ führen, d. h. einem Gleichgewicht von Einsatz und Ertrag.

Gesundheitliche Risiken oder chronische Leiden können unsere menschliche Existenz bedrohen. Drohende Komplikationen während und nach einer Operation führen zur psychischen Belastung des Patienten und des Krankenhauspersonals. Die intransparente Komplexität in der Pharmaindustrie, die auf finanziellen Interessen basierende Marktwirtschaft sowie die Organisation des Gesundheitssystems prägen das Angebot an verfügbaren Heilmitteln und Therapien weltweit.

1. Dresdener Burnout-Studie (DBS) von Prof. Clemens Kirschbaum, TU Dresden

Depression und Burnout werden als symptomverwandte affektive Störungen verstanden. Es besteht demzufolge ein Alterszusammenhang. Das Alter der 6.629 beteiligten online-registrierten Studienteilnehmer liegt zwischen 18 und 72 Jahren. Das Durchschnittalter beträgt 40,91 Jahre. Die Geschlechterverteilung entspricht der in sozialwissenschaftlichen Studien häufigen Dominanz der weiblichen Teilnehmer. Etwa 2/3 (62,9%) sind weiblich und 1/3 (37,1%) ist männlich.

Ein Geschlechterunterschied zwischen Männern und Frauen ist zunächst nicht zu erkennen. Allerdings sind Frauen eher bereit, typische Verhaltensmuster bei sich als depressiv einzustufen und darüber zu berichten als Männer. Außerdem ist bei Frauen eine häufigere Verteilung für klinische oder subklinische Erkrankungen zu erkennen als bei Männern. In der männlichen Bevölkerung sind Angststörungen ebenfalls weniger stark ausgeprägt als bei Frauen. Auch neigen Frauen eher zu Depressionen und Ängsten als Männer. Zudem bezeichnen sich Frauen als weniger leistungsfähig und emotional erschöpfter, aber weniger zynisch als ihre männlichen Kontrahenten. Beide Geschlechter sind gleichermaßen von Burnout betroffen. Bei dem Versuch, objektive Faktoren für eine Vorhersage zu ermitteln – wie beispielsweise die Anzahl der Arbeitsstunden – ergab sich folgendes Ergebnis: Die Anzahl der Arbeitsstunden allein ist unzureichend für eine Tendenzermittlung oder die Vorhersage der Erkrankung.

Allerdings besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Überstunden und der depressiven Neigung. Die depressive Stimmung steigt also nahezu linear mit der Zunahme der Überstunden.

In der wissenschaftlichen Literatur sind kaum Angaben zu finden zur Bedeutung des Alters als möglichem Risiko- oder Schutzfaktor. Wissenschaftlich nicht fundierte, aber häufig beschriebene Modelle gehen von einer phasischen Entwicklung aus. Zunächst werden harmlosere Phasen durchlaufen, um schließlich an dem Punkt völliger Erschöpfung anzukommen.

„Die Frage, wie sich Einkommen und beruflicher Status auf die Erkrankungswahrscheinlichkeit auswirken, ist ebenfalls von Interesse. Nach dem bereits erwähnten Stereotyp des ausgebrannten Top-Managers würde man die Berufsgruppe der Spitzenverdiener als stärker burnoutgefährdet vermuten als Personen mit niedrigeren Gehältern, die nicht in Führungspositionen tätig sind.

Jedoch finden wir in unseren Daten Zusammenhänge, die für eine Schutzfunktion des Einkommens sprechen: Mit dem Gehalt steigt die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeitsleistung und Arbeitssituation, und Personen beschreiben sich als weniger erschöpft – das Risiko an Burnout zu erkranken sinkt. Auch in einer Führungsposition tätig zu sein, scheint die Zufriedenheit mit der eigenen Tätigkeit zu fördern und somit Burnout-Symptomen entgegenzuwirken: Mit der Anzahl der Untergebenen sinkt die beschriebene Burnout-Symptomatik.

Schichtarbeit stellt hingegen einen hohen Risikofaktor zur Erkrankung an Burnout dar: Personen, die regelmäßig in Schichtarbeit tätig sind, fühlen sich weniger leistungsfähig, emotional erschöpfter und zynischer als Personen, die nicht in Schichten arbeiten. Sie berichten den Ergebnissen der ersten Erhebungswelle zufolge zudem vermehrt über depressive Symptome.

Der Status des Hauptverdieners und die Elternrolle wurden in der DBS ebenfalls Gegenstand der Untersuchung:

„Ein zunehmend stärkerer Fokus innerhalb der Burnout-Forschung liegt seit einigen Jahren auf der Miteinbeziehung der privaten und familiären Situation. Auch im Rahmen der DBS möchten wir uns ein Bild darüber machen, inwieweit familiäre Verantwortung wie Elternschaft oder Partnerschaft Einfluss auf das Risiko haben, an Burnout zu erkranken. Elternschaft bedeutet sehr häufig neben einer großen allgemeinen Verantwortung auch einen großen organisatorischen und zeitlichen Aufwand. Elternabende, Unterstützung bei Hausaufgaben und aufkommende familiäre Konflikte (um

nur einige Beispiele zu nennen) können neben der beruflichen Tätigkeit Belastungen darstellen, die das Burnout Risiko erhöhen.

Unsere Analysen zeigen einen Zusammenhang in eine andere Richtung: Personen, die mit Kindern in einem Haushalt leben, beschreiben deutlich weniger Burnout-Symptomatik als Personen, die ohne Kinder leben, zumindest solange sie weniger als drei Kinder haben. Ein sehr hohes Burnout-Risiko zeigt sich in Zusammenhang mit einer anderen familiär assoziierten Variable: Personen, die angeben, innerhalb eines Haushaltes die Hauptverdiener zu sein, geben im Schnitt deutlich mehr Burnout-Symptome an als die Nicht-Hauptverdiener. … Fazit: Kinder stellen einen Schutzfaktor zur Erkrankung an Burnout dar. Dieser positive Zusammenhang besteht nicht mehr, wenn Personen mit mehr als zwei Kindern in einem Haushalt leben. Hauptverdiener zu sein stellt in jedem Fall ein sehr großes Risiko für Burnout dar."

Betroffene werden von medizinischen Fachleuten gern in die Rolle der Patientin oder des Patienten gedrängt. Der depressive Mitmensch in der Arztpraxis erlebt sich vielfach als völlig normal, angepasst und entwickelt ganz andere Vorstellungen von dem Anderssein im regulären Alltag als im Gespräch mit einem Arzt oder Therapeuten. Wir gehen der Frage nach, was genau ist daran anders? Wieso kommt mir der Therapeut ausgerechnet heute seltsam oder sogar verdächtig verändert vor in der typischen Berufsrolle mir gegenüber oder im Erleben des Arzt-Patienten-Verhältnisses? Wir Menschen sind neugierig, wollen gern wissen, wie verhalten sich Probanden auf der Psychologencouch oder in der Arztpraxis, damit die Heilung von den Beschwerden möglichst rasch und ohne Rückfall abläuft?

Andererseits bringt der methodische Ansatz, wir Menschen könnten heutzutage als unbezwingbare „Stehauf-Männchen" immer wieder ohne ärztliche oder therapeutische Hilfestellung genesen, die kritische Frage ins Spiel, welche klinisch therapeutische Problemlösungsmethode überhaupt bei gesunden Menschen in (evtl. sogar existentiellen) Lebenskrisen und in stressbetonten Zeiten durch Selbst- oder Fremdüberforderung geeignet ist. Hilfreiche Signale und zielführende Wegweiser in den unvorhersehbaren Konfliktlagen zu erkennen, überfordert so manches Individuum, das sich allein von der Wissenschaftsgläubigkeit leiten lässt.

In einem ersten Schritt überhaupt zu verstehen, was mit mir geschieht, um dann in einem weiteren Schritt die beraterische oder therapeutische Unterstützung als fachlich effizientes Hilfsangebot annehmen zu lernen, ist ein erster kardinaler Schritt und kann von erheblicher Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung des Individuums sein. Habe ich also tatsächlich das Gefühl, „ganz unten" angekommen zu sein, dann spielt die folgende Frage eine nicht unerhebliche Rolle: Wie komme ich wieder

heraus aus dem teuflischen Tal der Tränen in die Zone der Hoffnung, des Optimismus und der Motivation? Wie halte ich mich selbst aus? Welche positiven Gefühle und Muster der Selbstwahrnehmung sind dabei hilfreich? Wie kann ich das ständige Grübeln und die Selbstzweifel oder das bedrohliche Gefühl der ständigen Überforderung überwinden? Muss ich wirklich pflanzliche Beruhigungsmittel oder pharmazeutische Tabletten einnehmen oder kann ich die (temporäre) Winterdepression mit anderen Mitteln der systemischen Selbstresilienz unter Zuhilfenahme psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Hilfe überwinden?

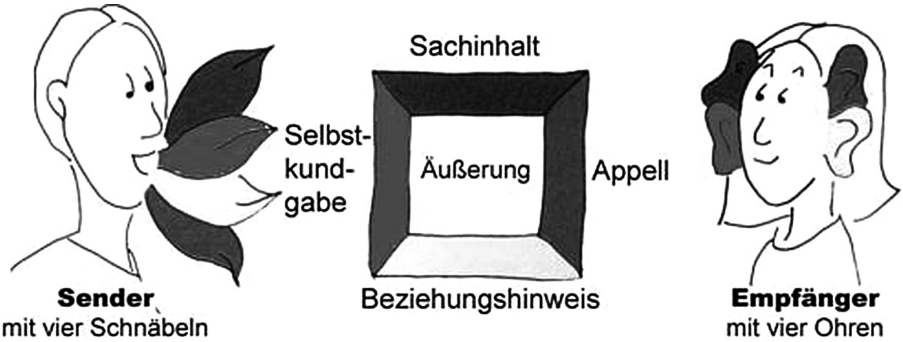
Wie genau können geeignete erkenntnisleitende Methoden in dieser hochkomplexen Verhaltenskette herausgefunden werden, um die mögliche resozialisierende Wiedereingliederung des geschädigten Depressiven (klassische Patienten- und Opferrolle) in den Sozialalltag aufzuzeigen?

2. Der systemresiliente Umgang mit Stressfaktoren im Alltag

Ohne das Setzen von Prioritäten lässt sich das mit mehr oder weniger Terminstress verbundene Wochenwerk kaum meistern. Die Zuhilfenahme des im Buch beschriebenen „Werkzeugkoffers“ für die Umsetzung der systemischen Resilienz sollte eine in Bedrängnis geratene Person im Besonderen befähigen, sich aus einer vermeintlich oder tatsächlich bedrohlichen Lage zu befreien, ohne gesundheitlich nennenswerte Langzeitfolgen davonzutragen.

Es handelt sich dabei um die auf der Systemresilienz aufbauende Netzwerk-Methodologie, welche das Ziel verfolgt, die persönliche Immunität gegen Angriffe auf die seelische, körperliche und geistige Gesundheit zu stärken. Die systemische Resilienz als ein klassisches empirisches Lebensmotto setzt auf Selbstmotivation und das ausgewogene Verhältnis zwischen Arbeits- und Privatleben.

Was auf der partnerschaftlichen Ebene die zwischenmenschliche Harmonie im Einklang mit einer guten Partnerschaftshygiene bedeutet, kann im harten Leistungsalltag der Berufswirklichkeit eine ausgeglichene Work-Life-Balance bewirken. Was ist mit dieser Aussage gemeint? Damit im mikrosoziologischen Kosmos eine erfüllte Partnerschaft gelingt bzw. gelingen kann, müssen bestimmte Regeln eingehalten werden. Dazu können gehören die zuverlässige Einhaltung von Ehrlichkeit, das höflich taktvolle, freundlich aufgeschlossene und korrekte Auftreten und Handeln, die vorsichtige Wertschätzung und die bedingungslose Respektierung der Würde und des Handlungsfreiraumes des anderen. Damit Kommunikation gelingt, muss sie sich ebenfalls an Regeln halten:



Das Kommunikationsquadrat von Friedemann Schulz von Thun

Treue und Offenheit in alltäglichen und insbesondere in partnerschaftlichen Fragen sind weitere beziehungsthematische Grundbedingungen. Die Beschäftigung mit verwandten bildungsnahen Themen kann dann eine Partnerschaft stabilisieren. Von Bedeutung für die nachhaltige Tragfähigkeit der Beziehung zum Lebenspartner und zur Familie ist die fürsorgliche Zuwendung für jedes einzelne Familienmitglied im täglichen Rhythmus und die Berücksichtigung vieler anderer Kernfaktoren z. B. die Einhaltung von Psychohygiene, der regelmäßige Schlaf- und Wachrhythmus, eine gesunde Ernährung, eine ausreichend große Wohnung, das regelmäßige Thematisieren wie das Erreichen der angestrebten Bildungs- und Berufsziele, die Klärung von Mobilitätsfragen u. v. a. m.

Der sprichwörtliche Fleiß im täglichen Erledigen der Pflichtaufgaben, der unverzichtbare Respekt, die prinzipielle Lernbereitschaft wie die Praxisorientierung in allem Handeln und Tun in Bezug auf die gewünschten partnerschaftlichen Gemeinsamkeiten sowie neben der Anerkennung von politischen und religiösen Überzeugungen aber auch die Möglichkeit eines Freiraums für die faire Auseinandersetzung gehören zu diesem Verständnis von Psychohygiene im Alltagshandeln dazu. Nach der Grundsatztheorie der systemischen Resilienz erfordern Unterschiede im Verhalten, Handeln, Fühlen und Denken des Partners eine faire Distanz, Respekt und Toleranz vom anderen.

Auch die sozialen Kompetenzen und die Wirtschaftlichkeit wie das Zeitmanagement, mit denen ein Individuum sich in der Wirklichkeit bewährt, spielen eine nicht nur untergeordnete Rolle im Wechselspiel der Selbstbehauptung eines sehr globalisierten Daseins. Wenn Alltagserfahrungen zu Zukunftsangst im Verständnis von „Alles gegeben und zum Schluss doch verloren!“ führen sollten, dann könnte das im Ergebnis sehr fatale Folgen für die Zukunftsplanung eines Menschen im Jugend- oder

Erwachsenenalter haben. Auch könnte eine erfüllte und harmonische Grundlage bei einer Zweierbeziehung gefährdet werden durch allzu problematisierendes und skeptisches Infragestellen des „Status Quo“. Der Bestand einer Partnerschaft oder einer Familiengemeinschaft kann gehörig ins Wanken kommen, wenn die Belastungsintensität und der Glauben an den Zusammenhalt leidet oder gänzlich verloren geht und die geschlossene Partnerschaft und die Bindungen innerhalb des Familiensystems das einzelne Individuum oder eine komplette Gemeinschaft zu überfordern drohen. Auch für die Selbstreflexion ist die Konstatierung der persönlichen Erfolgsbilanz in gewissen Zeitabständen von drei bis vier Wochen empfehlenswert.

Damit sich diese fatale Logik in der intrinsischen Lebenseinstellung weder in der eigenen Innenschau noch in der Interaktion gegenüber einem oder mehreren Beziehungspersonen im eigenen privaten oder öffentlichen Lebensalltag durchsetzt („Spiegelbildeffekt“), habe ich vor zwei Jahren begonnen, die persönlichen Aufgabenstellungen und auch nicht zuletzt die eigene gesundheitliche Problematik mit Hilfe der „systemischen Resilienz“ neu zu ordnen und praktikable Lösungen für die aktuelle bzw. zukünftige Lebensgestaltung und die Berufskarriere im Speziellen zu erarbeiten.

Nach dem Entdecken der „Systemresilienz“ als neuem Lebens- und Handlungsmodell in mehrmonatigen Versuchen der Selbstreflexion, nicht in der wissenschaftlich randomisierten und kontrollierten Überprüfung mittels eines standardisierten Testinstrumentariums, sondern mittels per Intuition und Inspiration anwendbarer Praxistechniken und Anwenderpraktiken innerhalb der positiven Lebensgestaltung, lassen sich erste tragfähige Erfolge vor allem auf der emotiven/emotionalen Gefühlsebene dokumentieren. Neue Energie, die Fähigkeit zur Selbstmotivation und Optimismus bei der Umsetzung von Plänen helfen bei der Überwindung der gelegentlich spürbaren gereizten, aggressiven oder depressiven Verstimmungen. Man gelangt dann glücklicherweise zu der positiven Erkenntnis, dass es in einer schwierigen, manchmal ausweglos erscheinenden Lage dennoch eine Lösung für das eigene Problem, wenn nicht aus eigener Initiative, dann doch mit Hilfe und Unterstützung von anderen gibt. Es gibt ihn also, den Weg zurück in den Zustand des „Workflow“ und der emotionalen Ausgeglichenheit. Als Bild kann die Vorstellung von einer zweiseitig durchlässigen Zellmembran dienen, welche bei einem erhöhten Zellinnendruck den Rückfluss (die Diffusion) von Zellflüssigkeit zum Zweck des zellulären Druckausgleichs ermöglicht.

Die systemische Resilienz eignet sich sozialinteraktiven Erfahrungsberichten zufolge zur Lösung von Fragen, Themen sowie praktischen Aufgabenstellungen im Zusammenhang mit Bildungsfragen sowie zur Überbrückung persönlicher Krisensituationen. Das Verfahren der systemischen Resilienz setzt Energien frei und führt in einer

Art „Selbst-Therapie“ durch kontrollierte Erholung sowie Entschleunigung im Umgang mit stressigen Anforderungen in den basalen Lebens- und Arbeitsprozessen zur verbesserten Konzentrationsfähigkeit.

Positive Erfahrungen mit Teilnehmern an Sprach- und Integrationskursen legen das Angebot von Schulungsmöglichkeiten nahe. Neben einem optimierten Selbstbewusstsein können sich erstaunliche handlungsleitende Selbsterkenntnisse und strukturgebende stabilisierende Effekte für die individuelle Lernmotivation erzielen lassen.

Mit der systemischen Resilienz als Überlebensprinzip lässt sich die Freude an der persönlichen Lebensgestaltung zurückgewinnen. Sie kann auch als eine Lebensbrücke verstanden werden, mit der so mancher Misserfolg – ob im Bildungs- oder Geschäftsbetrieb – überwunden werden kann. Durch die persönliche Aufarbeitung von Schwierigkeiten kann nicht selten Abhilfe geschaffen werden. Auf diesem Weg ist sogar die Früherkennung einer unbewusst herbeigeführten Selbstüberforderung möglich. Damit im privaten Partnerschaftsbereich und im Beruf eine Karriere des Scheiterns abgewendet werden kann und positive Erfahrungen die Oberhand behalten, müssen Enttäuschungen, die dem Menschsein nun einmal eigen sind, zum Wandel und zum Umbruch genutzt werden.

Konfliktpotential birgt das Gesellschaftsprinzip „quid pro quo“, ein Handeln, das auf Gegenseitigkeit ausgerichtet ist: „Eine Hand wäscht die andere“. Das Ausbleiben der erhofften Gegenleistung führt nicht selten zu einer Ent-Täuschung, weil der Gebende hinsichtlich der Wünsche und Absichten des Nehmenden einer Täuschung unterlegen ist. Die Selbstverantwortung für das eigene Handeln muss daher immer Priorität haben. Die systemische Resilienz kann somit auch durch Anwendung der sukzessiven Selbsterkenntnismethode zu einer gewünschten Verhaltensänderung, zu einer konstruktiven Symptomverlagerung im Krankheitsfall, vor allem aber zu einer besseren Steuerung von Problemlagen in Alltagsfragen, in der Schul- und Berufsausbildung respektive im Studium oder beim Erlernen eines Liedvortrages, evtl. sogar in der Beherrschung eines Musikinstrumentes beitragen.

Kritiker könnten bei der Erfolgskontrolle und Überprüfung entgegnen, die systemische Resilienz könnte sich rein vom Theorieansatz her als ein ungeeigneter Tarnmantel oder als hauchdünne Membran und damit wirkungsloser Schutzschirm bzw. als ein scheintherapeutisches Konstrukt entpuppen, hinter welchem der Betroffene sich im akuten Bedrohungsfall mit seinen seelischen und organischen Schwächen und Stärken verstecken kann. Die systemische Resilienz versteht sich daher als ein funktional bewährter Lösungsansatz für eine anerkannte, vorbildliche wie tragfähige

Methode des Denkens, Lernens und Handelns in basalen und übergeordneten Sozialsystemen mit Schwerpunkt auf der selbstkritischen Auseinandersetzung und Diskussion über die konkrete Befindlichkeit und Alltagssituation des/der Anwenders/Anwenderin.

3. Der „Weisheitsbegriff" von Frau Prof. Dr. Judith Glück (Uni Klagenfurt)

Mit der Technik der systemischen Resilienz arbeite ich an der Optimierung des persönlichen Wohlbefindens, der individuellen Lebensqualität und der alltagssoziologischen Selbstdisziplin zur Bewältigung des Alltags. Aufgrund der Wortbedeutungsnähe beleuchtet die Forscherin Professor Dr. Judith Glück von der Universität Klagenfurt in Österreich den Themenkreis der Resilienz im Zusammenhang mit ihrer Forschungsarbeit zum Weisheitsbegriff. Sie stellt dabei die seelische Widerstandskraft des Menschen gegen negative Einwirkungen von innen und außen in den Mittelpunkt.

Zielführend könnten regelmäßige Aktivitäten, abgestimmt auf die eigenen Bedürfnisse sowie das persönliche Leistungsvermögen des Probanden sein: Laufen, Radfahren, Schwimmen, Nordic Walking, Singen und Musizieren, Yoga, Thai Chi, Meditation, haut- und körperschonende Massagetechniken, wahlweise eine Kunst- oder Maltherapie. Die Verbundenheit mit der Natur (Biophilie) – ob im Wald oder im eigenen Garten – wird dabei i. d. R. als wohltuend und heilsam empfunden

Die Systemresilienz ist als Methode auch für Menschen geeignet, die sich in der Gruppe zu sehr von eigenen Zielsetzungen ablenken lassen und sich – ohne Ablenkung von anderen Menschen – daher wieder auf ihre Individualität besinnen sollten. Doch auch die Gruppe als Lernort – beispielsweise die Mitgliedschaft in einem Sport- oder Musikverein oder ein Kurs bei der Volkhochschule – kann geeignet sein, sich in der Methode der Systemresilienz zu üben. Denn das ständige Alleinsein – als instrumentalisierte Selbstisolierung - kann auch Ausdruck einer unbewussten Verdrängung sein, um den vermeintlichen Schwierigkeiten im Alltag aus dem Weg zu gehen. Sein Glück irrtümlich im Davonlaufen vor den eigenen Problemen und im fahrlässigen Verdunkeln und Vereiteln der tatsächlichen Chancen zu sehen, kann auch ein Irrweg sein.

Gemäß der modernen Ökopsychosomatik bietet der naturnahe Raum für die Sinne i. e. Augen, Ohren, Nase und Gaumen ästhetisch wertvolle Eindrücke und lässt sich als ganzheitlich zufriedenstellendes Erlebnis erfahren. Die artenreiche Gartenvielfalt mit Vögeln, Eichhörnchen, Igeln und Amphibien, der eigene Gartenteich oder die Weiheranlage und Haustiere wie Hund, Katze und Kaninchen können als Impulsgeber für das persönliche Wohlbefinden dienen. Die positiv wirkenden Eindrücke und Erlebnisse im Naturbereich können gezielt genutzt werden durch Anlegung eines

Gewächshauses, der Planung eines Nistkastens und weiterer Naturschutzhilfen wie den Bau einer Teichanlage. Bei der Pflege von Pflanzen- und Tierwelt finden viele Nachahmer der systemischen Resilienzmethode neue Kraft und tanken frischen Mut für die Erfüllung der notwendigen Alltagsaufgaben. Diese Programmbausteine in Verbindung mit einer gesunden Ernährung, basierend auf pflanzlicher Rohkost mit viel Gemüse und Salat, können das Erreichen angestrebter Ziele wie z. B. die Gewichtsreduzierung unterstützen.

IV. Vom Burnout zur Depression

„Burnout“ kommt aus dem Englischen „to burn out“ = „ausbrennen“ und heißt „Ausgebranntsein“. Meistens wird der Begriff im Kontext zur Arbeitswelt angewandt. Gemeint ist ein Gefühlszustand der Überforderung und Übermüdung (in der Fachöffentlichkeit als Burnout-Syndrom bekannt), verbunden mit dem Gefühl des „Nicht-mehr-Könnens“, Versagensängsten oder dem Gefühl der Trauer nach einem Todesfall oder im Fall der Trennung. Als Fallbeispiel für das Auftreten eines traumatischen Folgegeschehens sollte ein zeitnahes Unfallereignis aus dem Jahr 2016 dienen.

Das Zugunglück von Bad Aibling in Bayern forderte 11 Todesopfer. Die Entstehung der Katastrophe wird von den kriminalpolizeilichen Ermittlungsbehörden in Übereinstimmung mit der Beurteilung der Staatsanwaltschaft auf menschliches Versagen zurückgeführt. Es starben am 16.02.2016 elf Menschen, als zwei Züge Meridian 79505 und Meridian 79506 wegen eines fehlerhaft eingestellten Block- und eines falsch geschalteten Ausfahrtsignals frontal miteinander kollidierten. „Der für den Zugverkehr zuständige Fahrdienstleiter habe dem Zug, der am Morgen des Faschingsdienstags mit einer Verspätung von vermutlich drei bis vier Minuten in Richtung Kolbermoor unterwegs war, ein Sondersignal zur Weiterfahrt gegeben. Daraufhin war er auf der eingleisigen Zugstrecke frontal mit einem pünktlich verkehrenden Regionalzug zusammengestoßen. Das Sicherungssystem PZB 90, das derartige Unfälle auf eingleisigen Strecken verhindern soll, hatte der Fahrdienstleiter durch das Sondersignal ‚ZS 1’ deaktiviert. Sein Verhalten ‚sei nicht mit den geltenden Regeln in Einklang zu bringen’, sagte der Leitende Oberstaatsanwalt Wolfgang Giese bei der Pressekonferenz. Hätte der Mann, der 1997 seine Ausbildung zum Fahrdienstleiter abgeschlossen hat, regelkonform gehandelt, wäre das Unglück nicht passiert. Die Ermittler schließen vorsätzliches Handeln des verheirateten 39-Jährigen aus, weshalb er derzeit nicht in Haft ist. Man gehe, so Giese, von einem ‚furchtbaren Einzelversagen’ aus.“[1]

Eine fatale Tragödie dieses Ausmaßes ist in aller Regel Hauptursache einer schwerwiegenden Traumatisierung, dramatischen Schockzuständen und akutem Behandlungsbedarf für die Angehörigen, die Ehepartner und die nahen Verwandten der Opfer. Ein Schicksalsschlag von diesem Ausmaß kann auch eine langanhaltende Trauerphase oder eine erschütternde Depression bei nahen Bezugspersonen hervorrufen. Vergleichbare Ereignisse und Katastrophen ereignen sich täglich auf der Welt und haben in vielen Fällen psychologische Krisen zur Folge. Das Krankheitsbild der Depression kann außerdem gekennzeichnet sein durch eine unerklärliche und sehr geballte – plötzlich auftretende körperliche und psychologische Schwäche – in Form

1 *Süddeutsche Zeitung vom 16.02.2016, Internetausgabe, Bericht von Christoph Dorner)*

von Kraft- wie Lustlosigkeit gepaart mit einer demotivierenden Antriebsschwäche und sehr diffusen und belastenden Gefühlen wie langanhaltenden Angstzuständen und weiteren demotivierenden Gefühlslagen.

Es handelt sich mittlerweile um ein alltagssoziologisches (Massen-)Phänomen, also nicht unbedingt um ein Einzelfallschicksal. Betroffene leiden unter Isolation und ziehen sich Schritt für Schritt zurück. Nicht nur der Arbeitsplatz kann durch eine anhaltende Passivität oder eine irrationale Verweigerungshaltung gefährdet werden, sondern auch eine langjährige Partnerschaft und soziales wie gesellschaftliches Engagement.

Der sensible Schutzraum der intim erotischen Partnerschaft und der Zusammenhalt der Familie kann im Falle der genannten Krankheitsbilder in Mitleidenschaft gezogen werden. Erschwerend kann hinzukommen, dass im Fall von Burnout und Depression zusätzliche Krankheitsfaktoren das Krankheitsbild überlagern können. Bei der sogenannten Komorbidität können die verschiedenen Entstehungsursachen für die vorliegende Erkrankung nur sehr schwer identifiziert und eingeordnet werden.

Die Komorbidität wird daher auch definiert als das zeitgleiche Aufeinandertreffen, also die wechselseitige Überlagerung von verschiedenen miteinander verwobenen Krankheitsverläufen und sich gegenseitig begünstigender Krankheitssyndrome. Die einzelnen Krankheitsbilder verändern ihre Symptomatik dabei ständig. Eine Vernetzung typischer Beschwerdephänomene wie des sehr verbreiteten Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsyndroms (ADHS) in Komorbität mit dem Burnout-Syndrom oder mit der Borderline-Erkrankung gilt als wahrscheinlich. Das heißt dann im Umkehrschluss auch, dass Menschen, die an Burnout und einem Borderline-Syndrom erkrankt sind, gleichzeitig auch in überdurchschnittlich höherem Ausmaß von ADHS betroffen sein können. Derartige Symbiosen von Krankheitsbildern können dazu führen, dass eine medikamentöse Behandlung oder beispielsweise eine Magenverkleinerung im Fall eines diagnostizierten krankhaften Übergewichtes (Adipositas) von unüberschaubaren und nicht prognostizierbaren postoperativen Nebenwirkungen überschattet werden.

Umstritten ist auch, ob es sich im Falle des chronischen Erschöpfungssyndroms (Burnout) per definitionem um ein neuartiges Phänomen im Gesundheitswesen handelt oder nur um ein psychosozial überformtes Modephänomen der klassischen Depression in akuter, chronischer oder nur kurz anhaltender temporärer Phase. Gemäß einer Fachpublikation der Stiftung Deutsche Depressionshilfe leiden derzeit in der Bundesrepublik 4,9 Mio. Menschen an einer behandlungsbedürftigen Form der Depression.

„Demzufolge sei die Depression eine Erkrankung, die viel Leid verursacht. Sie kann als eine echte Volkskrankheit bezeichnet werden. Es gibt eine Vielzahl von Barrieren, die die Behandlung verhindern oder verzögern: Vielen Betroffenen fällt es aufgrund von Scham, Angst vor Stigmatisierung, Hoffnungslosigkeit oder mangelnder Energie sehr schwer, sich Hilfe zu holen. Andere wissen gar nicht, dass sie eine Depression haben und diese prinzipiell behandelbar ist. Behandlungsplätze sind knapp. Oft müssen Betroffene, nachdem sie sich zu einer Behandlung durchgerungen haben, monatelang auf einen Therapieplatz warten. Die verfügbaren Behandlungsmethoden sind wirksam, lassen aber genügend Raum für Verbesserungen.“[1]

Unumstritten ist, dass es sich angesichts der massiven Häufung an psychogen bedingten Krankheitsfällen mit depressiven Syndromen und Symptomatiken in entmutigten (deprimierten) Lebenssituationen lohnen kann, nach neuartigen theorienahen und praxisnahen Behandlungsmethoden zu forschen.

Auch wenn sich dramatische Fatalfolgen der Depression wie Selbstmord oder Selbstverletzungen als autoaggressive Bedrohung der eigenen körperlichen Unversehrtheit sich nicht in allen Fällen ausschließen lassen, ist es in jedem Fall wert, für das Überleben jedes einzelnen Erkrankten mit den modernen Mitteln der universitären und außeruniversitären Forschung in Fachdisziplinen der Medizin, der Psychologie und den angrenzenden Bildungs- und Sozialwissenschaften zu arbeiten.

1 Stiftung Deutsche Depressionshilfe in: Faßbinder et al.: Depression Therapy-Tools S. 1, 2015 vgl. Literaturliste im Anhang

V. Grundlagenforschung

1. Beginn der Forschungsaktivitäten zur „systemischen“ Resilienz

Der Beginn der Forschungsaktivitäten zur wissenschaftlichen Resilienzdiskussion geht zurück auf die beiden amerikanischen Forscher Jack Block und Emmy Werner. Die individuelle Resilienz bezieht sich dabei als metatheoretisches Begriffs- und Verhaltensmodell auf die Abwehrkraft des einzelnen Individuums. Bei Borgert, Resilienz im Projektmanagement, S. 12 – 13, VIII, 2013 heißt es:

„Die Geschichte der Resilienzforschung beginnt im Wesentlichen in den 1950er Jahren mit Jack Block. Der Professor für Psychologie an der kalifornischen Universität Berkeley definierte Ego-Resilience als ein Persönlichkeitsmerkmal, das sich aus dem Zusammenspiel genetischer, biologischer und sozialer Einflüsse ergibt.” Weiter lesen wir: „Die amerikanische Entwicklungspsychologin Emmy Werner nahm sehr großen Einfluss auf die Entwicklung der Forschung, vor allem mit ihrer ‚Kauai-Studie’ (Werner 1977). Damit legte sie die Basis für alle nachfolgenden Untersuchungen und Definitionen zu dem Resilienzbegriff. Gemeinsam mit ihrem Wissenschaftsteam von Psychologen, Kinderärzten und Sozialarbeitern begleitete Emmy Werner über mehr als 40 Jahre rund 700 Menschen. Sie alle waren 1955 auf der Hawaii-Insel Kauai geboren und unter unterschiedlichsten Bedingungen aufgewachsen. Sie wurden im Alter von 1, 2, 10, 18, 32 und 40 Jahren in Bezug auf ihre Entwicklung betrachtet. Armut, Vernachlässigung, Gewalt oder auch Krankheit der Eltern waren für ca. 30 Prozent der Probanden die bestimmenden Lebensumstände, unter denen sie aufwuchsen. Den 210 Risikokindern galt Werners besondere Aufmerksamkeit. Zwei Drittel von ihnen fielen im Alter von 10 und 18 Jahren durch Lern- und Verhaltensprobleme auf, begingen Straftaten oder litten unter psychischen Störungen. Sie wurden als vulnerabel (im Sinne von verwundbar, verletzlich) bezeichnet. Das eine Drittel der Risikokinder aber entwickelte keinerlei Verhaltensauffälligkeiten, absolvierte die Schule mit Erfolg und war in die soziale Gemeinschaft integriert. Emmy Werner schlussfolgerte daraus, dass resiliente Kinder eine stabile emotionale Bindung aufbauen, die ihnen Halt geben. Diese Bindungen bestehen zu Vertrauenspersonen wie Großeltern, Geschwistern, Nachbarn, Lehrern oder Freunden. Sie erleben früh Leistungsanforderung, aus denen die Kinder Verantwortung entwickeln. Dabei lernen sie Verantwortung für sich selbst und auch für andere (Geschwister, Ehrenämter etc.) zu übernehmen. Resiliente Kinder besitzen ein eher ruhiges Temperament und eine offene Art im Umgang mit anderen Menschen. Diese Kinder sind in der Lage, sich an die gegebenen Verhältnisse anzupassen, statt sie einfach zu überstehen. Sie sind nicht resilient trotz widriger Umstände, sondern wegen der Umstände. Mit Stress und Krisen umzugehen zu können und sie nicht zu eliminieren, so lautet seit Emmy Werner die Maxime der Resilienzforschung.“

Tagesaktuell möchte ich an dieser Stelle eine Unterhaltung mit einem 88-jährigen Herrn zitieren. Er berichtete mir zu meiner Bewunderung von den persönlichen Aktivitäten als Ausdauerläufer über jeweils eine Strecke von 7,5 km dreimal pro Woche. Er lebt in der persönlichen Überzeugung – ist sich in dieser Haltung vermeintlich völlig sicher – dass ihn diese sportliche Eigeninitiative als persönliches Selbstregulativ weiterhin jung halten kann. Da er Witwer sei, gelinge es ihm durch den regelmäßigen Sport die körperliche Vitalität zu stabilisieren, den Verlust der Partnerin zu kompensieren und sich eine gute kognitiv emotionale Konstitution im hohen Alter zu erhalten. In diesem authentischen Fallbeispiel erfüllt das regelmäßig betriebene Laufen die hauptsächliche Resilienzfunktion, welche einem schnellen Abbau (Degeneration bis zum Stadium der Demenz durch die altersbedingte Ablagerung von Eiweiß im Zellgewebe des Gehirns und der Alzheimerkrankheit, der sogenannten „plaque“) der kognitiven und mentalen Funktionen entgegenwirkt, unabhängig von anderen positiven Wirkungen des Laufsports für das übrige Herz-Kreislauf- und Lungensystem.

2. Das Resilienzmodell der Ressourcenorientierung

Ein weiteres Reslienzmodell geht auf Monika Gruhl zurück. Es zeigt sich in ihrem Resilienz Modell ein genereller Paradigmenwechsel von der Defizit- zur Ressourcenorientierung. Im folgenden verweise ich auf Gruhl (in Borgert S.: Resilienz im Projektmanagement, S. 14 – 17, 2013):

„Dies ist ein Perspektivwechsel von der üblichen Defizitorientierung zur Ressourcenorientierung. Der Resilienzansatz zielt auf die Stärken und Fähigkeiten und die individuellen Kapazitäten zur Stressbewältigung.

- **1. Optimismus**

Resiliente Menschen bleiben optimistisch. Die Krise oder Turbulenz wird eher als Herausforderung gesehen, die punktuell besondere Anstrengung verlangt. Diese Menschen gehen davon aus, dass eine Krise zeitlich endlich ist und überwunden werden kann. Sie erkennen die Realität an und halten an ihren Zielen fest.

- **2. Akzeptanz**

Plötzlich auftretende Ereignisse und damit verbundene Krisen lassen viele Menschen zunächst die Augen vor der Realität verschließen. Leugnen der Situation kann dabei helfen, den Schmerz zu ertragen. Resiliente Menschen akzeptieren die aktuelle Situation.

Sie lassen sich Zeit, um die Krise zu begreifen und nach Lösungen zu suchen. Die Menschen können gut unterscheiden zwischen veränderbaren und nicht veränderbaren Umständen.

- **3. Lösungsorientierung**

In akuten Krisensituationen scheint es zunächst so, als seien keinerlei Lösungen möglich. Resiliente Menschen fokussieren stark auf Lösungen. Sie blicken nach vorn, aktivieren Ressourcen und versuchen Verbesserungen zu erreichen. Diese drei Faktoren sind Haltungen eines lösungsorientierten Menschen. Unsere Haltung ist durch die gemachte Erfahrung beeinflusst und steuert unser Verhalten. Jeder Mensch bewegt sich auf der Achse des jeweiligen Faktors, das heißt, ein Mensch ist nicht lösungsorientiert oder nicht-lösungsorientiert, sondern er ist in einem gewissen Maße lösungsorientiert. Er kann sich auf der Achse in beide Richtungen bewegen, also beispielsweise durch Arbeiten an seiner Haltung die Lösungsorientierung verbessern.

- **4. Zukunft gestalten**

Resiliente Menschen wissen, dass die Zukunft nicht zu 100 Prozent plan- und vorhersehbar ist. Es existiert immer ein Anteil, der sehr wohl geplant und vorgedacht werden kann. Unerwartete Ereignisse machen den anderen Teil der Zukunft aus, und hierauf reagieren resiliente Menschen mit mehr Handlungsvarianten. Die Varianz in der eigenen Handlungsfähigkeit (Alternativen, Visionen) macht eine gute Zukunftsgestaltung möglich. Ist die Zukunftsplanung dabei realistisch, so können auch Krisen und Rückschläge leichter verarbeitet werden.

- **5. Beziehungen gestalten**

Menschen, die Krisen widerstandsfähig begegnen, wissen um ihre Stärken und Schwächen. Sie ergänzen ihre eigenen Ressourcen und Fähigkeiten mit den Kenntnissen und Talenten anderer, das heißt, sie bilden Netzwerke, auf die sie im Bedarfsfall zurückgreifen können. Resiliente Menschen versuchen nicht als einsamer Held die Krise alleine zu meistern.

- **6. Verantwortung übernehmen**

In einer akuten Krise passiert es schnell, dass man sich als Opfer fühlt und damit auch die Opferrolle annimmt. Resiliente Menschen sind in der Lage, diese Rolle schnell wieder zu verlassen und damit aktiv ins Geschehen einzugreifen. Grundsätzlich sind diese Menschen bereit und fähig, Verantwortung für sich und andere zu übernehmen. Gepaart mit Optimismus und Akzeptanz finden sie einen schnellen Ausstieg aus der Opferrolle.

- **7. Selbstregulation**

Gefühle von Schuld und Selbstvorwürfe sind häufige Krisenbegleiter. Resiliente Menschen haben ein realistisches Verständnis für ihren Eigenanteil an der Krise und können mögliche Selbstbeschuldigungen schnell überwinden. Sie übernehmen im richtigen Maße Verantwortung.“

3. Worin ist der Vorteil der Systemresilienz gegenüber der Resilienz im traditionellen Verständnis zu sehen?

Ein weiteres interessantes Resilienzmodell besteht in der Systemresilienz. Es lassen sich vom theoretischen Grundansatz her unterschiedliche Systemresilienzfaktoren auf die Behandlung von depressiven Verhaltensauffälligkeiten bzw. Erkrankungen im emotional affektiven Bereich transferieren. Daher werden diese Grundzüge der Systemresilienz hier im Kern vorgestellt. Sie gehen ebenfalls zurück auf die Resilienzphilosophie von Monika Gruhl. Aus dem Grund der Erlernbarkeit können diese Theoriebausteine als potentiell therapeutisch relevante Verhaltensmodelle an dieser Stelle in die Therapiediskussion implementiert werden. „Welche Rahmenbedingungen können denn das System Projekt dabei unterstützen, die Resilienz der Einzelnen zu fördern und gleichzeitig die Systemresilienz zu unterstützen? Es braucht eine stabile und damit resiliente Projektumgebung, in der die Menschen die Sinnhaftigkeit ihres Tuns und des Projektes erleben. Dieser Punkt ist für das Wohlbefinden von Menschen elementar. Dazu gehören die Verstehbarkeit der Situation und das Gefühl der Handhabbarkeit wie eines angepassten Umgangs mit einer konkreten Lebenswirklichkeit [Anmerkung des Autors]. Menschen wollen üblicherweise die Zusammenhänge und die Wechselwirkungen in ihrem Umfeld erkennen. Sie wollen durchschauen, was sich ereignet und brauchen Einflussmöglichkeiten. Über das Herstellen von Transparenz bezüglich der Ziele, der Einflussfaktoren, der Reduktion von Fehlern, der realistischen Einschätzung der Ereignisse wie Vorgänge etc. Lassen sich durch die Systemresilienz die Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit besser umsetzen? Ja genau darin liegt das Potential für jeden Projektbeteiligten. Wer kann, sollte durch die Aufgabe, die er im Projekt wahrnimmt, einen gewissen Einfluss- und Handlungsraum auf die Entscheidungsprozesse haben. Die systemspezifische Resilienz lässt sich dann stärken durch die Förderung von:

- Wertschätzung
- Problemlösefähigkeit
- Verantwortungsübernahme
- Selbstwirksamkeit
- Selbstwertgefühl
- Sozialen Kompetenzen
- Effektiven Stressbewältigungsstrategien
- Entspannungsfähigkeit
- Partizipativer Kooperation
- Bereitschaft über Probleme, Konflikte, Widersprüchlichkeiten zu diskutieren.“[1]

1 *(Borgert S.: Das richtige Projektklima In: Resilienz im Projektmanagement 2013, S. 21)*

Um die systemische Resilienzthematik in einem illustren und cineastisch spektakulären Zusammenhang zu illustrieren und systemtheoretische Transfermöglichkeiten mit relationalem Resilienzbezug in anderen Lebensbereichen aufzuzeigen, wird die professionelle Filmbranche als systemisches Referenzszenario hier dargestellt. Jeder Mensch – so sieht es die biblische und die im christlichen, sowohl im protestantischen als auch im römisch katholischen Glaubensbekenntnis abgelegte göttliche Schöpfung vor (in Äquivalenz zu anderen Weltreligionen) – ist nach Gottes Bild geschaffen. Das vorherrschende Menschenbild des Buddhismus und des Islam als religiös interpretiertes Menschen- und Weltbild ist der einzigartige homo sapiens. Demzufolge ist der Mensch nur ein einziges Mal in dem subjektiven Lebenskino für eine begrenzte Zeit unterwegs – unabhängig von der Vorstellung der Wiedergeburt. Eine einzige Filmszene kann jedoch sehr viele Male in Serie optimiert abgebildet werden, bis sie als „abgedrehte" Filmszene den nuancierten Vorstellungen des Filmregisseurs entspricht. Die Kinoleinwand wird in diesem Bild zur Projektionsfläche für das filmische Feature oder den kompletten Film über den „Sinn und den Unsinn" der Systemresilienz im jeweiligen Filmdrehbuch.

Das bedeutet für die systemische Resilienzdiskussion, dass jeder in dem eigenen Lebenskino möglichst die Rolle des aktiven und unermüdlich resilienten Filmregisseurs übernehmen kann oder aber diese Rolle an jemanden per delegationem überträgt, der den Job im realistischen Leben besser beherrscht. Das Filmdrehbuch kann jeder für sich selbst schreiben oder jemandem anderen die Aufgabe des „systemresilienten Drehbuchautors" übertragen oder überlassen. Je nachdem wie ich die Rolle des engagierten Regisseurs im eigenen Lebenskino übernehme, übernehme ich auch die Verantwortung für den eigenen resilienzstarken oder resilienzschwachen Lebensprozess und damit auch für systemresilient relevante Bezüge in der persönlichen und soziostrukturellen Lebensgestaltung und in der eigenen Lebens- und Lerngeschichte.

In diesem Bild wird erkennbar, dass der einzelne Mensch selbst die Aufgabe übernimmt, welche Rollen er in dem eigenen Film besetzt und welche nicht d. h. zu wem er als „Filmpartner Kontakt" aufnimmt. Er entscheidet souverän in selbstbestimmter Autonomie über die Inhalte des Drehbuchs, über die (Handlung, die Szenenfolge, die Filmdauer) und damit über die Frage, welche Handlungsstränge, welche mehr oder weniger spektakulären Filmsequenzen er in die Filmhandlung aufnimmt also gewissermaßen über die Frage, welchen Weg A, B, C oder eine alternative Route der Mensch Hauptdarsteller oder Komparse in diesem Film gehen möchte. Er legt auch fest, um welches Filmgenre es sich handelt: Ist es ein spannender Krimi, eine Komödie, eine Tragödie, ein Psycho-Thriller, ein Abenteuerfilm, eine Dokumentationsserie, ein Fiction- und Fantasy Film, eine „soap opera" oder ein romantischer Liebesfilm, ein Actionfilm, ein Unterhaltungsfilm oder ein anderes Filmformat.

Es mag pathetisch klingen, aber jeder Mensch entscheidet auch im lebenslangen systemischen Resilienzprozess, welche Richtung er einschlägt oder auf welcher Fahrbahnseite er auf der Reise von A nach B gehen möchte. Diese Exkursion in die Welt des Films verdeutlicht in sehr gut nachvollziehbarer Weise den dynamischen Charakter der Systemresilienz.[1] Systemische Resilienz ist im besten Sinne nichts Statisches. Der resiliente Mensch befindet sich auf einer Reise zwischen zwei Polen: Gesund oder krank. Als Erdenbürger ist er mobil und will die Welt, die Landkarte und die darin lebenden Völker, Landschaften und Tiere erkunden. Ein resilienter Mensch ist ein betont wissensdurstiger und ein nach Kultur und Bildung strebender aktiver Akteur im Gegensatz zu einem passiven Mitspieler in der globalen Weltgemeinschaft. Er kann sehr interessante Erfahrungen auf der „persönlichen Resilienztour" machen, nicht nur sich selbst auf dieser Reise neu erfahren und verändern. Er kann auch durch klug gewählte, weil reflektierte Entscheidungen die Entwicklung der „Film"- Reise mitbestimmen.

Mitnichten muss er sich „willenlos und ohnmächtig" in eine vorgegebene Filmordnung oder ein ungeliebtes Filmteam einfügen. Das demokratische Freiheitsprinzip des Grundgesetzes und speziell die im Grundgesetz verbriefte Meinungs- und Pressefreiheit gibt ihm Mittel, Wahlmöglichkeiten und Handlungsalternativen an die Hand, die er für die persönliche Reisefreiheit auf der Landkarte der Resilienz ob „systemisch" oder „unsystemisch" in intelligent sinnvoller und vernünftiger Weise nutzen kann. Ebenfalls kann die Wahrnehmung von Veränderungen, von sozialen, politischen und soziographischen Wahlmöglichkeiten im eigenen Leben das unerschöpfliche Reservoir und den ressourcenorientierten Resilienzcharakter im individuellen System wiederspiegeln und übersetzen.

Nach der soziologischen Rollentheorie von Erwing Goffman, ein kanadischer Soziologe (*11.6.1922 in Mannville, Kanada; † 19.11.1982 in Philadelphia), ist die soziale Welt eine Bühne sehr komplizierter miteinander verwobenen Beziehungen.

Auch in der zwischenmenschlichen Kommunikation spielt diese Sichtweise über die Kommunikation zweier Mitmenschen face to face oder zwischen einem Individuum und einer Gruppe als Vortrag oder in Form einer Diskussion eine mitunter zentrale Rolle. Jeder kennt die bildhaften Aussagen: „ Er ist aus der Rolle gefallen". Sinngemäß stehen diese Begriffe für, er hat sich „blamiert" oder ist in „ein Fettnäpfchen getre-

1 Begriffsdefinition: Die Begriffsmodelle ***„Systemresilienz" und „systemische Resilienz"*** *werden von mir als Buchautor in synonymer begrifflicher Bedeutung verwendet. Es besteht also bezüglich des Verständnisses der Wortbedeutung kein bedeutsamer Unterschied in der themenbezogenen Interpretation. Daher werden die Begriffe beide „alternierend" in dem zukünftigen Textverlauf auftauchen. Diese Erklärung erscheint deswegen sinnvoll, um jegliche Irritationen bzgl. einer angeblichen Begriffsverwechslung zu vermeiden.*

ten“. In einem Vorwort aus einer Bachelorarbeit aus dem Jahr 2003 „Rollentheorie und Erwing Goffman” heißt es:

„Die soziale Welt ist eine Bühne, eine komplizierte Bühne sogar, mit Publikum, Darstellern und Außenseitern, mit Zuschauerraum und Kulissen und mit manchen Eigentümlichkeiten, die das Schauspiel dann doch nicht kennt. Das Bild ist alt; und es geht Goffman nicht darum, dieses Bild ein weiteres Mal zu entwerfen. [...] Goffman geht es, neben anderen und spezielleren Thesen, um den Nachweis, dass die Selbstdarstellung des einzelnen nach vorgegebenen Regeln und unter vorgegebenen Kontrollen ein notwendiges Element des menschlichen Lebens ist.“

Zur Begrifflichkeit aus der Theaterwelt:
„Die Rolle, die ein Einzelner spielt, ist auf die Rollen abgestimmt, die andere spielen; aber diese anderen bilden zugleich das Publikum.“

- Jeder ist zugleich Darsteller und Publikum.
- Interaktion: wechselseitiger Einfluss von Individuen untereinander während ihrer unmittelbaren physischen Anwesenheit.
- Darstellung: Ein Einzelner versucht mittels seiner Gesamttätigkeit die anderen Teilnehmer zu beeinflussen.
- Rolle: vorherbestimmtes Handlungsmuster – umfasst Teilrollen für unterschiedliche Gelegenheiten und Situationen.

Der Glaube an die eigene Rolle:

- Person = Maske
- Maske = Wahres Selbst
- Wahres Selbst = selbst geschaffenes Bild
- Rolle = selbst geschaffenes Bild/Rolle, die erfüllt werden will

Darstellung der Rolle = „zweite Natur“/integraler Bestandteil der Persönlichkeit. Es gibt eine Unterscheidung zwischen aufrichtigem Darsteller und zynischem Darsteller:

- Aufrichtiger Darsteller: Glaube an die inszenierte Realität als Wirklichkeit
- Zynischer Darsteller: Von Rolle selbst nicht überzeugt, zweckorientiertes Interesse an Überzeugung des Publikums

Die Rollentheorie der Arbeitsgruppe Soziologie sieht den Menschen als Person in einem sozialen System. In diesem System besitzt die Person eine soziale Position und eine soziale Rolle. Die soziale Position einer Person ist dessen Stellung in einem sozialen System, wohingegen die soziale Rolle über die Erwartungen der Bezugsgruppen

an diese Person in seiner Position definiert wird. Die Bezugsgruppen beinhalten alle Menschen, mit der eine Person in Kontakt kommt und die normative und antizipatorische Erwartungen an sie hat. Die normativen Erwartungen sind jene, welche die Person laut Bezugsgruppe erfüllen sollte, während die antizipatorischen Erwartungen die Vorraussagung des Handelns der Person widerspiegeln.

Das Handeln in einer Rolle führt zu Sanktionen der Bezugsgruppen. Diese können gegenüber dem gewöhnlichen Sprachgebrauch nicht nur negativ, sondern auch positiv sein. Die Bezugsgruppen loben mit positiven Sanktionen, wenn eine Person seine Aufgaben erwartungsgemäss oder besser erfüllt und strafen mit negativen Sanktionen bei der Abweichung des Verhaltens gegenüber den Erwartungen. Diese Sanktionen werden zur Stützung der sozialen Norm eingesetzt, welche die Werthaltung der Bezugsgruppen über verpflichtende Erwartungen ausdrückt.

Jeder Mensch hat zusätzlich nicht nur verschiedene Rollen, sondern auch noch mehrere Positionen im System. Diese können als „role-set“ zusammengefasst werden. Das Subjekt besteht also aus der Zusammenfassung mehrerer Einzelrollen und die Einzigartigkeit wird durch das persönliche Organisieren der Erfüllung möglichst vieler Erwartungen gewahrt. Zusätzlich legt man persönliche Präferenzen fest, welche Erwartungen man vorrangig erfüllen möchte. Die eigene Handlungsmöglichkeit besteht also aus dem geschickten Erfüllen ausgewählter Erwartungen. Es wird zwischen KANN-, MUSS- und SOLL-Erwartungen unterschieden.

Systemische Resilienz als eine eigene Weltanschauung zu interpretieren, wäre vielleicht doch etwas überzogen und die Vorstellung gehört deswegen eher in das Reich der Mythologie. Aber das theorieimmanente Potential systemresilienter Handlungsmechanismen im Dienst der persönlichen Lebensführung und auch für einen persönlichen Heilungs-, Entwicklungs- und Bildungsprozess ist im Prinzip unerschöpflich und regeneriert sich gemeinsam mit dem systemresilient oder nicht systemresilient Handelnden. Der Handlungscharakter der Systemresilienz wird somit selbstreferentiell konstituiert.

Die im vorausgehenden Kapitel dargestellten resilienzthematischen Sequenzen beziehen sich auch auf den Aspekt der Dynamik. Die Systemresilienz als therapeutisch und biographisch wirksamer Prozess ist ein dynamischer d. h. verlaufsorientiertes Phänomen und kein statischer Prozess. Sie konzentriert sich auf Prozesse des Wandels (lat.: Metamorphose) eher als auf Verläufe der statischen Konstanz. Das Ziel ist sehr wohl eine angestrebte systemische Stabilität beispielsweise in der gesundheitlichen Referenz wie bei der Einhaltung von Regeln und einer Regelmäßigkeit in einem bestimmten chronologischen Zeitrahmen. Man kann diesen dynamischen Verlauf-

scharakter auch als ein Mobilitätsphänomen erfassen. Das bedeutet zum besseren Verständnis, dass zur Beschreibung von typischen Merkmalen des begrifflichen Phänomens der systemischen Resilienz die prozessuale Bewegung (der Mobilitätsaspekt) am besten geeignet ist. Systemische Resilienz wird also durch einen Vorgang – etwas Bewegliches – am Zutreffendsten gekennzeichnet. Die Aktivität spielt eine besondere Rolle bei der Systemresilienz. Als Resilienzmodell eignet sich von dieser Annahme her auch eine bewegliche Versuchsanordnung. Bezogen auf menschliche (anthropologische) Charaktermerkmale ist der resiliente Mensch ein schaffensfreudiger, gelassener aber mutiger und entschlossen Handelnder und kein passiver Müßiggänger. Er steht für seine Entscheidungen und Vorgehensweisen ein und kann sich gegenüber oppositionellen Verhaltensweisen abgrenzen und zur Wehr setzen.

3.1. Die Geduld als eine menschliche Kategorie für systemresilientes Verhalten

Die geduldige Akzeptanz der Wirklichkeit des unabänderlichen Zustandes stellt eine wesentliche Komponente resilienten Verhaltens und systemresilienter Einstellung dar. Wir können gewisse Sachverhalte in unserem Leben nicht verändern, sondern müssen sie so hinnehmen wie sie sind. Dazu schreibt Monika Gruhl[1]:

„Akzeptanz ist ein Prozess. Sie ist die Frucht einer oft mühsamen Auseinandersetzung mit ungewollten Realitäten, die ihre Zeit braucht. Uns diese Zeit zu nehmen und sie anderen zu geben, erfordert Geduld. Geduld ist keine passive Haltung des Erduldens, kein passives Aussitzen. Geduld ist eine *Wartekraft*, eine aktive und bewusste Entscheidung dafür, dem Werden und der Entwicklung den nötigen Raum zu geben." ... „Geduld setzt die Zuversicht voraus, dass sich Dinge auch ohne unser drängendes Zutun neu ordnen. Geduld vertraut darauf, dass in einer Situation und in Menschen immer mehr steckt, als wir in einem Augenblick erfassen können." (dies a.a.O., S. 37).

Dann schreibt die Wissenschaftsautorin über einen resilienzthematischen Sachverhalt, der ebenfalls für den Sinnzusammenhang von systemischer Resilienz als humanitärer Einstellung als innere Einstellung/Haltung von „exorbitanter" Bedeutung sein könnte. Es geht um die Akzeptanz des Unabänderlichen: „Wie leicht fällt es Ihnen, zu unterscheiden, ob Sie etwas ändern oder beeinflussen können? Welche Rolle spielen Dinge in Ihrem Leben, die Sie nicht ungeschehen machen können? Wie fühlen Sie sich, wenn Sie das Ruder nicht mehr in der Hand haben? Wie reagieren Sie, wenn andere Menschen Ihren Erwartungen nicht mehr entsprechen? ... Wenn wir Dinge nicht mehr ändern können, ist es notwendig (*Not wendend*) sie anzunehmen."

1 Gruhl M.: Resilienz – Die Strategie des Stehauf – Menschen, Krisen meistern mit innerer Widerstandskraft, S. 36, 1. Auflage 2014

3.2. Die radikale Selbstakzeptanz als ein resilienzstiftendes Persönlichkeitsmerkmal

Monika Gruhl umschreibt dieses Phänomen mit den folgenden zur („Selbst“)-Reflexion angedachten Textpassagen[1]: „Vielen Menschen fällt es besonders schwer, die eigenen Grenzen und Unzulänglichkeiten zu akzeptieren, zum Beispiel dass sie auf manchen Gebieten Mittelmaß sind, oder dass sie von unerwünschten Gefühlen heimgesucht werden. Resiliente Menschen akzeptieren sich selbst mit ihren Stärken und mit ihren Einschränkungen und gehen versöhnlich mit ihren ungeliebten Anteilen um. Sie nehmen sich selbst ohne Vorurteile wahr und schämen sich weder ihrer Gefühle noch ihrer Grenzen. Immer wieder sind sie bereit, sich der eigenen Realität zu öffnen. Sich zu akzeptieren heißt keinesfalls zu resignieren, alles in Ordnung zu finden und sich keine Mühe mehr zu geben.“ (dies a.a.O., S. 40 f.).

Insbesondere bei der kognitiven Einordnung von Fehlern unterscheiden sich systemresiliente von nicht systemresilienten Menschen. Nicht systemresiliente Zeitgenossen machen sich Vorwürfe, schreiben den eingetretenen Misserfolg einer geringen Intelligenz oder anderen selbst verschuldeten Beiträgen irrtümlicherweise und vorschnell zu. Der systemresiliente Mitmensch sagt sich, dass es eine für ihn wertvolle Lernerfahrung ist, und dass er daran arbeitet – mit optimistischen Blick in die Zukunft blickend – diese Aufgabe beim nächsten Mal mit mehr Konzentration, Vorbereitung und Erfolgswillen anzugehen. Der Misserfolg ist für den systemresilienten Menschen „kein Beinbruch“, sondern eine Lernquelle und auch keine Kritik an der ohnehin intakten Persönlichkeit. Die systemische Resilienzstärke verleiht ihm Mut, den antreibenden Optimismus sowie die Gelassenheit und die erforderliche Motivation, mit den gewonnenen suboptimalen Erfahrungen neue und fortgeschrittene Erkenntnisse, zuverlässige Informationen und frische Ideen für eine verbesserte Lösungsstrategie beim nächsten Anlauf oder bei der nächsten Prüfung einzubringen.

Die von mir geschätzte und empfohlene Fachfrau zur Resilienzthematik gibt in ihrem Werk „Resilienz – Die Strategie der Stehauf-Menschen“ (dies. a.a.O., 2014, S. 42) eine sehr durchdachte Zusammenfassung zu diesem resilienzgeprägten Themenbereich: „Akzeptanz ist ein Prozess, der Verluste, Rückschläge und ungewollte Vorfälle in das eigene Leben integriert. Grundlage dafür ist die Erfahrung und das Vertrauen, dass jedes Ereignis positive wie negative Aspekte enthält und sinnvolle Konsequenzen nach sich ziehen kann, auch wenn dies zum Zeitpunkt des Geschehens noch nicht erkennbar ist. Resiliente Menschen machen sich bewusst, dass es nicht in ihrer Macht steht, das Verhalten anderer Menschen oder alle Umstände ändern zu können, wohl aber ihre eigene Einstellung dazu. Sie können unterscheiden, was sie beeinflussen

1 *Dies. a.a.O., S. 40*

können und was nicht. Was im Bereich ihrer Möglichkeit liegt, nehmen sie in die Hand und gestalten ihren individuellen Beitrag nach einem überlegten Muster. Auch wenn es ihnen schwerfällt, sind sie bereit, unabänderliche Gegebenheiten akzeptieren zu lernen. Sich selbst zu akzeptieren ist ein lebenslanger Prozess. Die Voraussetzung für Selbstakzeptanz ist, sich selbst wertzuschätzen und zu respektieren. Wer offen und konstruktiv auf eigene Unzulänglichkeiten reagiert und versöhnlich umgehen lernt mit den Seiten, die er nicht an sich mag, nährt ein fundiertes Selbstwertgefühl.“ [1]

In jeder Lebenssituation kommt es auf bestimmte systemische Resilienzfaktoren und auch auf eine ausgeglichene Resilienzbalance an. „Jede Krise und Schwierigkeit erfordert eine eigene Kombination von Resilienfaktoren. ... Resilienz-Balance ist nicht statisch, sondern dynamisch.“ Auf diesen Resilienz-Zusammenhang wird erneut an späterer Textstelle hingewiesen (Gruhl M.: a.a.O.S. 114, 2014):

„Unabhängig davon, ob wir die Methode als Coping, Resilienz oder „Im-Flow-Bleiben“ titulieren: Es ist wichtig, die Nerven zu behalten und auch in den gefühlt stressigsten Situationen eine gewisse Ruhe zu bewahren: „Behalten Sie einen langen Atem. Bei allen größeren Vorhaben sind kontrollierbare und unkontrollierbare Kräfte im Spiel. Wenn Sie gut vorbereitet sind, sind Sie in der Lage die unkontrollierbaren zu akzeptieren und zu kompensieren. Widerstände, Störungen und Rückschläge sind bei langfristigen, komplexen Zielvorgaben ganz normal und gehören dazu. Stellen Sie sich darauf ein, dass Sie allerhand Umwege machen werden und überlegen Sie sich schon im Voraus, wie Sie sich dann motivieren.“ (Gruhl M.: Resilienz 2014, S. 272)

3.3. Welche praktikablen Anwendungsmöglichkeiten gibt es für die systemische Resilienz im Alltag?

Der Fernsehsender arte berichtet in der Ausstrahlung der Sendung „Medizin in anderen Ländern” am 16.03.2016 davon, dass in den Ländern nördlich des Polarkreises die Winterdepression aufgrund der längeren Dunkelphasen der Nacht und der kürzeren Tage eine besondere Ausprägung bei anfälligen Menschen aufweist. Auf die Behandlung der Depression spezialisierte Fachärzte verordnen als Antidepressivum eine quadratische Leuchte, welche einfach an ein Stromnetz anzuschließen ist und ein sehr gleißendes – grelles bläulich gelbes bis weißes – Licht ausstrahlt. Die hohe Luxzahl als Messungsmethode mit einem Luxmeter für die Beleuchtungsstärke liegt dabei im mittleren bis oberen Bereich auf der Messskala von 0,001 lx bis 1.000.000 lx gemäß der Definition der physikalisch-technischen Bundesanstalt. Die regelmäßige Anwendung der „elektrisch therapeutischen“ Lichtquelle kann dazu beitragen, dass durch die intensive Lichteinstrahlung die Ausschüttung des Hormons Melatonin

1 Gruhl M.: a.a.O., S. 41, 1. Aufl. 2014

beeinflusst wird, welches beim Menschen ein durch die synaptischen Transmitter im Gehirn beeinflusstes und gesteuertes Glücksgefühl mitbedingen kann.

„Außerdem reguliert Melatonin den Schlaf-Nacht-Rhythmus (zirkardianer Rhythmus). Der natürliche Botenstoff wird regulär bei Dunkelheit in einem Teil des Zwischenhirns (der Zirbeldrüse) ausgeschüttet. Er signalisiert dem Körper, dass Schlafenszeit ist und unterstützt die nächtliche Schlafbereitschaft. Die höchste Melatonin-Konzentration wird nachts zwischen zwei und vier Uhr gemessen. Danach sinkt der Melatonin-Spiegel wieder. Licht hemmt die Melatonin-Ausschüttung. Die körpereigene Produktion des Hormons geht mit fortschreitendem Alter zurück. Daher ist es nicht verwunderlich, dass ältere Menschen (statistisch gesehen) häufiger an Schlafproblemen leiden. Melatonin kann demzufolge als Taktgeber für die innere Uhr bezeichnet werden. Klinisch geprüfte Melatoninprodukte sind in der Bundesrepublik verschreibungspflichtig und unterliegen strengen Qualitätskriterien. Nahrungsergänzungsmittel mit Melatonin sind in Deutschland verboten.“[1]

Den körpereigenen Hormonen Serotonin und Endorphin werden nicht nur schmerzlindernde Wirkung aufgrund der in der Gruppe der Morphine enthaltenen Stoffen mit deutlicher Betäubungswirkung in der Medizinforschung attestiert. Es wird bei erhöhter Ausschüttung im Sommer auch von einer euphorisierenden Wirkung der sogenannten Glückshormone für den Stoffwechsel und die emotionale Verfassung eines Menschen ausgegangen. Die genaue Funktionalität der Sonneneinstrahlung auf die Serotoninausschüttung im menschlichen Körper wird derzeit erforscht. Es kann davon ausgegangen werden, dass es eine stoffwechselbedingte biochemische Prozesskette im Hormonhaushalt gibt, welche durch die erhöhte Lichteinwirkung begünstigt wird mit sehr erfreulichen Folgen für die Lebens- und Gefühlsqualität des Menschen. Die Menschen wirken unbeschwert, gelassen und fühlen sich regelrecht beflügelt.

Die individuelle Handlungsmotivation und die Lebensfreude kann sich demzufolge in sprunghafter Entwicklung steigern. Die genauen Bedingungen sind von der produzierten Hormonmenge (dem Hormonspiegel) abhängig. Die genauen zellulären Verfahrensabläufe (der Diffusion = Durchlässigkeit und der Osmose = Fließgleichgewicht in der Zelle) und die spezifizierte Progression in den Körperzellen werden in der Biochemie genauer analysiert. Zum Beispiel enthalten Walnüsse sehr viel Serotonin. Der regelmäßige und maßvolle Verzehr von Walnüssen kann sich aus diesem Grund in Absprache mit dem Arzt in den Wintermonaten empfehlen.

1 *Vgl.: www.schlafstörungen-behandeln.de*

Wie kann denn der Schutzpanzer der systemischen Resilienz gegen einen Schwächeanfall, die geeignete Hilfestellung bei Dauererschöpfung und wochenlanger Übermüdung, bei dem mehrere Monate anhaltenden Gefühl des Ausgebrannt-Seins, also bei einem klassischen Burnout-Phänomen, aussehen? Oder mit anderer Fragestellung anthematisiert: Welcher kostengünstige Kaufhausgegenstand oder welche Verhaltensänderung dient als emotional-kognitives Schutzschild oder übernimmt im Gefährdungs- respektive im Konfliktfall die gleiche Verteidigungsfunktion wie das dicke Elefantenfell als wirksame Waffe gegen ein kränkendes Vorurteil und gegen die infame, weil entwürdigende sexuelle Belästigung einer Frau oder eines Homosexuellen am Arbeitsplatz?

Welches optisch wahrnehmbare Aussehen hat die systemorientierte Resilienz[1]? Kann man sie überhaupt beschreiben in der Art, dass sie im echten Lebensalltag Form, Farbe und Gestalt annimmt? Gibt es bestimmte systemische Resilienzgruppen oder Resilienztypen als wirksames Rezept für eine Behandlung von Krankheitsformen? Ist sie eher vielfarbig bunt oder eher eintönig/einfarbig? Kann man sie sehen. riechen, hören? Wie ist die physikalische, chemische oder biologische Beschaffenheit der Resilienz also ihr naturwissenschaftlicher Aggregatzustand? Mit welchen elektronischen oder digitalen Messmethoden der Regulations- und Messtechnik kann man die Resilienzstärke erfassen? Gibt es bereits hochsensible elektronische Resilienzsensoren – denkbar für die Haut etwa in Pflasterform oder als Gel? Ist die Resilienzstärke beispielsweise über neuronale Hirnströme messbar und sind bestimmte Hirnareale im Frontallappen oder an einer anderen Stelle des Cortex als Sitz dieser Resilienzzentralen von der Hirnforschung bereits lokalisiert? Ist sie rund oder eckig oder wie auch immer in der zwei- oder dreidimensionalen Konsistenz und zellulären Beschaffenheit? Handelt es sich um ein tatsächlich greifbares Phänomen oder gehört sie in eine sinnliche, spirituell oder metaphysische Dimension subsumiert? Gibt es die Resilienz heute bereits oder möglicherweise in der Zukunft in der Apotheke freiverkäuflich als die berühmte Wunderpille oder nach ärztlicher Verordnung als Infusion oder Nährlösung verabreicht? Oder benötigt der Burnout- oder Borderline-Patient einen bestimmten Bauplan, also die passgenaue Konstruktionszeichnung für eine individuell systemresiliente Maßanfertigung als den ganz persönlichen Resilienzschutzwall gegen eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit? Möglicherweise geht das bedürfnisgesteuerte Wunschkonzert der von Resilienzdefiziten und Resilienzverlust betroffenen Patienten in Konkretion bei einer depressiven Störung so weit, dass sie

1 Begriffsklärung: Die Verwendung der Begriffe: „systemorientierte und systembezogene, systemrelevante Resilienz“ werden von mir ebenfalls in Übereinstimmung und in der gleichen Wortbedeutung verwendet wie „systemische Resilienz“. Auch die einfache Begriffsversion „Resilienz” steht stets in dem Kontext zum gesamten Resilienzsystem, zur Systemresilienz oder dem empfohlenen systemischen Resilienzprozess

sich am liebsten die Resilienz aus der Steckdose wünschen. Doch mit solchen utopistischen Zukunftsvisionen ist den von einer Resilienzstörung betroffenen Patienten in gegenwärtiger Auseinandersetzung mit den vorgestellten Krankheitsbildern nicht geholfen und nicht gedient.

Die Fragen zuvor müssen wohl alle mit der Antwort Nein quittiert werden. Handelt es sich bei der Resilienz und im Speziellen der systemischen Resilienz etwa nur um eine originelle Wortneuschöpfung, einen sogenannten nominellen Neologismus? Jede dieser Fragestellungen ist legitim und das Gegenteil von töricht und dumm. Auf einige dieser sehr zahlreichen Fragen werden die Betroffenen mit dem gestiegenen Interesse der Therapiewissenschaft an dem Resilienzthema mit Sicherheit zufriedenstellende Antworten in dieser Publikation erhalten. Andere spezifischere Fragen aus der statistischen Empirie als Beweisverfahren für eine wirksame Resilienzmessmethode zur Erfolgskontrolle bei bestimmten Krankheitsbildern werden mit dem in dieser Studie gewählten Forschungs- und Erklärungsansatz noch nicht in validierter Methodik erschlossen werden können. Die hier formulierten Forschungsansätze und angeregten Forschungsergebnisse können neue Impulse für die experimentelle Neurochirurgie, die Psychobiologie und die Neuropsychologie mit sich bringen. Andere der genannten Fragen gehören mit Sicherheit als illusionäre Vorstellung in das Reich der Sozialromantik oder in die Welt der Märchen aus „Tausendundeine Nacht".

Zur Klarstellung für alle vermeintlich fortschrittlichen Querdenker, Skeptiker, Freigeistigen Menschen und Frohnaturen, Zweifler und Träumer: Es gibt die Systemresilienz noch nicht als im Internethandel bestellbares Produkt mit der beigefügten Bedienungsanleitung oder als „das Rundum-Sorglos-Paket", gewissermaßen als eine patentierte Speziallieferung mit Garantieleistung. Eine seriöse resilienzbasierte Behandlung eines an Depression Erkrankten in Übereinstimmung mit dem Psychotherapiegesetz als eine auf die Patientenbedürfnisse zugeschnittene Sonderanfertigung gegen eine leichte, mittelschwere oder schwere Depression oder als allzeit bereite Resilienzpackung mit dem extrem hohen Wirkungsgrad, schnell dosiert, leicht zubereitbar und mit sehr langer Haltbarkeit und der XXL-Qualitätsstufe ist schlichtweg eine Sozialromantik, wenn nicht sogar ein strafbarer Betrug. Überhaupt handelt es sich bei strenger Beurteilung bei vielen Therapieansätzen gegen die Depression um eine auch nicht im Ansatz seriöse weil unrealisierbare Zukunftsmusik.

Sehr viele der resilienztypischen Erscheinungsformen gehören derzeit in das Reich der Wunschvorstellung und sind allenfalls denkbar in der Therapiewelt von morgen, übermorgen oder eines fernen Tages mit einer doch sehr geringen Erfolgswahrscheinlichkeit. Das aktuelle Auftreten resilienter Anwendungsarten bewegt sich in der Hauptsache im Bereich der kooperativen Verhaltensmodifikation im gesprächs-

basierten Beziehungsverhältnis von Patient mit dem Psychotherapeuthen und im kommunikativen Verhältnis zum Facharzt der Psychiatrie oder der Neurologie. Zwecks einer Behandlung oder zur Verringerung des Erkrankungsrisikos beim Burnout, dem Borderline-Syndrom und den drei vorgestellten Depressionsarten gelten die üblichen Verfahrensregeln des Patientenrechtegesetzes. Fachunkundige Laien dürfen von der Gesetzgebung her keine psychotherapeutische Heilmethoden anwenden. Diese Berechtigung zur offiziellen Heilbehandlung in privater ambulanter Praxis wird in der Bundesrepublik Deutschland derzeit nur vier Berufsgruppen erteilt: Ärzten mit einer Akkreditierung zum Facharzt in einer bestimmten Fachrichtung der Medizin, akademische Psychotherapeuten mit einer anerkannten Zusatzqualifikation. Nur diese beiden Gruppen dürfen ihre ärztlichen und fachtherapeutischen Dienstleistungen über die Krankenkasse oder über eine Rechnung an Selbstzahler abrechnen. Die Berufsgruppe der Heilpraktiker ist nach einer erfolgreich abgelegten Berufsausbildung in der Homöopathie ebenfalls berechtigt, bestimmte genau festgelegte Heilbehandlungen an bestimmten Krankheitsbildern außer den Infektionskrankheiten, die dem aktuell gültigen Seuchenschutzgesetz[1] unterliegen, vorzunehmen.

Es tauchen ja ständig neue Berufsbilder zur angeblich wirksamen Behandlung auf, wie beispielsweise die Heilmethode „Vitametik“, die auf spezielle Anwendungsformen verweisen. Der Erfolg aller nicht ärztlichen und nicht psychotherapeutischen Behandlungsmethoden sollte nicht nur in der Bundesrepublik sondern europaweit stets sehr akribisch, genau und in dokumentierter Version von den staatlichen Gesundheitsämtern und weiteren amtsärztlichen Kontrollorganen sowie dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen überwacht werden, um dem bewussten Missbrauch und der Scharlatanerie im Gesundheitswesen effektiv entgegenwirken zu können.

4. Wie wirkt sich die Stressthematik auf die Resilienz als Hilfemethodik aus?

Um ein einfaches Fallbeispiel aus dem Kontext der Arbeitswelt zu nennen: Der Burnout-gefährdete Workaholic mit einer täglichen Arbeitsleistung von 14 bis 18 Stunden unter Hochleistungsdruck fällt jeden Abend erschöpft in den Fernsehsessel, schenkt sich dann stressgeplagt im automatisierten Verfahren ein alkoholisches Getränk ein und versucht den Alltagsdruck und die damit verbundene Gereiztheit (die alltagstypischen Stressphänomene) mit Alkohol als einer vermeintlich harmlosen Droge wegzuspülen. Da von diesem Automatismus dauerhaft nicht die erhoffte Erleichterung und Entlastung der Stresslösung ausgeht, erhöht der Proband die Dosis und ist innerhalb von 6 Monaten bei einem Tageskonsum von 3 Flaschen Bier á 0,5 Liter = 1,5 Liter Bier mit einem Alkoholblutwert von etwa 0,75 bis 1,5 Promille Blutalkohol variant

1 Vgl. Gesetz zur Neuordnung seuchenschutzrechtlicher Vorschriften vom 20.7.2000, Auszug aus dem Bundesgesetzblatt, Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen IFSG

nach der körperlichen Konstitution in Abhängigkeit vom täglichen Ernährungsverhalten angekommen. Man könnte diese Verhaltensvariante auch als Spiegeltrinken definieren.

Eine verhaltenspsychologisch intelligente Methode zum Stressabbau mit einer hohen Resilienzeffektivität könnte zum Beispiel ein Kinobesuch ein bis zweimal im Wochenrhythmus mit sich bringen. Eine weitere Entlastung kann durch den regelmäßigen Sport im Verein oder mit einem/r Partner/in resultieren. Den „leergefahrenen Tank“ oder den „verbrauchten Akku“ kann ich als Kunst- oder Kulturinteressierter auch durch den Besuch einer Bildergalerie oder anlässlich einer Vernissage, eines Symposions oder in einer einfachen Ausstellung von Gemälden oder durch einen Theaterbesuch erfahren. Musikalisch ambitionierten Menschen bleibt sicherlich die Tür zur Oper, Operette oder einem anderen Konzert nicht verschlossen. In jedem Fall kann bei einer leichten bis mittelschweren depressiven Störung eine Aktivierung dieser Art die adjunktive medikamentöse Behandlungsweise ergänzen oder schrittweise ablösen. Das ist eine erfahrungswissenschaftliche Kernthese, welche auch dem Risiko der Tablettenabhängigkeit und den gern unterschätzten weiteren Nebenwirkungen von ärztlichen Medikationen entgegengesetzt werden könnte.

Sollte der alkoholismusgefährdete Missbräuchler aus dem Absatz zuvor zusätzlich noch andere Spirituosen zu sich nehmen, so kann er bei anhaltender Konsumintensität sehr schnell zu einem von Alkoholismus abhängigen oder einem an Alkoholismus erkrankten Personenkreis gehören. Um einen Ausweg aus diesem Teufelskreis der Suchtgefährdung zu finden, müsste die Resilienzforschung einen eindeutig auf die Alkoholkrankheit typisierten Resilienzbereich im Therapiewesen definieren. Diese variable Differenzierung in unterschiedliche Resilienzbereiche für an Alkoholismus erkrankte Menschen zwecks einer geeigneten Indikation und Intervention wird in den zuständigen Fachkliniken für Suchtmittelabhängigkeit vorgenommen, ist aber de facto auf dem Therapiefachmarkt noch nicht bis in alle Therapiebereiche der Suchtkrankheit ausdifferenziert.

Wer die Resilienz im sozialen oder sozialpsychologischen Gemischtwarenkaufhaus sucht, zu finden hofft oder bestellen möchte, wird den Artikel nicht im Regal vorfinden. Sehr wohl gibt es mittlerweile aber bereits als Plazebos getarnte Antidepressiva im Verkauf. Ein französischer Arzneimittelhersteller verkauft tatsächlich frei erhältliche Schokoladenriegel unter einem Synonym als Antidepressivum mit der Bezeichnung „Tepalcon 1000”1.

1 *In: Écoute typisch französisch S. 10; 07/2014*

Es folgt eine kurze Produktbeschreibung, die zeigt, welche seltsame „Blüten und Orchideenprodukte“ mittlerweile auf dem Markt erscheinen: „Drôle de médicament“ – Antidepressivum mit Schmunzeleffekt – ist das Medikament auf der Packung untertitelt:

Oiriginaltext: Dans ce cadre de son programme de prévention du suicide, la fondation suisse Children Action a inventé, en collaboration avec les hôpitaux universitaires du Genève, un outil préventif humouristique et pourtant sérieux: le Fépalcon 1000. Lu à voie haute, le nom de ce pseudo-médicament veut dire en fait: „Fais pas le con!“ ~ FEPALCON

Deutsche Übersetzung der Produktbeschreibung: Im Rahmen der Suizidprävention bietet die schweizerische Stiftung: „Aktion für Kinder“ in Zusammenarbeit mit einer Kette von Universitätskliniken in Genf, ein humorvoll präventiv wirksames Präparat auf dem Arzneimittelmarkt an: Fepalcon 1000. Der Name des Pseudoarzneimittels bedeutet laut ausgesprochen im umgangssprachlichen Dialekt: „Mach keinen Blödsinn!“

Wohl im Wissen, dass der Schokolade und dem darin enthaltenen Süßstoff berechtigterweise eine antidepressive Wirkung zugemessen werden darf, wird dieses „Spaßmedikament“ auf den seriösen Apothekenmarkt eingebracht. Ob es sich bei diesem exotischen Angebot um einen Scherzartikel handelt oder ob Schokolade in Regelmäßigkeit und kontrolliert konsumiert über eine signifikante Wirksamkeit gegen Depression verfügt, bleibt eine sehr interessante Überlegung.

Der Schnelllieferservice für die Produktpalette aus dem Onlineversandhandel oder per Mausklick für Artikel aus dem Bereich „Systemresilienz“ mit dem nächsten Kurierservice frei Haus erhältlich, funktioniert jedenfalls noch nicht. Das erhoffte systemresiliente Wundermittel haben die Forschergenerationen der theoretischen oder angewandten Wissenschaft noch nicht erfunden weder in der Historie noch in der Moderne. Doch es werden verstärkt Werkzeuge am Therapiemarkt angeboten, die dem einzelnen aufzeigen und ihn erahnen und erkennen lassen, welches sozialtherapeutische Hilfsmittel von dem Therapeuten seines Vertrauens für ihn geeignet ist und auf seine persönlichen Bedürfnisse zugeschnitten ist und demzufolge passen kann. In dieser Intervention kann die systemische Resilienz in der Zukunft eine nicht unbedeutsame Warnfunktion oder als Rezept zur besonderen Vorsicht übernehmen.

Ein Wirkungs- und Interventionszusammenhang kann die psychotherapeutische Behandlung von Opfern krimineller, sadistischer oder zynischer Erniedrigung, systematischem Mobbing und von mehrmonatigen Stalkingattacken sein. Wer sich selbst

vor einer schlimmen Beleidigung, der nächsten emotionalen oder gefühlten Erniedrigung, der verbalen Demütigung oder der Verbalattacke also der Verbalinjurie eines Berufskonkurrenten oder Rivalen unterhalb der Gürtellinie in Kombination mit den gefürchtet hartnäckigen Mobbingattacken schützen möchte, muss sich vom Fachexperten beraten lassen, wenn er langfristigen Erfolg haben möchte. Oft sind es sehr subtile Beobachtungsmerkmale oder mit „krimineller Energie“ lange einstudierte Verhaltenszüge, auf die der Gemobbte oder das Opfer einer heimtückischen Stalkerattacke über das Cybernet einfach nicht vorbereitet sein kann. Man sollte sich mit diesen suspekten und nicht vor einer schwerwiegenden Straftat zurückschreckenden oder gar zu einer gefährlichen strafbaren Handlungsweise neigenden Täter-Typen auch nicht anlegen und sie im besten Falle meiden.

Mit einem maßvollen Optimismus vorgehend, kann jeder Mitmensch hilfreiche Verhaltensweisen erlernen, welche es ihm ermöglichen, sich bei dem Aggressor Respekt zu erobern. Natürlich kann es im konkretisierten Einzelfall auch empfehlenswerter sein zu prüfen, ob es nicht mehr Sinn macht, wenn man in dieser speziell brenzligen oder wirklich gefährlichen Situation mit Gefahr für Leib und Leben entschlossen handelt und die Kriminalitätsopferhilfe des Weißen Rings e. V. oder den Opferschutzbeauftragten der nächstgelegenen Polizeidienststelle anruft und entschlossen um Hilfe bittet, ihm also dem Aggressor ein deutliches Warn- oder Stoppschild zu präsentieren, dass man im Ernstfall zu effektivem Handeln entschlossen ist. Im praktischen Alltag kann diese Lösung einfach besser funktionieren, als monatelang auf die „künstliche Laborlösung“ der Universitätsforschung vergebens zu warten.

Zu diesem Verhaltensrepertoire gehört zu allererst einmal das gesunde Misstrauen gegen über jedem und die professionelle Distanz, nicht zu vergessen die natürliche Vorsicht vor dem Gegenüber. Wer mit kleinmütiger Naivität und halbherziger Blauäugigkeit glaubt, das Problem des Mobbens oder Gemobbt-Werdens lösen zu können, indem man dem Krankheitsrisiko und den Auslösern für eine Resilienzschwäche ein wenn überhaupt nur geringes Risiko zumisst, kann eine im Prinzip verzichtbar böse Überraschung erleben.

Oder anders gefragt, welche Verhaltensänderung kann denn die entscheidende Wende und die wirklichen Vorteile in der eigenen Selbstkontrolle und Selbstregulation herbeiführen, damit eine seelische Verwundung, eine folgenschwere Traumatisierung in Zukunft ausbleibt? Sicherlich werden die wenigsten Menschen, die im vollen Bewusstsein mit diesen alltäglichen Bedrohungen in der Außenwelt leben, in der Zukunft mit einem dicken Pelzmantel oder einem echten Schildkrötpanzer der Karettschildkröte aus dem südatlantischen Ozean durch die Straßen ziehen. Aber allein das Wissen um die potentielle Gefährdung und das furchtlose innere Wappnen

gegen äußere Aggression läßt in manchem Fall den Aggressor spüren, dass sich der Angegriffene – das vermeintlich wehrlose Opfer – eine effektive Strategie überlegt hat, sich gegen die nächste Gehässigkeit und vor der möglichen seelischen oder sogar körperlichen Verletzung entschlossen zu schützen.

5. Das Borderline Syndrom (BPS): Eine Persönlichkeitsstörung

Was ist eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)? Unter www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org finden wir folgende Definition:

„Bei der Borderline-Störung handelt es sich um eine Persönlichkeitsstörung, die durch Impulsivität und Instabilität von Emotionen und Stimmung, der Identität sowie zwischenmenschlichen Beziehungen charakterisiert ist. Es kann ein schwerwiegendes psychiatrisches Krankheitsbild darstellen, das auch als emotional instabile Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typs bezeichnet wird. Borderline-Patienten erleben starke innere Anspannung. Betroffene erleben sich als Opfer ihrer eigenen heftigen Stimmungs- und Gefühlsschwankungen, was zu extremer innerlicher Anspannung führen kann, die dann als unerträglich und peinigend erlebt wird. Viele setzen selbstschädigende Verhaltensweisen ein, um diese Anspannung zu verringern. Vor allem Schmerz spüren viele während der extremen Spannungsphasen kaum oder nur sehr wenig. Selbstverletzungen, Drogeneinnahmen und hoch riskante Aktivitäten lindern die Anspannung sofort, werden dadurch jedoch rasch zu suchtartigem Problemverhalten. Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, fühlen sich innerlich zerrissen, haben ein gestörtes Selbstbild und eine gestörte Körperwahrnehmung. Sie leiden unter massiven Ängsten vor dem Alleinsein und instabilen Beziehungen.

Die Bezeichnung Borderline-Persönlichkeitsstörungen (borderline = Grenzlinie) hat ihren Ursprung daher, weil man Betroffene nach psychoanalytischem Verständnis in eine Art Übergangsbereich von neurotischen und psychotischen Störungen ansiedelte, da Symptome aus beiden Bereichen identifiziert wurden. Nach dem Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO), gilt die Borderline-Persönlichkeitsstörung heute als eine Unterform der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung. Die Störung tritt häufig zusammen mit anderen Persönlichkeitsstörungen auf (Komorbidität).

Das Wissen über das Erkrankungsbild ist in den letzten Jahren erheblich gewachsen. So gilt als gesichert, dass ein Zusammenspiel zwischen genetischen Faktoren und in vielen Fällen frühen traumatischen Erfahrungen für die Entstehung der Borderline-Störung verantwortlich ist. Über die Hälfte der Betroffenen berichtet von schwerwiegendem Missbrauch, über 60 % von emotionaler Vernachlässigung, fast alle aber

über ein soziales Umfeld, in welchem sie sich in hohem Maße als fremd, gefährdet und gedemütigt erlebt haben. An einer Borderline-Störung leiden etwa 3 % der Bevölkerung. Die ersten Anzeichen treten meist schon im Jugendalter auf. Es scheinen etwa gleich viele Männer wie Frauen betroffen zu sein, auch wenn sich deutlich mehr Frauen in eine Therapie begeben. Mehr als 60 % der Betroffenen haben mindestens einen Suizidversuch verübt, was die Wichtigkeit einer Behandlung verdeutlicht.“

VI. Das bundesdeutsche Therapiewesen in ambulanter und stationärer Form

Das vorgelegte Werk könnte in erfreulicher Würdigung erhellendes Licht auf noch ungeklärte Anamnesen der depressiven Verstimmung als affektivem Krankheitsbild aus unterschiedlicher Perspektive wie erziehungswissenschaftlicher Faktorenanalyse hineintragen und das berühmte Licht am Ende des Tunnels als eine abhängige Variable für gesundes und optimistisches Denken und Handeln zum Erscheinen bringen. Die Transferkette der Assoziationen zur Überwindung der ernstzunehmenden Erkrankung Depression darf ebenfalls gern von den in diesem Buch entworfenen Reflexionen profitieren.

Zum anderen beleuchtet, reflektiert und analysiert diese evaluative Expertise mittels standardisierter Analysemethoden von Internetveröffentlichungen auch den ambulanten und den stationären Therapiemarkt in der Bundesrepublik Deutschland auf abhängige und unabhängige Variabeln wie Patientenzufriedenheit, Therapiemethoden, die unabhängige Erfolgskontrolle durch staatliche Aufsichtsbehörden im Gesundheitswesen. Die geforderten Qualitätsmerkmale sowohl im gesetzlichen Rechtswesen der Ärzte als auch im Patientengesetz im Hinblick auf die vielfältigen menschlichen Bedürfniskonstellationen in den weit über 541 Rehabilitativen Behandlungszentren in der Bundesrepublik Deutschland bei einer psychosomatischen Erkrankungsform werden in diesem Kapitel vorgestellt und sind an dieser Stelle Gegenstand einer kritischen Kommentierung. Bei allen Therapieversuchen kann als Hypothese die Behauptung formuliert werden, dass das beste Antidepressivum ein intaktes und positives Selbstbild, Familienleben, ein gesicherter Arbeitsplatz und eine innige und interaktionsfreudige Partnerschaft darstellt.

Die sozialmedizinische Begutachtung gesundheitsproblematischer Einzelschicksale bei Depression sowie den systematischen und kategorialen Subformen, dem Borderline, Burnout oder bestimmte Mobbingarten und Traumatisierungen bietet Raum für spannende Fragestellungen und in nicht wenigen Fallbeispielen schwerwiegende Antwortmöglichkeiten auf die wirklich entscheidenden oft medizinisch komplizierten und psychosomatisch äußerst schwierig behandelbaren Diagnostiken. Insbesondere bei dem subjektiv differenzierten Krankheitsverlauf einer Depression differieren die Therapieansätze in der Ärzteschaft. Dabei kann diese Arbeit weniger in theoretisch methodologischer aber dafür in pragmatischer Forschungsmethodik ermittelte Einsichten für zielführende Antworten auf Fragestellungen der Neuropsychobiologie oder der Neurobionik als Teilgebiete der Neurologie, der Biologie oder der Gesundheitspädagogik anbieten. Ebenso erscheint es mit den gewonnenen Erkenntnissen im Theorieansatz möglich, dass neuere therapeutische oder Rehabilitative Bewusst-

seinsmodelle für den Bereich der Verhaltenspädagogik möglich werden. Welche Indikationen als sozialpädagogische Option oder Forderung in dieser Studie ermittelt werden können, wird in den folgenden Kapiteln hoffentlich sichtbar.

Die mehrmonatige Auseinandersetzung mit dem theoretischen Zusammenhang der Relativität und der wechselseitigen Beeinflussung bei resilienter Methodik im Bereich von genetischer Anlage zu erlernten oder sozialisierten Krankheitsbedingungen kann demgegenüber sehr wohl eine erkenntnistheoretische Bandbreite von neuen Sicht- und Herangehensweisen in der Resilienzforschung ermöglichen und begünstigen. Die Verhaltensstörungen infolge von Depression sind in manchen Fällen nur sehr schwer abgrenzbar von Burnout, Borderline-Syndromen, bei Psychosen, und der affektiven bipolaren Störung. Eine Abgrenzungsmöglichkeit von erkannten versus unerkannten Mobbingattacken über Wochen und Monaten im betrieblichen oder privaten Setting erscheint dagegen von der Auslösung her bei einem akuten Depressionsphänomen möglich, weil es sich in sozialmedizinischer Betrachtung um getrennte Ursachen handelt. Auf posttraumatische Befindlichkeitsstörungen (PTSD) und andere Erscheinungsformen der Traumatisierung bzw. pathologische Kränkungen und weitere seelische Demütigungen wie Stalking über eine sehr lange Zeit hinweg wird später eingegangen werden. In wissenschaftlicher Deskription erfasst und dokumentiert werden dabei Analysen, Therapien und modernere Forschungsansätze. Es kommt nicht selten vor, dass diese einzelnen Krankheitsbilder nicht als „medizinisches Alleinstellungsmerkmal“ sondern als ein nur schwer einzuordnendes Konglomerat, also als eine bisher ungekannte und noch nicht diagnostizierte Krankheitsmischform auftritt.

1. Die systemische Resilienz als klassisches psychotherapeutisches Rezept

Die Erkennung und Behandlung der Erkrankten im Falle von Depression sind mittlerweile eine medizinische Spezialdisziplin. Diese spezielle sozialtherapeutische Verfahrensweise in der Behandlung einer Depression geschieht im Prinzip unabhängig davon, ob die Erkrankung vom wissenschaftlichen Verfahrensprinzip her geeignet ist, klassisch depressive Verhaltenssymptome manifestieren zu lassen oder ob es sich um eine Krankheitsvariante handelt, welche der depressiven Störung sehr ähnlich oder zumindest vergleichbar im Verhaltens- und Erscheinungsbild ist. Dabei ist es bezüglich des variablen Schweregrades einer depressiven Traumastörung etwa im Falle einer seelischen Beeinträchtigung nach einer verübten Straftat als originärem Auslöser für das depressive Leiden zuerst einmal unerheblich, ob der Täter ein Vertrauter bzw. ein Partner oder ein fremder Mitbürger ist. Bei einer posttraumatischen Befindlichkeitsstörung (PTBS) gelten besondere gesetzlich dezidierte und therapeutisch festgelegt Verfahren. Die Therapieverfahren (in den einzelnen Schritten oder Phasen untergliedert) werden in gezielten Kontrollmechanismen von Ärzten und von

speziell für diese Zwecke in mehrmonatigen Fortbildungen geschulte klinische Fachpsychotherapeuten überwacht, um Missbrauch und ungewollte Negativwirkungen frühestmöglich und so weitgehend wie möglich ausschließen zu können.

An der Universität Trier im Fachbereich 1 Psychologie[1] hat sich seit vielen Jahren eine Polyklinische Psychotherapie Ambulanz (PALF) etabliert, welche sich der Behandlung und Therapie der unterschiedlichsten psychologischen Erkrankungen, Verhaltensstörungen, Angststörungen, Zwangshandlungen wie Spiel-, Kauf- und Internetsucht, bei gestörter Sexualität und einem auffälligen Partnerschaftsverhalten widmet. Bei Abhängigkeitsleiden bekommt der/die Betroffene ebenso Hilfestellung wie im Falle der ärztlich angeordneten Behandlung der vielfältigen Bandbreite von Neurosen und von beziehungsthematischen Paarkonflikten, aber auch von durch eine Verhaltensstörung bedingten Paarproblematiken bei einer konkretisierten Beziehungsproblematik wie einer außerehelichen Beziehung oder einer partnerschaftlichen Verwicklung mit mehreren Partnern. Diese Teams sind dafür spezialisiert, paartherapeutische Beziehungsschwierigkeiten zu moderieren und zu mediatisieren. Wer gleichzeitig oder in chronologisch aufeinanderfolgenden Zeitabschnitten in mehreren Beziehungskonstellationen lebt und Erfahrungen mit wechselnden Beziehungspartner macht (AEV), wird hier in mehrjährigen Follow-Up-Expertisen ausgearbeitete Unterstützungsangebote vorfinden, um mit einem vielfach schwierigen und komplizierten Scheidungs- respektive Trennungsgeschehen in allen schicksalhaft oder statistisch und authentisch möglichen Episoden und Erscheinungsformen in der zeitlichen Vergangenheit, der Gegenwart und in der Zukunft klarkommen zu können.

Mit sehr großer fachlich psychotherapeutischer Erfahrung hilft, berät und behandelt das Team um Prof. Dr. Wolfgang Lutz alle gefährdeten oder betroffenen Personenkreise. Zudem ist dieses psychotherapeutische Institut auf die Ausbildung, Lehre und die evaluierende Erforschung traumatisierter Erkrankungsbilder fachlich bestens vorbereitet und mit den notwendigen modernen Forschungsinstrumentarien im ambulanten und im klinischen Behandlungsbereich ausgestattet.

Der funktionalen Kognition und Identifikation von automatisierten Gedankenprozessen in der Einzel-, der Gruppen- und in der Paartherapie bei neurotischen, depressiven und psychiatrischen Verhaltensstörungen wird in den aktuellen Publikationen und Forschungsserien eine besonders bedeutsame Wirkung auf den Patientenkreis zugeschrieben. Der Beginn einer Gesprächspsychotherapie wird besonders dann empfohlen, wenn nach einer erfolgreichen Genesung ein erhöhtes Risiko für eine

1 Nähere Informationen sind erhältlich über die Adresse: Poliklinische Psychotherapieambulanz, Fachbereich I - Psychologie, Universität Trier, Am Wissenschaftspark 25 – 27, 54286 Trier oder auf www.psychotherapie.uni-trier.de

Neuerkrankung besteht. Die Reduzierung des Rückfallrisikos in ein kognitives Depressionsverhalten ist durch die permanente Beobachtung eher möglich. Fachleute sprechen von sogenannten core beliefs für Grundannahmen wie: „Ich bin sehr intelligent, man kann sehr viele Aufgaben meistern, wenn man sich wirklich dafür einsetzt. Auch Schwierigkeiten gehören im richtigen Berufsleben dazu. Man muss sie mit Mut angehen, dann hat man eine realistische Chance für die auftretenden Probleme eine Lösung zu finden." Das sind positive Beispiele, die für den optimistischen intelligenten beziehungsweise gesunden und aktiven Problemlöser stehen. Der eher zu passiven Denkmustern neigende und negativ eingestellte Mensch greift dann schon einmal zu nicht zielführenden Assoziationen wie: „Das schaffe ich nie. Ich bin ein Versager. Bei großen Herausforderungen werde ich meistens feige und ängstlich. Wenn der Chef mich lobt, sagt er das nur, damit ich beim nächsten Mal etwas schneller arbeite" (Beck 2013; Hautzinger 2013, Dobson et al.,2008)[1]. Derartige Bewertungen, Interpretationen und Kognitionen können sich verstetigen und einen erfreulich positiven Charakter im eigenen Selbstkonzept ausformen oder bei depressiver Neigung eher zu fatalen und demotivierenden Selbstattributen umformuliert und umstrukturiert werden, so dass ein angestrebter im Grunde möglicher Erfolg im Job oder im Bildungswesen verhindert werden kann.

In die Rubrik der therapiefähigen Problemschicksale gehören auch die Opfer der unterschiedlichsten Formen von physischer Gewalt als dem Ergebnis krimineller, distanzloser und enthemmter Handlungen gegen andere Mitmenschen (zumeist Frauen) und die dramatische Zunahme an Formen sexueller Ausbeutung und sexueller Unterdrückung innerhalb und außerhalb der Ehe. In der Fachöffentlichkeit sind die Phänomene besser bekannt unter dem Stichwort Gewalt in der Ehe oder häusliche Gewalt.

2. Die systemische Resilienz als Therapiechance bei Mobbing und Stalking

Die Grundproblematik für eine angedachte Mobbing- oder sogar Opferrolle kann darin bestehen, dass bei einer tatsächlichen Neigung/Anfälligkeit/Resilienzschwäche oder einer tatsächlichen Fremd- oder Selbstgefährdungstendenz im Zusammenhang mit depressiver Einstellung der oder die disponierten Arbeitskollege/n entsprechend schnelle Bereitschaft zeigen, sich für ein Missgeschick oder einen wirklich nicht selbst verursachten Fehler/Schaden, ein nicht erreichtes Produktionsziel oder einen folgenschweren Unfall mitverantwortlich zu fühlen. Wahrscheinlich haben die meisten Fachleute, Depressionsforscher oder an der Fachthematik Interessierte in ihrem eigenen Lebens- und Berufsalltag einen solchen Vorfall bereits selbst erlebt oder aus einer Erzählung von anderen erfahren.

1 *Fachpublikation: Therapy-Tools a.a.O. S. 2*

Thematisch kohärente Äquivalenzen im zeitgenössischen Alltagsverhalten von gesunden Kollegen und deutliche Unterschiede im Erleben und in der Verarbeitung von kommunikativen Beziehungskonflikten bei depressiven Mitarbeitern können einen Betriebskonflikt sogar auf Dauer verschärfen. Die Fehleranalyse von Sachgründen und interaktiv konditionierten Konflikten im eigenen Betrieb kann bei gesunden und belastbaren Kollegen im Gegensatz zu erkrankten zu deutlich unterschiedlichen Ergebnissen führen.

Wer zu der Gruppe gehört, welche zu depressiver Eintrübung oder gar zur depressiven Einschränkung neigt, sollte sich bei einer derartigen Fehlersuche deshalb aber nicht hinter Ausflüchten und falscher Geheimhaltung verstecken, sondern zu der veränderten Wahrnehmung des Aspektes stehen können. So lange es für diesen Standpunkt und die betreffende Position eine plausible und akzeptable Begründung gibt, kann man dem eigenen Schicksal und auch anderen getrost die Stirn bieten. Sowohl in der generellen Alltagssoziologie als auch im speziellen Einzelfall gibt es viele Beispiele und Testate für die folgende Hypothese. Gemäß dem üblichen Lebensmotto: „Der Erfolg hat viele Väter, der Misserfolg (die Niederlage) ist ein Waisenkind“, kann sich wohl jeder Erwachsene an eine Situation in der Gegenwart oder der Vergangenheit erinnern, in welcher er sich vergebens oder erfreulicherweise tatsächlich erhofft hatte, eine Unterstützung bei einer Bewerbung oder in einer anderen Angelegenheit, z. B. in der Erfüllung eines klar konkretisierten Projektauftrags, zu erhalten. Vielleicht benötigt jemand bei einer beziehungsthematischen Avance für einen erhofft erfolgreichen Flirt bzw. eine geplante Verabredung einen entscheidenden Tipp. Oder man möchte als Single in einer Beziehungsanbahnung einen fachlichen „Support or a Helping Hand“.

Der erfolgsverwöhnte Optimist wird wohl im Falle einer Negativentscheidung zu seinem Nachteil mit der Entwicklung in der Sache trotzdem sehr gut leben können. „Dann klappt es eben beim nächsten Mal!“ Er befürchtet nicht gleich, dass er sich mit der erfolglosen Aktion eine Blöße gegeben haben könnte. Der Fall ist abgehakt und es geht weiter in der Tagesordnung. Anders ordnet der schüchtern und ängstlich Agierende das Geschehen ein. Er wird sich möglicherweise so schnell nicht mehr an eine Avancemöglichkeit oder eine realistische Chance zur Verbesserung im situativen Handeln heranwagen.

3. Die drei unterschiedlichen Stadien der Depression

Zuerst soll in diesem Kapitel eine allgemeinverständliche Definition von drei unterscheidbaren Depressionsstadien vorgestellt werden. In Abhängigkeit vom diagnostizierten Stadium wird natürlich eine fachpsychologische oder fachärztliche Behandlung empfohlen oder auch zunehmend notwendig.

3.1. Die einfache Depression als erstes Krankheitsstadium

Hierunter verstehe ich ein relativ harmloses, einfaches und temporäres (vorübergehendes) Krankheitsstadium von 1 Tag bis maximal 3 Wochen Dauer. In diesem Zeitraum hat der betroffene Patient noch die Selbstkontrolle über das gefühlte und erfahrene Krankheitsgeschehen. Das betroffene Klientel ist sich der Symptomatik je nach Schubstärke der Depression und der Selbstkontrollkompetenz im Umgang mit den Symptomen bewusst. Meist sind es eher hemmende Gedanken oder lästige Phantasien, welche im Volksmund gern als Motivationsschwäche bekannt sind oder unter dem Namen „Blues“ oder Lustlosigkeit kursieren. In diesem Stadium der Symptomatik fühlt sich der depressive Patient so, als habe er das Gesamtgeschehen gut im Griff nach der Devise: „Diese Geschichte geht schon wieder vorüber. In ein paar Tagen bin ich wieder der Alte“, und mit ähnlichen Selbstermutigungen wird er schnell wieder gesund und blickt nach wenigen Tagen der inneren Unruhe und Besorgnis gestärkt und mit Optimismus in die Zukunft. Diese leichte Depressionsphase verdrängt der nur vorübergehend Deprimierte normalerweise gern wieder in eine unbewusste Wahrnehmungsebene bzw. vergisst sie auch schnell wieder. Er lässt sich von dieser depressiven Akutphase nicht aus der Bahn werfen, sondern sieht nach Abklingen der leichteren Symptomatik auch schnell wieder den Silbersteif am Horizont und lenkt den Blick in die Zukunft.

Selbstbewusste, unabhängige Menschen, welche hartnäckig eigene Wege gehen und sich bei der Lebensplanung nicht so sehr an einer Gruppe orientieren, sind weniger anfällig für eine dauerhafte Depression, könnte eine fachlich begründete Hypothese lauten. Ob sich diese Hypothese ohne weitere Angabe von Untersuchungsbedingungen verifizieren lässt, kann eine berechtigte Frage sein. Kann der Einzelgänger als der weniger für eine Depression anfällige Gesellschaftstypus bezeichnet werden oder birgt das Einzelgängerschicksal besondere Risiken? Sicherlich kann es einem erfahrenen Forscherteam gelingen, mit einer geschickten Versuchsanordnung und bei entsprechender Fragetechnik des Fragebogens eine solche faktische These mit einem Untersuchungsansatz Fragebogen plus narrative Interviews zu überprüfen. Doch liegt bei grundsätzlich allen Fragebogenauswertungen, welche nicht in repräsentativer Form, also mit einer Übertragungsmöglichkeit des Fragebogenpanels auf die Gesamtöffentlichkeit, die potentiell berechtigte Annahme zugrunde, es könne sich um ein sogenanntes Artefakt handeln, d. h. ein Ergebnis, das zwar als wissenschaftliches Untersuchungsergebnis daherkommt, aber in Wirklichkeit das bewusst und gezielt herbeigeführte Ergebnis in Form einer strategisch geschickten Beeinflussung oder Versuchsanlage ist bzw. durch die Probanden bewusst oder unbewusst aus Konformitätsdruck („Bloß nicht anders sein, als die anderen”) verfälscht wurde. Dabei kann der selbstbewusste und widerstandsfähige Mensch speziell in diesem weniger belastenden Krankheitsstadium mit vertrauten Personen in seiner Privatsphäre sehr

gut über das Erleben und die innere Verarbeitung sowie über die Reaktionen seiner Mitmenschen im Außenverhältnis sprechen.

Ein einfaches Diagramm kann zur Verdeutlichung in der Veränderung der Kognition des betroffenen Patienten beitragen (angelehnt an Beck 2013). Dieses schematische Fallkonzept ist als Erstorientierung empfohlen für den interessierten Leserkreis:

Situation → Automatischer Gedanke → Reaktion + Verhalten

Eine weitere Darstellung vermag die kognitive Reaktion und Automatik in der Gedankenwelt des depressiven Menschen zu veranschaulichen. Der hohe Einfluss der Gedanken auf die menschlichen Emotionen und auf menschliches Verhalten wird an dieser elementaren Veranschaulichung sehr deutlich. Das Schema zeigt, dass selbst bei einem harmlosen und unbedeutsamen Anlass sich die Gedankenwelt des selbstbewussten Mitbürgers in signifikanter und konsequenter Weise von den Gefühlen und Inhalten sowie den ausgelösten Reflexen und Schlussfolgerungen eines für eine Depression anfälligen Mitmenschen unterscheiden kann.

Typus 1: Anfällig für depressive Gedanken, d. h. Mensch mit einer geschwächten Resilienz

SITUATION: Treffen mit Bekannten

↓

AUTOMATISCHER GEDANKE: Der interessiert sich nicht für mich

↓

REAKTION: Körperliche Anspannung
VERHALTEN: Gespräch möglichst schnell beendet
EMOTIONAL: Ängstlich, traurig

Typus 2: Selbstbewusster Mensch mit einer gesunden Resilienz, d. h. geringe Anfälligkeit für eine Depression

SITUATION: Treffen mit Bekannten

↓

AUTOMATISCHER GEDANKE: Möglicherweise ein interessanter Gesprächspartner

↓

REAKTION: Körperliche und emotionale Gelassenheit
VERHALTEN: Interesse an einem interessanten niveauvollen Gespräch
EMOTIONAL: Freudig, erwartungsvoll

Quelle: Fassbinder et al.: Therapy tools S. 140 und eigene Interpretation der Situation Typus 1 geschwächte Resilienz Typus 2 gesunde Resilienz

Die depressive Kognition wird in multidisziplinären Forschungskreisen gern mit einer Neigung zum Alles-oder-Nichts-Denken verglichen. Dieses Phänomen bezeichne ich gern als komparativen Fatalismus. Menschen in diesem Verhaltensstadium neigen bei ihren Vorhaben nervös bedingt und vorschnell zu einer negativen Beurteilung der Gesamtsituation. Sie setzen gern alles auf eine Karte. Realistisch mögliche positive Chancen und Alternativhandlungsstile können ins Hintertreffen geraten und verworfen werden. Überdies kann eine ungeduldige Reaktionskette ausgelöst werden, welche eine Negativdynamik ins Rollen bringen kann.

Die detaillierte fachliche Ursachenanalyse für die interessante Frage, ob das depressive Verhaltensmuster auf eine genetische Veranlagung zurückführbar ist oder es sich vielmehr um eine unglückliche Lernvariante aus sozialen Gründen handelt, bleibt eine an dieser Stelle offene Frage. Sie lässt sich mit dem in dieser Studie angewandten systemisch analytischen Erklärungsansatz mit dem gegenwärtig angewandten Forschungsinstrumentarium nicht zweifelsfrei erklären und durch Forschungsvariabeln in dieser Untersuchung kaum belegen. Es kann jedoch auf der aktuellen

wissenschaftlichen Erkenntnisgrundlage von zukünftigen Forschungsserien ausgegangen werden, welche die innovative Erklärungskette in einer Kombination der beiden Forschungsvarianten, d. h. von einer Symbiose genetischer Veranlagung und erlerntem Verhalten ausgehen werden. Die Hoffnung in der Erziehungswissenschaft lebt ebenfalls von den forscherischen Möglichkeiten der Untersuchungsteams an der betreffenden Universität. Die Vermutung, dass ein solches Forschungsdesign mit der Kombination von genetischen und erlernten Lernvariabeln für typische depressive Verhaltensmuster sich in der Zukunft beweisen lässt, ist nicht utopisch, sondern stellt eine Herausforderung für ein engagiertes Forscherteam dar.

Das heißt en détail, dass sowohl genetische Komponenten in der Persönlichkeitsstruktur und in der eigenen Lerngeschichte eine depressive Karriere begünstigen könnten. Das kann zudem bedeuten, dass es sukzessiv wirksame (valide) Lernkomponenten im selbst erfahrenen Erziehungsstil (autoritär ↔ gleichberechtigt, demokratisch ↔ laisser-faire) gibt, welche die Entstehung einer depressiven Phase in der Kindheit, in der Pubertät oder im Adoleszenzalter (18 bis 25 Jahre) sowie im Erwachsenenalter und im fortgeschrittenen Rentenalter Zeitraum 65 bis 75 und älter begünstigen und fördern können.

Es gibt in der Welt der Psychotherapie und auf dem therapeutischen Sektor ausreichend Gründe dafür, dass gegenwärtig neue hypothetische Konstruktionen mehr Klarheit und Erklärungssicherheit in das Depressionsgeschehen bringen können als noch vor einigen Jahren. Dabei spielt die Diskussion um die genetischen Bedingungen (Disposition) für die Entwicklung einer Depression bei bestimmten Bevölkerungsgruppen eine relevante Rolle.

Eine zentrale Fragestellung ist, ob im Besonderen bei speziellen Gruppen mit bestimmten Verhaltensvariabeln wie Senioren mit einer bereits erfolgten Degeneration, also einer deutlichen Abbausymptomatik neuartige Resilienzmuster entwickelt und für die Zukunft in den Einrichtungen praktikabel angeboten werden können. Welche Verhaltensformen und Einstellungsmuster können Alterssenilität aufhalten oder eine beginnende Alzheimerkrankheit mit alzheimertypischer Plaquebildung durch die Ablagerung von Eiweisproteinen im Gehirn bremsen? Aktuelle Forschungsstudien verweisen auf den schädigenden Einfluss des Metalls Aluminium bei der Alzheimerentstehung.

In Übereinstimmung mit der modernen Neuropsychologie ist es denkbar, dass bei einer Dominanz von bestimmten von den wirtschaftlich sozialen Superstrukturen in der Politik, den vorherrschenden Bedingungen im Einflussbereich des geltenden Bildungssystems, bei bestimmten Konstellationen im Gesundheitswesen und im fa-

vorisierten kapitalistischen Wirtschaftssystem es zu Ungleichverteilungen und deutlichen Benachteiligungen bestimmter Bevölkerungsgruppen mit suboptimalem Ernährungsverhalten kommen kann. Menschen mit einem Migrationshintergrund, mit ethnisch sozialen Wurzeln und Teilsozialisationen außerhalb des üblichen Sozialsystems wie Sinti und Roma oder Spätaussiedler können dann zur Zielscheibe bewusster und gesteuerter politischer Ausgrenzung und Diskriminierung werden. Auch die Gruppe von Arbeitslosigkeit betroffener, bedrohter und kranker Menschen können gerade in solchen Lebenslagen der Diskriminierung sozialstruktureller Bedrohung und Verarmung in den kommenden Jahren vom frischen Schwung ausgleichender Resilienzmodelle bei der Integration und Reintegration in den Arbeitsmarkt profitieren und demzufolge neue Perspektiven entwickeln.

Auch an dem Beispiel von Mitmenschen mit einer Fluchtkarriere und einer Traumatisierung ist eine besondere Ausnahmesituation gegeben. Neigen solche Gruppen zu einer erhöhten Anfälligkeit für ein depressives Leiden? Die Antwort, welche die Fachliteratur in überwiegender Tendenzierung anbietet, liegt in verblüffend einfacher Art auf der Hand. Ja, es sieht möglicherweise danach aus. Die statistische Wahrscheinlichkeit bei einem sogenannt randständigen Merkmal für eine depressive Erkrankung ist bedeutsam größer als bei gut in die Sozialsysteme integrierten und funktionierenden Menschen. Wen wundert diese Binsenweisheit eigentlich noch?

Dabei kann hoffentlich bei zukünftigen erfolgreich durchgeführten universitären Forschungsvorhaben im Bildungsbereich und bei der ethisch-sozialen Werteerziehung der erziehungswissenschaftlichen Analyse und Reflexion von vermeintlich und tatsächlich suboptimalen Lernstrukturen für eine Depressionserkrankung eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

In dieser relativ einfachen Erscheinungsform mit Phasen der niedrigschwelligen Lustlosigkeit und Antriebsschwäche besteht nach derzeitigen Erkenntnissen keine akute Selbstgefährdung für den Körper, den Geist und die von vielfältigen Emotionen mitgeprägte Patientenseele. Auf einer Skala von 1 bis 10 für die Stärke der Symptomatik darf in diesem 1. Stadium die Symptomstärke nicht über den Skalenwert 3 hinausgehen, und die Erkrankung muss nach spätestens 3 Wochen abgeklungen sein. Es ist variabel je nach der emotionalen Labilität versus Stabilität im subjektiven Patiententypus, gewissermaßen in der persönlichen Resilienzstärke begründet, ob der betroffene Klient sich bei diesem einfachen Krankheitsbild überhaupt in eine psychologische oder gesprächspsychotherapeutische Behandlung begeben sollte und tatsächlich begibt.

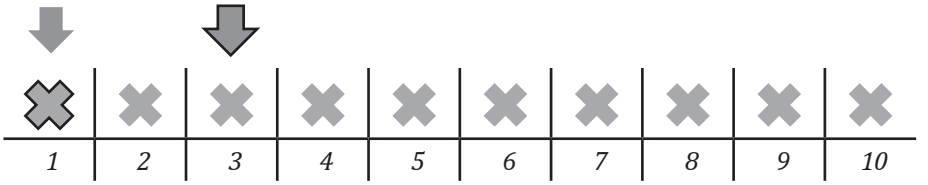


Abbildung 1: Elementares Depressionsschema (Zeitstrahl in Wochen)

3.2. Das zweite Krankheitsstadium der Depression

Die Definition für den 2. Schwierigkeitsgrad der Depression fällt dann schon etwas besorgniserregender aus. In diesem Fall ist ein Arzt meist ein Psychiater, Neurologe oder ein erfahrener niedergelassener Psychotherapeut mit einer offiziellen Zulassung gemäß dem Psychotherapiegesetz in der gültigen Fassung mit im Boot oder auf dem Plan.

Die zweite Kategorie Depression basiert definitionsgemäß auf einer erstellten Diagnose. Der betroffene Patient tritt also mit einer fachlich medizinischen Diagnose auf den Plan und ist infolgedessen auch an diese Empfehlungen und Regelungen im Gesundheitswesen und im reglementierten Krankenkassenwesen gebunden. Das hat zur Folge, dass der Patient den Arbeitgeber ohne Angabe der Diagnose und die Krankenkasse über eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung informieren muss. Ärztliche Krankmeldungen werden in dreifacher Form ausgestellt. Ein Exemplar ist für den Arbeitgeber, es enthält keine ärztliche Diagnose: Ein Exemplar ist für die Krankenkasse bestimmt und ein Exemplar zum Verbleib beim Patienten selbst.

Dem Patienten obliegt natürlich aus Gründen des unverletzlichen Datenschutzes Gebrauch davon zu machen, dass weder der Arbeitgeber noch ein Dritter von dem eigentlichen Krankheitsbild erfährt. Krankheitsdiagnosen gehören weiterhin zu den schützenswerten sensiblen und persönlichen Datensätzen, die zuerst einmal außer dem Patienten niemanden etwas angehen. Jeder einmal als Patient mit einer depressiven Erkrankung diagnostizierte Mitbürger ist sehr gut beraten, mit dieser Diagnose nicht leichtfertig von „Haus zu Haus; beziehungsweise Adresse zu Adresse“ zu gehen und damit die soziale Stellung in töricht fahrlässiger oder leichtfertiger Weise aufs Spiel zu setzen und den guten Ruf zu mit einer Negativbotschaft zu kolportieren.

Um das Risiko für den Betroffenen einmal sehr deutlich auf den Punkt zu bringen: Mit der Diagnose chronische Depression auf dem Rezept in der Hand sollten Sie sich in jedem Fall vor dem bösen Ränkespiel der üblen Nachrede schützen. Es liegt im eigenen Interesse im Falle einer positiven Diagnose Depression die damit verbundene Privatsphäre gegen unerwünschte, weil in den meisten Fällen schädliche Meinungs- und

Stimmungsmache abzuschotten. Eine gezielt auf eine Schwachstelle beim ohnehin geschwächten Mitmenschen abgestellte Meinungskampagne findet fast immer ein Opfer. Diese Vorsicht kann ein Leben retten und den geschwächten Mitbürger vor peinlicher Blamage bewahren.

Denn die Fama – damit gemeint ist die soziologische Gerüchteküche in der eigenen Firma, dem lockeren Bekanntenkreis und bei allen anderen – bleibt ein unkalkulierbares Risiko für das seelische Gleichgewicht im Falle einer Depression. Diese Erfahrung sollte nicht vom Erkrankten als zusätzlicher fauler Apfel zu verdauen sein. Die Depression im 2. Krankheitsstadium ist eine ernsthafte Problematik für den betroffenen Patienten und für die Bezugspersonen im direkten und indirekten Lebenssetting. Kann es doch die kleinbürgerliche Regenbogenpresse (landläufig unter dem Namen Boulevardpresse oder als ungesicherte Information über die stadtbekannte Gerüchteküche verbreitet) insbesondere in ländlich überschaubaren auch provinziellen Räumen sein, welche dem soeben ohnehin „geschlauchten Mitbürger“ das Leben zusätzlich zur Hölle machen kann.

Gefährdeten Personenkreisen weniger wohlgesonnene Akteure werden schlimmstenfalls nichts unversucht lassen, sie selbst als Hauptbetroffene zusätzlich mit allen damit verbundenen Negativfolgen für das psychosoziale Selbstkonzept durch den Matsch zu ziehen. Die harmloseste Folge wäre ein temporärer Ansehensverlust im kommunalen Mikro- oder Mesosystem also innerhalb einer Straße oder in einem geosozialen Wohnbezirk im Stil einer befürchteten oder tatsächlichen Schädigung des persönlichen Rufes, also einer möglichen Rufschädigung. Gegen solche Attacken kann im Extremfall auch eine Anzeige gegen unbekannt bei der örtlich zuständigen Polizeiinspektion oder ein Gespräch mit einem dafür ausgebildeten Opferschutzbeamten Linderung verschaffen. Von einer hartnäckigen Rufschädigung können weitere Impulse ausgehen, welche eine beginnende, d. h. primäre Depression oder eine Depression im fortgeschrittenen Stadium verschlimmern könnten.

Diese Warnung sollte wirklich von dem oder den betroffenen depressiven Patienten beherzigt werden. Vorsicht im Umgang und im Schutz der Patientendaten kann im wahren Sinn der Wortbedeutung die Mutter der Porzellankiste sein. Auch in einschlägigen Selbsthilfegruppen, welche von einem fachlich versierten Psychotherapeuten geleitet oder betreut werden, kann man sich einen erforderlichen Rat über den Umgang mit der Erstdiagnose Depression einholen.

Der Vorgang des vorschnellen Outings wird in den meisten Fällen von allen Beteiligten sehr bitter bereut. Durch eine regelrecht entmündigende Presse bzw. Mund zu Mund Propaganda im sozialräumlichen Umkreis von wenigen Kilometern ist diese

Geheimbotschaft kaum zu verheimlichen, wenn nicht die äußerste Vorsicht in der Sache herrscht und damit auf absolute Diskretion und auf den Schutz der Krankengeschichte größter Wert gelegt wird. Es kann bei nicht wenigen Sozialsystemen und Verwandtschaftsverhältnissen von einer bewussten oder unbewussten Komplizenschaft ausgegangen werden, die schon fast mit einer schonungslosen Rücksichtslosigkeit in die Patientenrechte eingreift.

Öffentlichkeit oder Offenlegung der Diagnose bzw. der Krankheitsfolgen sollte also in jedem Fall vermieden werden. Der offen ungeschützte Umgang mit dem Phänomen Depression kann bei dem Betroffenen zu einer Art sozial dramatischer Brandmarkung führen. Die Konsequenzen können sein, von geliebten Menschen nicht mehr ernst genommen zu werden, von Arbeitgebern, welche die Diagnose kennen, in strategischer Form benachteiligt oder ausgegrenzt zu werden. Die klassischen in dieser Variante negativen Resultate von vorurteilsgeprägten Labelingprozessen sind in Fachkreisen publik und in zahlreichen Studien als gesicherte evaluierte Forschungsresultate bestätigt und sollten dem einzelnen Patienten ein unmissverständliches Warnsignal mit auf den Weg geben. Denn ebenso menschenverachtend, rücksichtslos und von kränkendem und demütigendem Charakter kann die Diagnose Depression an sich selbst ohnehin sein.

Die zweite Krankheitsstufe ist von einer durchschnittlichen Dauer bis zu maximal ein bis drei Monaten (< 3 Monate) mit dem Merkmal einer Krankschreibung oder einem Klinikaufenthalt respektive einer Behandlung in einer Psychotherapiepraxis von bis zu vier Wochen geprägt. Sie ist de facto oder kann potentieller Weise zumindest gekennzeichnet sein von Gefühlszuständen wie deutlichen Trauerphasen, Selbstmitleid über längere Strecken und dem Gefühl des Ausgegrenztseins. In dieser Krankheitsphase herrscht ein steter Wandel von Phasen der kurzzeitigen Euphorie in stetigem Wechsel mit einer Phase der Verzweiflung, des Pessimismus und Angstzuständen wie Zukunftsangst, der Verlust des Jobs, übertriebene Krankheitsangst, häufige Wohnungswechsel, die Gefährdung der Partnerschaft, und auch ein Phänomen der „ selffulfilling prophecy“ sind in dieser Phase keine Seltenheit.

Diese Periode der Depression kann außerdem einhergehen mit einer kurz- oder mittelfristigen Trennung vom Partner oder sogar mit der kompletten Auflösung der Partnerschaft. Man fühlt eine gewisse Ohnmacht bzw. kommt zum Schluss, auf nichts mehr definitiv und organisatorisch Einfluss nehmen zu können, und ist in diesem Krankheitsstadium nicht mehr in der Lage, die beruflichen und privaten Verpflichtungen infolge der hochkomplexen Krankheitssymptome gegenseitig und in der Gesamtheit in Einklang zu bringen und zu erfüllen. „Es wird einem alles zu viel“. Damit wird der bedrohliche Aspekt des Depressionsgeschehens im prozessua-

len Krankheitsverlauf in dramatischer Offenbarung erkennbar sowie unterscheidbar gegenüber dem leichteren und abgemilderten 1. Stadium der Depression. Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal besteht in der Medikation und der mehr oder minder regelmäßigen Medikamenteneinnahme (beachten Sie bitte die mit dem Arzt vereinbarte „compliance“ bei der verordneten Einnahme in diesem Krankheitsstatus). Patienten des 2. Stadiums nehmen ein Antidepressivum in Tablettenform verabreicht als Saft gegebenenfalls Pflaster ein oder müssen sich zwecks einer Infusionsgabe gegen die Krankheitssymptome in regelmäßigem Abstand einer ärztlichen Behandlung plus einer Kontrolluntersuchung stellen. Das heißt in direkter Konkretion auch, dass der depressive Patient sich in einem Behandlungsverlauf befindet, welcher ihm selbst ein hohes Maß an Selbstverpflichtung auferlegt. Er muss die Behandlungstermine selbsständig, d. h. in eigener Regie mit beruflichen familiären Verpflichtungen und Hobbies in der Freizeit zwangsläufig koordinieren, was eine zusätzliche Erschwernis in der Organisation der kompletten Alltagsvollzüge für den geschwächten Patienten bedeuten kann, aber nicht unbedingt bedeuten muss.

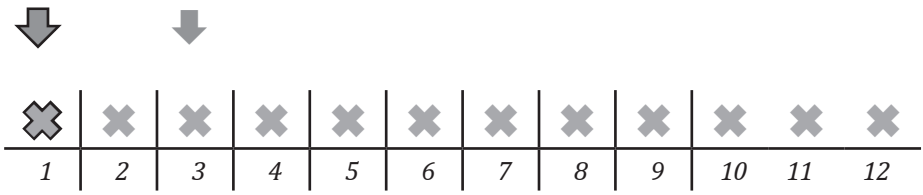


Abbildung 2: Elementares Depressionsschema (Zeitstrahl in Monaten)

Der Zeitstrahl aufgeteilt in 12 Monate verdeutlicht in sehr anschaulichem, wenngleich idealtypischem Modus die zeitbezogene Charakteristik in diesem Stadium der Depression. Dabei wird von der grundsätzlichen Hypothese ausgegangen, dass sich die Depression in diesem Stadium heilen lässt ganz im Gegensatz zur chronisch verfestigten Depression des 3. Krankheitsstadiums. Menschen dieses Depressionstypus haben also berechtigte Hoffnung, aus diesem emotionalen Tal der Tränen oder der allseits gefürchteten Sackgasse der schlechten Gefühle herauszukommen.

Wer möchte schon jeden Morgen den Tränenbecher am Nachttisch oder auf dem Frühstückstisch vor sich sehen? Ich ziehe gern den Vergleich heran, dass man/frau sich in dieser Situation fühlen kann wie Herrmann Hesse es in seinem berühmten Roman: „Der Steppenwolf“ schriftstellerisch fabuliert. Man fühlt sich allein oder auf verlorenem Posten auf eine unheimliche Art außerhalb der sozialstrukturellen Gemeinschaft, die in der Funktion als solidarische Schutzinstanz Geborgenheit, Wärme, Schutz und fürsorgliche Anteilnahme gewähren kann.

Ganz aus eigener Kraft kann sich der depressive Patient also in diesem Stadium nicht mehr selbst von den gefühlten oder abgeleiteten Krankheitssymptomen befreien oder heilen. Er verstrickt sich vielmehr auch durch eine gesteigerte Spirale der Grübeleien, des kontinuierlichen Problematisierens sowie des „kognitiven Einigelns", Eimauerns, des Versteckspielens vor der Wirklichkeit gewissermaßen in ein selbstgestricktes Labyrinth oder Spinnennetz. Für einen befreiend empfundenen Ausweg aus dieser krankheitsbedingten Lage ist er auf fachliche Hilfestellung von fachärztlicher oder von fachpsychotherapeutischer Seite angewiesen.

Die fachliche Kompetenz für einen resilienten Neubeginn in ein Leben ohne Depression kann bestenfalls „quod erat demonstrandum" in dieser Krankheitssicht nur vom therapeutischen oder aber nur in jedem Fall in Kombination mit dem therapeutisch Rehabilitativen Netzwerk (Klient → Therapeuth) gelingen. Viele depressive PatientenInnen müssen es in dem Stadium der Selbstisolation auch schlichtweg wieder erlernen, sich Hilfe von den Stellen einzufordern und die angebotene Hilfeleistung anzunehmen.

Ein „blinder Fleck" vor dem eigenen inneren Auge muss also dafür zuerst einmal entfernt werden wie ein grauer Schleier, der den Betroffenen von einer realistischen Heilungsmöglichkeit zuvor ferngehalten hat. Der depressive Patient braucht also diese behutsam kurative und therapeutische Handreichung und den unverzichtbar hilfreichen Arm, der ihn aus dem selbstgewählten Gefängnis der inneren Befangenheit befreit.

3.3. Das dritte Krankheitsstadium der Depression

Von dem 3. Krankheitsstadium spreche ich in einem Wiederholungsfall eines in chronifizierter Form an einer Depression Erkrankten. Ein wesentliches Merkmal der hier vorgestellten Krankheitsdefinition für ein drittes Stadium im Verständnis für das damit erreichte bedrohliche Erkrankungsstadium stellt die Dauer der Depression als Behandlungsfaktor dar. In diesem 3. Depressionsstadium besteht eine ärztliche Erstdiagnose seit mindestens 12 Monaten. Es handelt sich unter dem Gesichtspunkt der sozialmedizinischen Diagnostik also um das Zusammentreffen von zwei Faktoren von erheblicher Relevanz: ad 1 die zwölf Monate zurückliegende Erstdiagnose in Verbindung mit einer Phase der vorübergehenden Symptomfreiheit also einer noch nicht vollständigen Gesundung mit übersehenen Krankheitsrestmerkmalen.

Als markantes Definienz der Depression als sozialpsychiatrisches Erkrankungsbild kommt bei diesem 3. Krankheitszustand als eine weitere abhängige Variable ein erneuter Klinikaufenthalt, d. h. eine mindestens 2. Einweisung mit einer mindestens dreiwöchigen Behandlungsphase in einer Fachklinik für Psychosomatik hinzu. Es

kann davon ausgegangen werden, dass eine umfänglich zufriedenstellende und damit erfolgreiche Behandlung der Krankheit Depression durch ein fachkompetentes Ärzteteam bei einer Depressionserkrankung in Verbindung mit weiteren Traumata oder chronifizierten Zwangsneurosen beziehungsweise bei dem Vorliegen weiterer Angststörungen (Phobien) gemäß den Regeln der ärztlichen Berufskodizes „lege artis“ nur bei sehr konsequenter Einhaltung der ärztlichen Auflagen und Anordnungen durch den Patienten zu erzielen ist. Eine medizinische Befreiung vom Krankheitsbild Depression ist bei dieser dritten Erkrankungsform nicht mehr möglich.

Zudem ist die wesentliche Abgrenzung in dem dritten Krankheitsstadium von den beiden Stadien der 1. und 2. Form der Depression in der nun lebenslangen Chronifizierung des Krankheitsgeschehens zu manifestieren. Dem erkrankten Klientel ist nur mit Hilfe einer Einsicht in die lebenslange ärztliche Behandlungsnotwendigkeit gedient, um die Symptomstärke und das Risiko einer ständigen Rückfallgefahr ärztlich und psychotherapeutisch eingrenzen und kontrollieren zu können. Es kann bei diesem Stadium natürlich zu einem rezidivierenden oder progredienten Krankheitsverlauf kommen. Auf keinen Fall jedoch wird der depressive Patient wieder völlig von der Depression mit einem „long life“ Verlaufstypus geheilt werden können. Die Herausforderung besteht wohl in der Patientenaufgabe: „Wie lerne ich mit dem Handycap Depression zu leben? Welche realistisch planerischen und therapeutischen Möglichkeiten für einen akzeptablen Umgang mit dem personenzentrierten Handycap gibt es für mich und das Bezugs- und Sozialsystem, in welches ich integriert bin?“

Abbildung 3: Chronifiziertes Depressionsschema (Diagnose + Beginn der psychotherapeutischen Behandlung in ambulanter oder stationärer Form)

VII. Therapieverfahren im Fall von Paarkonflikten

In diesem Kapitel geht es darum, der wissenschaftlichen Erforschung von systemorientierten Resilienzpotential in der klassischen Paartherpaie bei dem Vorliegen von affektiven und somatoformen Störungen wie der Depression eine wertschätzende Achtsamkeit und eine angemessene Würdigung zuteil werden zu lassen.

Der Zusammenhang der Kovarianz von depressiver Störung und der Notwendigkeit zur Anwendung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren bei Paarkonflikten wird von einer ganzen Reihe von Forschern in der Psychosomatik betont und nachgewiesen:

» „Die meisten Symptome der Depression (z.B. Niedergeschlagenheit, Energieverlust, Motivationsverlust, Schlafstörungen, Libidoverlust, Suizidgedanken, Konzentrationsstörungen etc.) tangieren unmittelbar auch die Partnerschaft.“[1] ...

» „Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen und sind vor allem auch deshalb im Kontext von Partnerschaften relevant, weil die meisten Patienten mit diesen Störungsbildern aufgrund des Alters zum Zeitpunkt der Ersterkrankung (oft zwischen dem 30. Und 40. Lebensjahr) in Beziehungen leben.”[2]....

» „In den meisten Studien wurden deshalb signifikante Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Depressivität und Partnerschaftsstörungen nachgewiesen.”[3] ...

» „Insbesondere die beiden Bereiche der dyadischen Kommunikation und Sexualität erweisen sich als sensible Indikatoren für Partnerschaftsprobleme in Beziehung zur depressiven Symptomatik des Partners. So sind sexuelle Probleme bei Paaren mit einem depressiven Partner häufig zu beobachten.“ ...

» „Am häufigsten werden sexuelle Appetenzstörungen (Lustlosigkeit), Orgasmusstörungen, sowie Schmerzsstörungen im Zusammenhang mit Depressionen diagnostiziert.“[4]

---

1 Bodenmann G. In Lutz W. (Hg.) Paartherapie bei depressiven Störungen, S. 105
2 Ash/Byers 1996; Bodenmann G.: Paartherapie bei depressiven Störungen - In Lutz W. (Hg.): Lehrbuch der Paartherapie, S. 105 - 109
3 z. B. Banawan et al. 2001; Beach et al. 1990; Fincham et al. 1989; Johnson/Jacob 1997; McCabe/Gotlib 1993; Sandberg/Harper 2000; Sayers et al. 2001; Whismann 1999
4 Ders. a.a.O. S. 105

1. In welchen Fällen wird in der psychotherapeutischen Fachliteratur eine Paartherapie empfohlen?

Auch zur Beantwortung dieser Frage wird auf die Erkenntnisse der paarpsychologischen Fachliteratur zurückgegriffen. Dort ist eine sehr plausible und trotzdem interessanter Forschungszusammenhang nachlesbar.

Prof. Wolfgang Lutz bringt es in dem klassischen Standardwerk zur Paartherapie auf den Punkt, wenn er ein Forschungsergebnis von Beach aus dem Jahr 2001 zitiert:

„Paartherapie ist bei nicht psychotischen, unipolaren Depressionen in vielen Fällen (und zwar unabhängig vom Schweregrad der Depression) die Methode der Wahl, insbesondere, wenn Partnerschaftsprobleme mit der psychischen Störung kovariieren. So konnten Beach und Kollegen (1990) nachweisen, dass lediglich eine Paartherapie, nicht aber eine kognitive Therapie eine Besserung bezüglich der Partnerschaftsqualität (über den Zeitraum von 1 Jahr) bewirken konnte."

„Die Paartherapie schnitt zwar bezüglich der Reduktion der Depressionssymptomatik ähnlich gut ab wie die kognitive Therapie, jedoch allein bei der Paartherapie war eine Verbesserung der Partnerschaftsqualität nachweisbar (sowohl bei den vormalig depressiven Patientinnen wie ihren Partnern). Die Reduktion der Depression allein (d.h. die alleinige Behandlung mittels kognitiver Verhaltenstherapie) führte gemäß dieser Studie jedoch nicht zu einer Verbesserung der Partnerschaftsqualität." .. Es konnte zudem in dieser Versuchsreihe ein Mediatoreffekt nachgewiesen werden… „Diese Befunde sprechen für die Anwendung von Paartherapien zur Behandlung von Depressionen, wenn beide Partner hierzu bereit sind und Partnerschaftsprobleme eine wichtige Rolle im Rahmen der Depression spielen (Beach 2001 b)."

2. Welche Bereicherung bei der Paartherapie ist durch die Methode der „acceptance work" bei Depression zu erwarten?

Die neue Sichtweise in dieser paartherapeutischen Behandlungsweise, die von Cordoba und Gee (2001) als integrative behaviorale Paartherapie eingeführt wurde, beruht auf dem Postulat, dass es gelingt eine Überwindung der Vorstellung zu erzielen,

» „sich von der Sicht zu lösen, dass die Depression für das Paar ein unüberwindbares Problem darstelle, welches die beiden auseinandertreibt. Vielmehr geht es darum, dem Paar aufzuzeigen, dass es gemeinsam gegen die Depression ankämpft. Es muss die Störung als einen ‚gemeinsamen Feind' definieren und als Team, d. h. miteinander für eine Lösung einstehen, anstatt die Depression als Problem eines Partners zu definieren und mit Schuldzuweisungen und Schuldgefühlen zu reagie-

ren. Es gilt die Depression nicht als ein Phänomen zu verstehen, das nur einen Partner (den Patienten) betrifft, sondern als eine Angelegenheit zu sehen, die beide Partner angeht und nur gemeinsam gelöst werden kann."[1]

Die Forscherteams gehen dabei von der Prämisse aus, dass das „Wir-Gefühl" in der Partnerschaft gestärkt werden kann, so dass zusätzliche therapeutische und damit resiliente Möglichkeit en zur Paarproblemlösung genutzt werden können. Eine hilfreiche Vorstellung dabei kann es sein, dass die Depression als ein „ungebetener Gast" gesehen wird, der sich in die Beziehung eingeschlichen hat, und den es gemeinsam wieder loszuwerden gilt.[2] Ein weiteres Merkmal ist die wechselseitige Interdependenz der Selbst- und Fremdbeobachtung in der Paarbeziehung.

» „Durch die eigene Selbstbeobachtung werden mitunter auch Denkprozesse und Gefühle des anderen Partners nachvollziehbar und insbesondere auch die dysfunktionalen Informationsverarbeitungsprozesse des depressiven Patienten verständlicher und verstehbarer."[3]

» „Es wird in der fachwissenschaftlichen Themendiskussion außerdem vom sogenannten adaptiven Verhalten gesprochen, welchem eine bedeutsame Funktion als ein nicht zu unterschätzender Resilienzfaktor zukommen kann. Dabei kommt es darauf an, dem anderen „ausreichende Freiheitsgrade im Verhaltens- und Erlebensrepertoire einzuräumen". (dies. a.a.O. S. 111)

» „Erneut sollen sich beide Partner ihre Gefühle, Einschätzungen und Verhaltensentwürfe mitteilen, um sich gemeinsam zu aktivem Verhalten zu motivieren. Dies wird auch im Rahmen des Kommunikationstrainings- und des Problemlösetrainings weitertrainiert." (ebenda)

3. Die psychoedukative Intervention mittels Coping als ein resilienzwirksamer Therapieansatz

Bei der Darstellung dieser Paartherapiemethode konzentriere ich mich auf die Rekapitulation des Copingmodells (Coyne 1976). Dabei kommt es darauf an, die Bedeutung der Partnerschaftsqualität bei einem Paar mit einem depressiven Partner herauszuarbeiten. Die Interventionen beruhen auf der Verbesserung des individuellen Copings und zielen darauf ab, die folgenden vier Schwerpunkt zu erfüllen:

1 *Cordova und Gee: In: Lutz W.: Lehrbuch der Paartherapie 2006, S. 110*
2 *Jacobsen und Christensen 1996: In Lutz W.: Lehrbuch der Paartherapie 2006 , S. 110*
3 *Cordova und Gee 2001 In: Lutz W.: Lehrbuch der Paartherapie 2006, S. 111*

a. Den Aufbau von differenzierteren und angemessenen Situationseinschätzungen.

b. den Aufbau von funktionalen individuellen Copingstrategien und die Vermeidung von dysfunktionalem Coping.

c. die Verbesserung der Passung zwischen Situationseinschätzung und Copingstrategien sowie den

d. Aufbau von stressantagonistischen Aktivitäten und Entspannung. Das Paar erlernt dabei erfahrenen Stress dem anderen Partner in angemessener Form mitzuteilen, um auf diese Weise eine akzeptierte Version der Stress- und Frustrationstoleranz zu erzielen. Guy Bodenmann[1] hat diese copinggesteuerten Zusammenhänge in sehr detaillierten Versuchsanordnungen und Paartrainings näher erforscht. Seine Hauptzielsetzung gilt dabei der Verbesserung der dyadischen Copingressourcen.

Quelle: Bodenmann 2000; 2004

3.1. Die Drei-Phasen-Methode

Die Paartherapie befindet sich in der Bundesrepublik Deutschland und in den Vereinigten Staaten in einem ständigen Prozess der psychologisch therapeutischen Fortentwicklung. Von den belastbaren Ergebnissen der wissenschaftlichen Anstrengungen in Forschungsteams mit multidisziplinärer Zusammensetzung profitieren in aller Regel auch Problemgruppen oder Paare mit einer speziell problemorientierten Zusammensetzung. Von den sehr unterschiedlich angelegten Therapiemethoden zur Lösung von Partnerschaftskonflikten hat sich die Drei-Phasen-Methode von Bodenmann (2000; 2004)[2] neben den Vertretern anderer Therapierichtungen durchgesetzt.

» „In einer ersten Phase werden die Partner in Paarübungen dazu angeleitet, sich wechselseitig relevante Alltagsstressepisoden mitzuteilen mit dem Ziel, in der ersten Phase der Drei-Phasen-Methode den emotionalen Bedeutungsgehalt herauszuarbeiten, weshalb die Situation für sie dermaßen belastend und schlimm war (sogenannte Trichtermethode der emotionalen Stresskommunikation; Bodenmann 2004). In der ersten Phase ist der eine Partner Sprecher und erzählt von einer paarexternen Stresssitution, die ihn immer noch belastet. Der andere Partner ist Zuhörer und hört aktiv zu, gibt jedoch in dieser Phase keinerlei Unterstützung.“ (ders.; ebenda)

1 *Bodenmann G.: In: Lutz W. (Hg.): Lehrbuch der Paartherapie 2006, S. 113, 114*
2 *Bodenmann G.: a.a.O. S. 115 ff.*

Dabei kommt es darauf an, eine stressbezogen emotionale Selbstöffnung zu erzielen, um die intime Information zum Befinden und Erleben des Partners als Grundlage dafür zu verwenden, angemessene, persönliche und emotionszentrierte Unterstützung des Partners zu gewinnen, dezent einzufordern und in den Paartherapieprozess einzubringen.

» „Erst auf dieser Basis des Verständnisses (was ging im anderen vor, warum war die Situation für ihn derart belastend) wird es möglich, den anderen und seine Reaktionen wirklich zu verstehen und ihn bei der Bewältigung des Stressereignisses zu unterstützen." (ders.; a.a.O.)

» „Die zweite Phase dient der therapeutischen Herausarbeitung von emotionalen Qualitäten wie der Empathie, des Verständnisses für den Partner."

» „Empathie und Verständnis erfolgt im Interesse für das, was der andere erlebt hat und kann Solidarisierung, Mithilfe zur Umbewertung der Situation, Mithilfe zur Gefühlsberuhigung, den Glauben an den Partner bekunden oder körperliche Begegnung (in die Arme nehmen und trösten, zärtlichere Körperkontakt etc.) erfolgen." (Bodenmann 2001;2004)

» „Die dritte Phase dient dazu, dass der Sprecher dem Zuhörer eine Rückmeldung geben kann, wie er die Unterstützung in der zweiten Phase erlebt hat, wodurch das dyadische Copingrepertoire des Paares ausgebaut und verfeinert werden kann. In den supervidierten Paarübungen, welche vom Paartherapeuten intensiv gepromptet werden, lernen beide Partner in der Rolle dessen, der den Stress mitteilt; wie in der Rolle des Zuhörers und Unterstützenden sich auf einer emotionalen und sehr persönlichen, intimen Ebene zu begegnen, Vertrauen ineinander aufzubauen und sich die Unterstützung geben zu können, welche hilfreich ist, und die nur der Partner imstande ist zu geben. Durch diese Übungen werden das eigene Verständnis für die emotionale Belastung (und in diesem Zusammenhang relevante persönliche Konstrukte wie beispielsweise Perfektionismus, Kontrollschemata, Bindungsschemata, soziale Bewertungsschemata, wie auch das Verständnis des Partners gefördert. Dabei werden wechselseitige Hilfestellungen beider Partner ermöglicht sowie die Intimität des Paares, seines „Wir-Gefühls" und das Vertrauen in die gemeinsamen Ressourcen gestärkt. Im Rahmen der Behandlung von Depressionen erfolgt somit die kognitive Arbeit an persönlichen Schemata direkt im Zusammenhang mit der Festigung der dyadischen Kohäsion."[1]

1 Die Drei Phasen Methode zur Behandlung von paartherapeutischen Beziehungsproblematiken nach Bodenmann G: In: Lutz W. Lehrbuch der Paartherapie, S. 115 f.

3.2. Die Entwicklungspotentiale liegen inmitten der Beziehungskrise?

Die von Albert Einstein gelebte Handlungsmaxime, derzufolge das als allgemeingültig empfundene Verhalten darauf abzielt, das erforderliche Entwicklungspotential in einer Lebenskrise zu entdecken, bildet auch bei Immanuel Kant in dem kategorischen Imperativ den Gegenstand der weisen Erkenntnis. Welcher Impuls kann von diesen Erkenntnissen in die moderne Paartherapie – wenn überhaupt – übertragen werden? Eine Antwort auf diese Frage findet sich in der Fachliteratur bei Hans Jellouschek:

„In einem Seminar für Führungskräfte, das ich leitete, bekamen die Teilnehmer die Aufgabe, eine *Lebenslinie* zu malen, welche die *Hochs* und *Tiefs* ihrer bisherigen Laufbahn zum Ausdruck und ins Bewusstsein bringen sollte.

Ein Herr K. schildert in dieser Lebenslinie von einem tiefen Einschnitt in seiner Partnerschaft, einer echten Paarkrise, in welcher seine Frau einen Freund hatte. Diese Tatsache hat ihn total ins Schleudern gebracht. Die Lebenslinie zeigt allerdings an dieser Stelle für den Therapeuten überraschend in die Höhe. Auf die Frage: Wieso?, antwortet der Mann: „Ich war damals viel auf Montage unterwegs, hab wenig für meine Karriere getan, bin ziemlich heruntergekommen, habe viel gesoffen, in Kneipen rumgehangen, war wenig zu Hause. Als das mit dem Freund herauskam, habe ich mir gesagt: Eigentlich geschieht es dir recht! Ist die logische Folge aus deinem Verhalten."

In diesem Fallbeispiel zeigt sich die oft harte aber unumgängliche Logik der Alltagswirklichkeit. Was mir etwas bedeutet, was ich wertschätzen sollte – die eigene Frau, die Paarbeziehung – wurde von dem Mann in sträflicher Manier vernachlässigt und schleifen gelassen. Er bekam ziemlich prompt die Antwort als eine folgenschwere Konsequenz für den leichtfertigen Umgang mit der „Beziehungsqualität zu der eigenen Frau".[1]

„Doch zum Glück nimmt diese Geschichte eine für die beteiligten Beziehungspartner glückliche und gütliche Wendung. Der Mann hört auf zu trinken, bewirbt sich auf eine Stelle im Innendienst, geht nicht mehr zum Stammtisch und schließt sich einem Chor an. Er hat von da an viel Zeit zu Hause verbracht, leitet diesen Chor mittlerweile. Mit einem Wort: ‚Ich hab etwas aus mir gemacht' – ‚Und die Außenbeziehung Ihrer Frau?' – ‚Also, wir haben nie wieder darüber gesprochen. Aber ich bin sicher. Der Freund spielt keine Rolle mehr. Wir haben's jetzt wieder ganz gut miteinander!' "[2]

1 *ders. a.a.O., S. 119 f.*
2 *ders. a.a.O., S. 115 ff. mit eigenen Erklärungen und einer Kommentierung des Fallbeispiels*

Diese Wendung in der temporär gestörten und vielleicht sogar zerrütteten Paarbeziehung zu einem Stadium der Normalisierung hat selbst den erfahrenen Paartherapeuten überzeugt und vielleicht mit Stolz erfüllt, dass der Einfluss der Gesprächstherapie mit dem Klienten in indirekter Wirkung möglicherweise auch zu dem Happy End beigetragen hat. Herr K. rettete durch die dauerhafte und gezielte Verhaltensänderung auch seine Beziehung. Das dürfte ihm vielleicht nicht einfach gefallen sein. Aber trotzdem: Sehr wahrscheinlich hat er nur auf diese Art und Weise auf der Grundlage der Einsicht, dass er den Alkoholkonsum in den Griff bekommen muss, „seine Beziehung gerettet und die Kurve gekriegt."

Manchmal ist es im Leben notwendig, auf die Zähne zu beißen oder auch einmal in den sauren Apfel, wenn es um die Erkenntnis geht, „Krisen sind Entwicklungschancen"[1].

In einem anderen Kapitel reflektiert der bekannte Wissenschaftsautor „Empfehlungen für eine körperfreundliche Beziehungskultur"[2]:

a. Wie sehr es ein menschliches, naturbezogenes Grundbedürfnis, ein existenzieller Hunger ist, berührt zu werden, war generationenlang in Vergessenheit geraten. Die Humanistische Psychologie hat diese Seite der menschlichen Natur wiederentdeckt, gut erforscht und sogar eine Vielzahl von Therapieformen daraus entwickelt.

b. Wo dieser Hunger nicht wahrgenommen, ernstgenommen und einigermaßen zufriedenstellend befriedigt wird, verkümmert etwas im Menschen. Ersatzhandlungen sind normalerweise die Folge. Es ist darum für das körperliche wie für das seelische Wohlbefinden hilfreich, körperliche Berührung zu suchen und zu pflegen. Dabei ist es in unserer sexualisierten Kultur hilfreich sich klarzumachen, dass körperliche Berührungen zwar einen sinnenfreudigen Umgang miteinander fördern, dass sie aber keineswegs immer in unmittelbarer Verbindung zu Erotik und Sexualität stehen oder dahin führen „muss".

c. Paare, die versuchen, die Bedürfnisse nach körperlichem Berührtwerden nach außen unter Verschluss zu halten und nur innerhalb der Beziehung zu stillen, überfordern sich in der Regel. Körperbetonte Beziehungen zu Freundinnen oder Freunden sind darum hilfreich, entlastend und anregend – auch für die eigene Beziehung.

---

1 ders. a.a.O., S. 115, 116
2 Jellouschek H.: Wie Partnerschaft gelingt – Spielregeln der Liebe, S. 117

d. Auch in einer körperfreundlichen und körperbetonten Beziehungskultur – und gerade da! – lassen sich ohne Krampf klare Grenzen zu sexueller Intimität ziehen und einhalten.

e. Körperliche Berührungen von Mann zu Mann und von Frau zu Frau haben eine eigene Qualität und stellen eine wichtige Facette innerhalb des gesamten Spektrums der Berührungsmöglichkeiten dar. Die Angst vor Homosexualität ist dabei völlig unbegründet.[1]

3.3. Paartherapeutische Aspekte und Umgangsregeln mit dem Resilienzfaktor Macht in der Paarbeziehung

Die resilienztheoretische Diskussion über und um die paarthematische Reflexion von Machtaspekten in der partnerschaftlichen Beziehung und im Eheverhältnis bildet eine spezielle und hochkomplexe Kernthematik auch in Bezug auf eine resilienzfokussierte Gesamtbetrachtung von Paartherapieverläufen. Es kann die Behauptung formuliert werden, als gebe es keine Beziehung ohne eine interne Machtrelation und ohne ein internes und auch nach außen machtgeprägtes Binnenverhältnis der beiden Beziehungspartner. Bezüglich dieses resilienzbasierten Themengebietes finden sich in den Aufsätzen und Fachbüchern zur Paarentwicklung und zu Partnerschaftskonflikten von Hans Jellouschek sehr praxisbezogen bereichernde Lösungsaspekte sowie Anregungen für dezente Hinterfragungen für den gemeinsamen Beziehungsalltag von Mann und Frau. Welche Rolle die Resilienzdiskussion für diesen Therapieaspekt übernehmen kann wird in den folgenden Abschnitten andiskutiert und in einem detailierten Argumentationsverlauf erörtert.

Es geht in vielen Paarbeziehungen auch um positionelle Einflussmöglichkeiten, um faktische ja fundamentale in manchen Fragen auch um dogmatische Meinungsmacht und um prinzipielles Durchsetzungsvermögen bei der Auseinandersetzung um Themen, Interessen, finanzielle Ressourcen und um manchmal banale Trivialitäten im alltagsgeprägten Beziehungskontext. Dabei kann auch der politische Machtaspekt eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Außerdem können neben Geschmacksfragen bei der Mode, bei der Entscheidung welche Farbe das neue Fahrzeug haben sollte, auch das ehrgeizige Ringen zwischen den Partnern um soziales Prestige und um gesellschaftlichen Einfluss neben dem Ringen um öffentliches Ansehen eine hartumstrittene Sache in der Partnerkommunikation darstellen. Jellouschek[2] gibt für seine Spielregeln der Liebe klare Regeln vor. Handlungsanleitungen für die paartherapeutischen Grundsätze bilden dabei in diesem Relevanzzusammenhang unum-

1 Jellouschek H.: Wie Partnerschaft gelingt – Beziehungskrisen sind Entwicklungschancen - Bereicherung der Paarbeziehung, S. 117
2 Jellouschek H.: Wie Partnerschaft gelingt - Spielregeln der Liebe – S. 51

gängliche Kernregeln, die an dieser Stelle dargestellt werden, weil sie den Praxisbezug und auch die resiliente Querverbindung zu weiteren psychotherapeutischen Therapieansätzen herstellen können.

Um die Konkretion und Konzentration von Resilienzaspekten in der paartherapeutischen Auseinandersetzung wiederspiegeln zu können, werden die resilienzfördernden Möglichkeiten in der paartherapeutischen Machtdiskussion hier vorgestellt. Zudem ermöglicht dieser Transfer der Resilienzmodelle auf den Partnerschaftsbereich eine zusätzliche Bereicherung in der Wertschätzung resilienter Diskussionsansätze im Paarbeziehungsbereich. Dort wo Beziehungspartner Wertschätzung auf die gemeinsame Übernahme, Formulierung und Argumentationslinie von resilienzfördernden Machtfragen legen, werden die Resilienzpotentiale in der Partnerschaft profitieren. Das kann insbesondere der Fall sein, wenn in der Paarkommunikation fundamentalistische, dogmatische und grundsatzbezogene Auseinandersetzungen in der Sache mit heftigen und strittigen Argumenten geführt werden. Hans Jellouschek formuliert insgesamt 10 Regeln der auf Paarbeziehungen fokussierten Beziehungsmacht:

a. Sei dir bewusst, dass es in Beziehungen unvermeidbar ist, Macht aufeinander auszuüben.

b. Lerne dich durchzusetzen, und lerne dich anzuschließen. Kannst du nur eines von beiden, förderst du Machtmissbrauch in der Beziehung.

c. Wenn du dich durchsetzen willst, tue dies offen. Versteckte Machtstrategien und Manipulationen vergiften eine Beziehung.

d. Gestehe dir das Recht zu, in der Beziehung deine Interessen zu vertreten.

e. Versuche niemals, dadurch in die mächtigere Position zu kommen, dass du den anderen abwertest, klein machst, schlecht dastehen lässt. Denn der andere wird sich rächen.

f. Achte darauf, dass sich jeder in der Beziehung etwa zu 50 % durchsetzt. Ansonsten entsteht ein einseitiges Machtgefälle, das sich destruktiv auswirkt.

g. Bundesgenossen gegen den Partner (Eltern, Kinder, Freundinnen) machen deine Position ihm gegenüber zwar mächtiger, untergraben aber die Beziehung.

h. Dem Partner Zugang zu Ressourcen (Geld, Beziehungen, Informationen …) zu verwehren, macht dich ebenfalls mächtiger ihm gegenüber, ist aber ebenfalls dest-

ruktiv. Gleichen Zugang zu Ressourcen zu ermöglichen, heißt Macht teilen und die Beziehung fördern.

i. Wenn du „Macht von oben“ einsetzt, (autoritäre Macht) riskierst du, durch Macht von unten (Ohnmacht, Passivität, Manipulation) schachmatt gesetzt zu werden.

j. Wenn du dich so durchsetzt, dass nur du gewinnst, der andere aber verliert, schadest du der Beziehung. (Gewinner-Verlierer-Lösung) Jeder von beiden muss mindestens soviel gewinnen, dass er ein Stück Verlust verkraften kann (Kompromisslösung). Am besten ist es, mit dem anderen eine so kreative Lösung zu finden, dass ihr beide das Gefühl habt, ohne Verlust gewonnen zu haben (Gewinner-Gewinner-Lösung).“

Der bekannte Fachbuchautor und erfahrene Paartherapeut mit einer eigenen psychotherapeutischen Fachpraxis ist Lehrtherapeut für Transaktionsanalyse und stellt hier sehr wesentliche „Machtregeln“ auf, welche in spezifischer Relativität auch für die diskutierten Resilienzmodelle von Relevanz sein könnten. Dort wo diese Regeln dazu dienen, Machtkonstellationen in sehr einseitiger Form oder zu extremer Machtungleichverteilung einzusetzen, wird dieses System zum Scheitern verurteilt sein und demzufolge auch keine resilienzfördernde Wirkung entfalten. In den Fällen der paartherapeutischen Auseinandersetzung jedoch, in welchen auf eine gemeinschaftliche Abstimmung in Machtfragen zwischen den Beziehungspartnern Wertschätzung gelegt wird, kann sich eine unmittelbare Stärkung des Resilienzaspektes herauskristallisieren. Um die Konkretion und Konzentration auf die Paarthematik zu transferieren, wurden die 10 Regeln hier vorgestellt.

„Unter dem Aspekt der Macht kann man sich eine gutfunktionierende Beziehung so vorstellen wie zwei Menschen auf einer Wippe. Wippen macht Freude, wenn mal der eine oben ist und der andere, und die Wippe so in einer ständigen Auf- und Ab-Bewegung bleibt. Kurzfristiges Gerangel zwischendurch um ‚oben oder unten’, um Tempo oder Gewichtverteilung schadet keineswegs, sondern erhöht den Spaß. Nur darf die Wippe nicht auf einer Schieflage auf Dauer zum Stehen kommen, sonst ist es mit dem Spaß bald vorbei.“[1]

Ein wie ich finde sehr schönes Bild, das die Verhältnisse in der Paarbeziehung mit einem wechselseitigen Bewegungs- und Verlaufsschema symbolisiert.

1 *Ders. a.a.O. S. 50, f.*

VIII. Erfreuliches aus der Resilienzforschung

„Gleichzeitig gibt es aus dem ambulanten oder klinischen Behandlungsmarkt von Depressionen auch sehr viel Erfreuliches zu berichten. Eine große Zahl von Psychotherapie-Forschern und -Entwicklern haben eine Menge neuer innovativer Ideen und Techniken in das Feld eingebracht. Dazu gehören in der Hauptsache neuartige Instrumente und Werkzeuge auf dem Gebiet der Diagnostik, der Psychoedukation und der Psychotherapie, die es vor zwanzig Jahren noch nicht gegeben hat.“[1]

Zum Beispiel wird dem zwischen- oder gar mitmenschlichen Humor im täglichen Erleben und Erspüren der Tagesaktualität auch in der depressiven Verstimmung eine Heilungsfunktion zugemessen, die gemäß dem Lebensmotto: „Nimm es mit Humor“ in der therapeutischen Wirkung wahre Wunder vollbringen kann. Wenn der Patient lernt, sich nicht gleich jedes Missgeschick, die befürchtete eingetroffene Enttäuschung oder eine gefühlte versus eine tatsächliche Niederlage im Leben oder einen schlechten Tagesverlauf zu Herzen zu nehmen, hat er eine veritable Heilungsschance. Man darf im Leben eben nicht alles gleich persönlich oder zum Anlass für einen heftigen Selbstvorwurf nehmen.

Wer nach Albert Einsteins Lebensmotto unterwegs ist, kann schon auf der sicheren Seite stehen. Einstein kam zu dem Ergebnis, dass „inmitten der Schwierigkeit die Möglichkeit liegt“. Im konkreten Transferschluss kann diese Arbeitsphilosophie bedeuten, dass bei ernsthafter fachlich-inhaltlicher Auseinandersetzung mit einer depressiven Verhaltensproblematik ein Lösungsweg mehr oder weniger vorprogrammiert sein kann. Eine Verschlimmerung der Krankheit ist dann eher unwahrscheinlich.

Wer in allzu sensibler Weise jede Kritik, jedes Missgeschick oder auch eine Negativserie auf die Goldwaage legt oder leicht ins Grübeln gerät, sollte versuchen diese übertriebene Gewissenhaftigkeit abzulegen. Ein Witzchen, der Versuch über den eigenen Schatten zu springen, also wegzukommen von der zynischen Prinzipienreiterei, oder eine lustige Begebenheit kann den erhofften Ausgleich in einen turbulenten Alltag hineinbringen und die vermisste Harmonie oder das innere Gleichgewicht auch gegenüber dem Partner wiederherstellen.

Gern wird unterschätzt, dass es im harten Arbeitsalltag auch von sehr großer Bedeutung sein kann, sich nach innen und nach außen in der verbalen Kommunikation mit anderen abzugrenzen. Der situationstypische Gruppendruck oder die an der Teamaufgabe angedockte Gruppendynamik in gewachsenen oder künstlich zusammen-

1 *Dies.: Faßbinder et al.: Depression – Therapy tools 2015, S. 1 Vorwort*

gestellten Teams kann für einen Newcomer eine echt harte Nuss sein. Da kommt es nicht selten auf das Quentchen Glück und das vielzitierte Fingerspitzengefühl bei der Strukturerkennung, aber auch in der Detailorientierung im Gespräch mit dem Gegenüber an. Wer weder als Elefant im Porzellanladen auftritt und auch nicht in der Tagesrolle als „Mimöschen oder Sensibelchen vom Dienst" sein Glück versucht, kann dann nach allen Regeln der Kunst die besten Karten für sich ausspielen. Auf jeden Fall kommt es auf das dosierte Durchsetzungsvermögen an. Jeder sollte versuchen, in einer neuartigen oder als neuartig erfahrenen Lebenslage für sich herauszufinden, wie und wodurch er die besten Pluspunkte einfahren kann. Das erfordert in der Beginnphase eines Teambildungsprozesses zwar etwas an Mühe und Anstrengung, insbesondere wenn sich die ein oder andere Enttäuschung einstellt. Auf diesen erarbeiteten, manchmal sehr hart erkämpften Erfahrungswerten kann ich aber später als jetzt geachteter, respektierter und beliebter Teamplayer sehr schön aufbauen. Das Glück fällt einem eben nicht in den Schoß und die begehrten Trauben oder Kirschen hängen oft sehr hoch am Baum und schon gar nicht fliegen sie einem in den Mund wie gebratene Wachteln. Solche Bilder sind es, welche auch einen therapeutischen nicht zu verachtenden Wert in sich bergen und im Therapieverlauf eine für den Rehabilitanden schätzenswerte und unverzichtbare Wirkung für den Genesungsprozess und damit für die sozialpsychologische Regeneration entfalten können.

Es kommt dann speziell in entscheidenden Gesprächs- und Verhandlungssituationen darauf an, zum einen den kühlen Kopf zu bewahren, zum anderen aber auch das richtige Mischungsverhältnis in dem gewählten Verhaltensstil, der Körpersprache und in Bezug auf Extrovertiertheit und Introvertiertheit für sich zu bestimmen. Dieses goldene Mischungsverhältnis aus dezenter Vorsicht und selbstbestimmtem und höflich korrekten Auftritt kann die Zauberformel beinhalten und auch den richtigen Schachzug im Verhandlungsgespräch vorbereiten und damit den Verhandlungserfolg erleichtern. Auf keinen Fall sollte das Ziel mit der Brechstange angegangen werden und immer gleich das Ganze in den Blick genommen werden. Denn auch der andere möchte ein Stück vom gebackenen Kuchen abbekommen. Auch ein zu passives und ebenfalls ein nur auf Defensive orientiertes Verhalten kann vom Gegenüber als unerfahrene Blauäugigkeit und ahnungslose Naivität eingeschätzt werden. Finden Sie die magische Formel für sich selbst, um aus den turbulenten Irrungen und Wirrungen des chaotischen Miteinanders zu entkommen. Bieten Sie dem Getümmel des Alltags die Stirn und öffnen Sie für sich trotzdem die richtige Tür mit dem passenden Schlüsselkopf, damit sie aus dem Teufelskreis herausfinden.

Natürlich kann auch die Wahl der angemessenen Kleidung für den jeweiligen Anlass ein bedeutsamer Faktor sein. Die realistische Terminorientierung, insgesamt also die regelmäßige und konzentrierte Vorbereitung auf ein professionelles, privates oder

geschäftlich merkantiles Treffen will gelernt sein. Es macht eben den entscheidenden Unterschied, ob ich in verwaschenen Jeans oder in elegant legerer Mode zu einem Termin mit dem örtlichen Bürgermeister, dem einflussreichen Landtags- oder Bundestagsabgeordneten oder dem Herrn mit Einstellungs- und Personalverantwortung, dem Firmenchef, dem namhaften Politiker oder dem Universitätsprofessor erscheine. Auch hier kann das Lebensmotto zur Folge haben, dass es keine zweite Chance gibt. Der depressiv geneigte Mitbürger sollte im eigenen Interesse eher helle farbige Kleidung und frische modische Farben bevorzugen. Von dieser erfrischenden Einstellung für die Außenwirkung und den persönlichen Auftritt kann eine sehr erhellende und neue Möglichkeiten eröffnende Wirkung ausgehen.

Der bundesdeutsche Therapiemarkt mit sehr vielen approbierten Arztambulanzen in Neurologie und Psychiatrie sowie Psychosomatik, mit hochspezialisierten Fachleuten der Gruppe der Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Heilpraktikern (Fachgebiet der Homöopathie) und anderen dem Therapiemarkt zugeordneten Berufsgruppen versucht mit ständig novellierten und innovierten Rezepturen die beworbene Zielgruppe der Patienten mittels moderner Behandlungstechniken mit angeblich erstaunlicher Wirkung zu gewinnen und versucht für dieses Ziel die unterschiedlichsten Patientenaktivierungen zu inszenieren. Dazu gehören in manchen Fällen wirklich geeignete und anwendbare Psychotherapiesitzungen, patientenzentrierte Sensibilisierungen, tiefenpsychologische Hypnoseverfahren, angewandte Tiefenpsychologie wie die Psychoanalyse, körperzentrierte Therapietechniken im Dienst für einen nur schwer beurteilbaren multifaktoriellen, aber wenig kontrollierbaren Behandlungserfolg.

Die erprobten sozialmedizinischen Methodiken für den Patientenkreis werden in vielen Fällen eingesetzt mit der Hauptzielsetzung, diesen zum einen zu heilen, zum anderen aber natürlich auch die Selbstheilungskräfte der KlientenInnen zu stärken und die Zielgruppe für die eigene Praxis anzuwerben. Die innovativen und partizipativen Eroberungsversuche der Therapieinstitute und das qualitative Angebotspotential für das depressive Patientengut und die Ausschöpfungsquote des möglichen Heilungspotentials kann als erfreulich gut konstatiert werden. Ebenso wie die individuellen Patientenbindungstaktiken durch Rückruf- und Kontaktpflegemaßnahmen gern vom Patientenstamm angenommen werden, sind die einzelnen Aktivitäten von Arztpraxisseite zudem in den meisten Fällen sehr erfolgreich und erfindungsreich. Die Not macht bekanntlich nicht selten erfinderisch, besonders in Zeiten, in denen es einmal nicht so gut läuft in der Psychotherapiepraxis.

Der wirtschaftliche Zwang für eine wirtschaftlich optimale Praxisstruktur und Praxisorganisation ist in Anbetracht der Quantität und Qualität der Praxisneugründungen

oder -übernahmen nachvollziehbar. PatientenInnen im Wartezimmer und in den Behandlungsräumen werden Flyer, Visitenkarten und Hochglanzbroschüren mit der Anpreisung angeblich einzigartiger Behandlungskonzepte gut sichtbar präsentiert. Dabei nimmt die Bedeutung praxiseigener Internetseiten mit einer Veröffentlichung des Leistungsbildes der Praxis immer mehr zu. Recallmethoden per Telefon oder Postkarte, eingereicht als standardisierte Befragung für länger nicht mehr behandelte PatientenInnen, werden ebenfalls von Fall zu Fall je nach Praxissituation gestartet, und vieles mehr an psychotherapeutischen Finessen im Wettbewerb sowie im Werben um die Gunst jedes einzelnen Patienten.

Die therapieimmanenten Werbeserien werden aus dem Grund in das Behandlungsangebot implementiert und gestartet, damit dauerhaft mittels sehr raffinierter Patientenbindungsverfahren der Patientenkreis zu begeistern ist. Die positive Imagepflege steht verständlicherweise dabei im Vordergrund jeglicher Praxispräsentation im Innen- wie im Außenverhältnis. Der einzelne Patient soll zufrieden gestellt werden mittels einer Zufriedenheitsstatistik oder mittels Einstufungstabellen im Internet von Arztbeurteilungsbörsen wie Jameda[1]. Es wird dabei nichts dem Zufall bzw. unversucht gelassen, um die Spezies Patient möglichst konstant bei der Stange zu halten und zufrieden zu stellen. Es werden auf dem finanziellen Sektor weder Mühen noch Kosten gescheut, und nach einer gewissen Zeit amortisieren sich in der Regel die dafür eingesetzten finanziellen Mittel. Der wirtschaftliche Erfolg der Psychotherapiepraxis steht aber in nicht wenigen Fällen oft an erster Stelle. Das Patientenwohl wird dabei in manchen Fällen gern zurückgedrängt oder in eine subdominante oder marginale, aber auf keinen Fall prioritäre Position delegiert. Dabei stehen die wissenschaftlichen, semiwissenschaftlichen und pseudowissenschaftlichen Therapiephilosophien und Therapiekonzepte in einem ständigen wissenschaftlichen und methodologischen Wettstreit miteinander.

Der sozialtherapeutische (weitgehend freipraktizierend und unkontrolliert agierend) Behandlungsmarkt im Gegensatz zum psychosomatischen/medizinisch kontrollierten Therapiemarkt wird ununterbrochen beworben von den Pharmafirmen, der Medizintechnik, den Ärzteverbänden zwecks angeblich oder tatsächlich revolutionär neuartiger Optimierungen für sehr kostenintensive innovative Heilmethoden mit manchmal skurril anmutenden Kuren, exotisch daherkommende Rehabilitationstechniken zwecks Patientenaktivierung und andere Arten des Heilens. Dabei wird der Therapieerfolg – so kann man den theoretischen Verdacht formulieren – sehr gern hinter das Prinzip der Gewinnmaximierung in der Therapiephilosophie gestellt. Bisher nicht gekannte Sensibilisierungen, spirituelle und esotherische Therapietechniken schießen dabei wie Pilze aus dem Boden im Konzert mit den unterschiedlichs-

1 *www.jameda.de*

ten plurifaktoriellen Behandlungstechniken, alles zum Wohlergehen und mit sehr raschem oder gar per Rezept garantierten Erfolg. Wer es glaubt wird selig, mag man im Geiste ergänzen.

Die sozialmedizinischen Methodiken generieren ständig neue Praxismethoden und Behandlungsformen. Sie alle – gemeint sind die medizinisch anerkannten und in „wissenschaftlichen Tests“ überprüften Behandlungsformen auf der Grundlage der vielfältigsten methodologischen Systematiken – stehen in einem ständigen wissenschaftlichen Konkurrenzverhältnis zueinander.

Die Auswertung der transkribierten Interviews (sogenannte narrative Interviews auf eine offene Fragestellung) und offen geführten Gesprächsrunden bildet einerseits die episch prosaische Grundlage für diese Dokumentation und andererseits aber auch die empirisch wissenschaftliche Auswertungsbasis für noch nicht vorgenommene Interpretationen und ungeklärte Anamnesen. Die gesundheitsproblematischen Einzelschicksale, ebenso wie die sich aus den Einzelfallschicksalen ergebenden spannenden Fragestellungen und schwerwiegenden Antworten auf die wirklich entscheidenden, oft medizinisch und psychosomatisch äußerst schwierig behandelbaren Diagnostiken bilden die Kernthematik dieser Analyse und Auseinandersetzung mit einem äußerst schwierigen Segment auf dem von mächtigen Pharmafirmen und unbezwingbaren Ärztelobbys mit den beiden Spitzenverbänden – dem Marburger Bund und der Bundesärztekammer – beherrschten Gesundheitsmarkt. Den ständigen Gegenspieler auf Patientenseite stellt wohl der Gesamtverband der kassenärztlichen Vertretungen dar (GKV) mit einer im Gegensatz dazu überschaubaren Einflussnahme auf das komplette Gesundheits- und Therapiegeschehen.

1. Der ereigniszentrierte skalierte Stresswert und die erlebte oder gefühlte Stressintensität im Selbsttest

Die anerkannte Wissenschaftsjournalistin Christina Berndt hat ein Standardwerk zur Resilienzforschung vorgelegt, welches nicht nur der Würdigung und respektvollen Anerkennung verdient, sondern jeden betroffenen Mitpatienten bezüglich des Aufbaus der Widerstandskraft und der Selbstresilienz aufhorchen lassen sollte. Sie greift in ihrer Buchpublikation ein Forschungsergebnis der amerikanischen Psychiater Thomas Holmes und Richard Rahe mit einer Skala von 43 Stresssituationen auf.

Die entstandene „Social Readjustment Rating Scale kann helfen, die Bedeutung aufregender Ereignisse für die Gesundheit einzuschätzen. Dazu haben Holmes und Rahe allen Ereignissen Stresswerte von 0 bis 100 zugewiesen. Dass die Skala für verschiedene Ethnien ebenso gilt wie über kulturelle Grenzen hinweg – etwa nach Malaysia oder Japan – ist von anderen Wissenschaftlern längst bestätigt worden.“

Rang	Ereignis	Stresswert	Rang	Ereignis	Stresswert
1	Tod des Ehepartners	100	15	Veränderung im Beruf	39
2	Scheidung	73	16	Einkommensverände-rung	38
3	Trennung vom Ehepart-ner	65	17	Tod eines nahen Freundes	37
4	Haftstrafe	63	18	Wechsel des Berufes	36
5	Tod eines nahen Famili-enangehörigen	63	19	Veränderte Zahl an Auseinandersetzungen mit dem Partner	35
6	eigene Verletzung oder Krankheit	53	20	Aufnahme eines hohen Kredits	35
7	Heirat	50	21	Kündigung eines Dar-lehens	30
8	Verlust des Arbeits-platzes	47	22	Veränderung im beruf-lichen Verantwortungs-bereich	29
9	Aussöhnung mit dem Ehepartner	45	23	Kinder verlassen das Elternhaus	29
10	Pensionierung	45	24	Ärger mit der angehei-rateten Verwandtschaft	29
11	Änderung im Gesund-heitszustand eines Familienangehörigen	44	25	großer persönlicher Erfolg	28
12	Schwangerschaft	40	26	Anfang oder Ende der Berufstätigkeit des Partners	26
13	Sexuelle Schwierig-keiten	39	27	Schulbeginn oder Schulabschluss	26
14	Familienzuwachs	39	28	Änderung der Lebens-umstände	25

Rang	Ereignis	Stresswert	Rang	Ereignis	Stresswert
29	Änderung persönlicher Gewohnheiten	24	37	Niedrige Schulden	17
30	Ärger mit Vorgesetzten	23	38	Änderung der Schlafgewohnheiten	16
31	Änderung von Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen	20	39	Änderung der Häufigkeit familiärer Zusammenkünfte	15
32	Umzug	20	40	Änderung der Essgewohnheiten	15
33	Schulwechsel	20	41	Urlaub	13
34	Änderung der Freizeitaktivitäten	19	42	Weihnachten	13
35	Veränderung in der Gemeinde/Kirchentätigkeit	19	43	Gerinfügige Gesetzesübertretungen	11
36	Änderung der sozialen Aktivitäten	18			

Quelle: Christina Berndt: „Resilienz – Das Geheimnis der psychischen Widerstandskraft – Was ist eigentlich wie stressig?", S. 219 – 221

Die Resilienz als originär menschliche Widerstandskraft ist in Analogie zu den genannten lebenskritischen Ereignissen im Verlauf des curriculum vitae (CV) erheblichen Belastungssituationen und Herausforderungen ausgesetzt. Nicht jeder Mensch verfügt über eine zu jedem Zeitpunkt gleiche Belastungsfähigkeit. Daher ist eine vereinfachte Übertragung der Skalenwerte auf die Gesamtheit aller Menschen oder eine bestimmte Population so einfach nicht möglich. Denn wir befinden uns alle in wechselhaften von Leistungsschwankungen betroffenen Seelenzuständen und psychologischen Verfassungen. Die Skalenwerte von Holmes und Rahe wurden allerdings von verschiedenen Forschungsstudien bestätigt. Demzufolge sind sie als grundlegende Orientierungsskala nicht in Frage gestellt und vermögen eine aussagekräftige Einordnung des betreffenden Lebensereignisses in stressrelevanter Interdependenz.

Es kann auch geschlussfolgert werden, dass diese skaliert dargestellten Belastungssituationen vom jeweiligen Individuum eine unterschiedliche gehörige stressresiliente

Anstrengung verlangen, um mit den ausgelösten Schwierigkeiten, dem verursachten Ärger und den stressbedingten Nachteilen durch die Stressereignisse für die weitere Lebensplanung zurecht zu kommen. Über dieses resilienztypische Konstrukt – und welche weiteren Resilienzereignisse und Resilienzkompetenzen als hilfreiche Resilienzkomponenten zu berücksichtigen sind – wird in der vorgenommenen Analyse von Stressskalenwerten noch keine nähere statistische Evaluierung vorgenommen.

2. „Wie resilient bin ich?“ im Selbsttest

„Wie widerstandsfähig ein Mensch ist, lässt sich mit Hilfe eines Fragebogens recht zuverlässig bestimmen. Wissenschaftler um Karena Leppert vom Universitätsklinikum Jena haben diesen Fragebogen entwickelt und für die deutsche Bevölkerung wissenschaftlich erprobt. Mit Hilfe der Resilienzskala <RS>13 kann jeder für sich herausfinden, über wieviel persönliche Widerstandskraft er verfügt.” (vgl. Leppert et al., 2008, siehe S. 250). „In wieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu ? ... Vergeben Sie bitte für jede der folgenden Feststellungen 1 bis 7 Punkte. Vergeben Sie umso mehr Punkte, je mehr die Aussagen im allgemeinen auf Sie zutreffen, das heißt, wie sehr Ihr Denken und Handeln durch die Aussagen beschrieben wird.”[1]

	1 Punkt = „Ich stimme nicht zu“ und 7 Punkte = “Ich stimme völlig zu“							
1	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich Sie auch.	1	2	3	4	5	6	7
2	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	1	2	3	4	5	6	7
3	Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.	1	2	3	4	5	6	7
4	Ich mag mich.	1	2	3	4	5	6	7
5	Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	1	2	3	4	5	6	7
6	Ich bin entschlossen.	1	2	3	4	5	6	7
7	Ich nehme die Dinge, wie sie kommen.	1	2	3	4	5	6	7
8	Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	1	2	3	4	5	6	7
9	Normalerweise kann ich eine Sache aus mehreren Perspektiven betrachten.	1	2	3	4	5	6	7
10	Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	1	2	3	4	5	6	7
11	Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.	1	2	3	4	5	6	7
12	In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was gemacht werden muss.	1	2	3	4	5	6	7
13	Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle mögen.	1	2	3	4	5	6	7

1 *Leppert K. et al. 2008, S. 250 In: Berndt C.: Resilienz 2013, S. 112,113*

Auswertung:[1]

Addieren Sie nun alle Punkte. So wird sich ein Wert zwischen 13 und 91 ergeben. Dabei weist ein hoher Wert auf eine große Ausprägung von Resilienz hin, ein niedriger Wert dagegen auf eine geringe psychische Widerstandskraft.

„Wenn Sie mehr als 72 Punkte haben, wirft Sie so schnell nichts um. Sie können mit den meisten Belastungen umgehen und sind den Anforderungen Ihres Lebens gewachsen. Manche Situationen erscheinen Ihnen als durchaus schwierig. Aber Sie sind in der Lage, flexibel auf Schicksalsschläge zu reagieren und so eine Lösung zu finden, die zu Ihnen passt und Sie weiterbringt.

Wenn Sie zwischen 67 und 72 Punkte haben , dann haben Sie eine durchschnittliche Widerstandskraft. Sie finden meist Lösungen für Ihre Probleme, auch wenn diese Sie mitunter viel Kraft kosten. Im allgemeinen finden Sie ohne fremde Hilfe wieder neuen Lebensmut.

Wenn sie weniger als 67 Punkte haben, dann sind Sie wenig belastbar. Auftretende Probleme werden für Sie oft zu einer Lebenskrise. Ihre Resilienz ist nicht sehr groß. Um das Risiko für Depressionen und körperliche Erkrankungen zu mindern und Ihre Lebenszufriedenheit zu erhöhen, sollten Sie aktives Stressmanagement betreiben und durchaus auch psychologische Hilfe in Anspruch nehmen, wenn Sie sie benötigen.“

Grundsätzliche Erwägungen zur systemischen Resilienz in der auf Alltagshandlungen bezogenen Theorie- und Praxisabwägung gehen davon aus, dass „ohne ein gewisses Maß an Resilienz ginge es auch gar nicht. Tagtäglich begegnen uns Herausforderungen, immer wieder müssen wir uns Problemen stellen – und gehen daran in aller Regel nicht zugrunde.“

Ein Zitat des Soziologen Bruno Hildenbrand, der sehr viele Publikationen zur Resilienz veröffentlicht hat, trifft den Themenzusammenhang sehr genau: „Seit der Vertreibung des Menschen aus dem Paradies stellt die Krise und nicht die Routine den Normalfall menschlichen Lebens dar.“[2] Er sieht im Lichte der Resilienztheorie das Leben als eine Ereigniskette zur Bewältigung von Krisen als eine Aufeinanderfolge von Aufgaben der unterschiedlichen Schwierigkeitsgrade stets zwischen Über- und Unterforderung. Dabei kommt es auf eine grundsätzliche Gelassenheit an, nämlich die Grundhaltung, dass wir unser Leben positiv im Griff haben. Ob der Forscher dabei eine realistische Perspektive in der Diskussion um resilienzbezogene Gesundheitsmo-

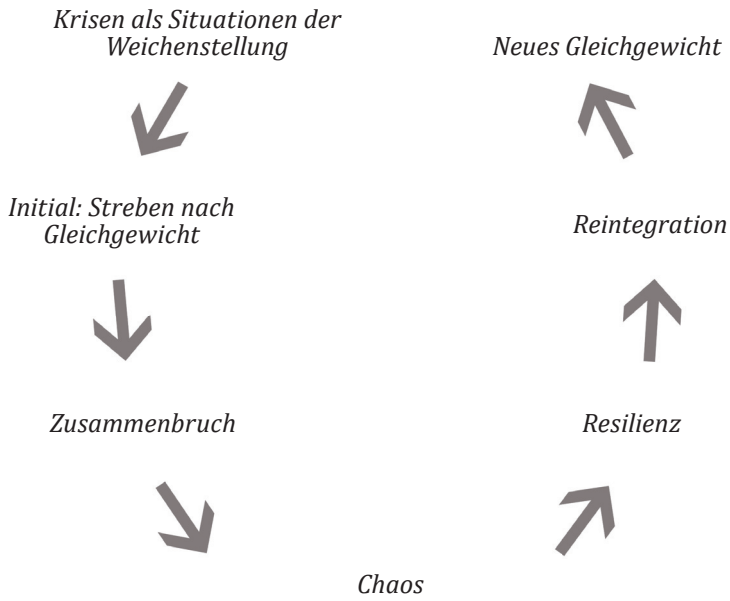
1 *Berndt C.: Resilienz – Das Geheimnis der psychischen Widerstandskraft, S. 112 – 114*
2 *Hildenbrand Bruno: In: Bernd C.: a.a.O., S. 114*

delle einnimmt, kann einer späteren Reflexion vorbehalten bleiben, nämlich dann, wenn das Resilienzmodell der Theorie der Salutogenese[1] gegenüber gestellt wird.

Die resilienztheoretischen Überlegungen und praxisbezogenen Handlungsanleitungen von Prof. Bruno Hildenbrand von der Friedrich Schiller Universität Jena sollten an dieser Stelle gewürdigt und in die metatheoretische Bearbeitung der Resilienzthematik einbezogen werden.

Resilienz und Krise: Ein Konzept[2]

Der Soziologieprofessor Bruno Hildenbrand versteht den Resilienzprozess als einen nicht endenden Prozess vergleichbar einem „Wendeltreppenprozess". Ein weiteres Verlaufsschema kann zur Plausibilisierung des Konzeptmodells beitragen.



1 Die Salutogenese (Gesundwerdung) ist ein auf den Medizinsoziologen Aaron-Antonovsky (1923-1994) zurückgehendes Resilienz-Modell, das die kognitiven Bewältigungsstrategien zur Abwendung von Gesundheitsrisiken betont.
2 Hildenbrand B.: Resilienz schützende Faktoren - In: Gedeihen trotz widriger Umstände, S. 7-9, Institut für Soziologie der Friedrich Schiller Universität Jena, Modellprojekt zur nachhaltigen Verbesserung einer berufsfördernden Integration durch Informations- und Kommunikationstechnologien (Equal, gefördert durch die EU 2005-2008)

Krisenbewältigung als nicht endender Prozess:

- » Leben gleich Krisenbewältigung
- » Erfolgreiches Bewältigen einer Krise stärkt für die kommenden Krisen Wendeltreppenmodell)
- » Krisenbewältigung geschieht in Mikroprozessen des (beruflichen) Alltags

3. Systemische Resilienz im Unterschied zum neurolinguistischen Programmieren NLP und im Unterschied zur Elternarbeit in der klassischen Familientherapie

Die hier vorgestellten Therapie- und Behandlungsmethoden, welche auch geeignet sind, Formen des Hospitalismus in heimstationären Einrichtungen wie in Altenheimen, Heimen zur außerfamiliären Unterbringung von Kindern und Jugendlichen therapeutisch anzugehen, sollten zum besseren Verständnis und zur Einordnung auch gegenüber der klassischen Familientherapie und der Methode des neurolinguistischen Programmierens eingeordnet werden. Zur Methode NLP schreibt Renate Biebrach: Der wichtigste Schlüssel, um die jeweils richtige Tür im Leben öffnen zu können, ist das **„Wissen – wer ich bin und was ich will.“**[1]

„Ich möchte eine kurze Übung vorstellen, ein kleines stilles Ritual aus der Achtsamkeitsbewegung, das mir selbst mitten im beruflichen Alltag, am Schreibtisch, während einer Konferenz, im Stehen, im Gehen ein sicheres Gefühl dafür zurückbringt, wer ich bin und was ich will. Halten Sie einen Moment inne und fragen Sie sich: Wie geht es mir?

a. Welche Botschaft schickt mir mein Körper? Alles im Fluss? Oder gibt es verspannte Stellen? Dann schicken Sie Liebe dorthin!

b. Welche Botschaft schickt mir mein Gefühl? Alles in Ordnung oder gibt es eine Störung? Dann danken Sie für die Botschaft!

c. Was beschäftigt meinen Geist? Gibt es hier etwas zu lernen? Oder bin ich unkonzentriert? Treibt mich etwas um? Dann legen Sie fest, wann Sie sich damit beschäftigen werden.

d. Welche Botschaft hat meine Seele für mich? Ist es stimmig und gut, was wir hier machen? Dient es dem Ganzen - oder sind wir auf einem Irrweg? Dann danken Sie der Seele für die Botschaft.

1 *Wellensiek S.K.: Handbuch Resilienz – Training 2011*

e. Nehmen Sie jetzt bewusst wahr, dass Sie selbst die Instanz sind, die diese Botschaften empfängt und verarbeitet. Sie entscheiden. Das ist der Schlüssel.“[1]

Die dargestellte Methode repräsentiert eine klassische Verfahrensweise innerhalb des neurolinguistischen Programmierens (NLP gem. DVNLP).

Demgegenüber handelt es sich bei der systemischen Resilienz in erster Linie nicht um eine Methode zum Programmieren oder um eine Therapiemethode zur aktiven Behandlung. In erster Linie verstehe ich die systemische Resilienz als eine innere Einstellung als eine kognitive Wertschätzung und Haltung, und wenn überhaupt erst in einem zweiten Schritt kann daraus auch eine Strategie und eine Systematik abgeleitet und entwickelt werden, um mit einer Krise und einer Problematik besser fertig zu werden.

Die themen- und therapiewissenschaftliche Abgrenzungsmöglichkeit speziell zum familientherapeutischen Ansatz lässt sich an Hand der Veröffentlichung von Bärbel Hofer verdeutlichen. Sie geht davon aus, dass es im Wesentlichen darauf ankommt, „beziehungsfördernde bzw. beziehungserhaltende Maßnahmen“ in der Klient/Therapeut-Kommunikation und in der Familienarbeit einzuleiten.

„Zum Ja kommen und dort bleiben[2]
Feste Struktur in der Zusammenarbeit, Familienarbeit als ‚begleitendes Pflichtprogramm’ während der Unterbringung des Kindes:

a. Organisatorische Absprachen, Informationsaustausch, phasenweise ggf. auch ‚nur Kaffee’ trinken, lockere Gespräche, Hausbesuche zur Beziehungspflege.

b. Problemdefinition aufrecht erhalten, damit das Problemsystem (Familie – Helfer) nicht zerfällt.

c. Verantwortung für das Zustandekommen der Gespräche übernehmen (Hinterherlaufen).

d. Strukturen schaffen, die die Eltern in der Verantwortung lassen (Ressourcen!!!), z. B. Hausaufgabenbetreuung, Verantwortung für Arztbesuche etc., Wertschätzung elterlicher Kompetenz.

---

1 Renate Biebrach: Zwischen Anpassung und Widerstand, Kommunikation&Seminar 5/2104, S. 44
2 Hofer B.: Qualifizierungsangebote für MitarbeiterInnen zur Elternarbeit In: Unsere Jugend, 1/2005, S. 2 -9

e. Hospitationen: Für manche Eltern ist die Anschauung bzw. das konkrete pädagogische Handeln eine notwendige Voraussetzung, um ins Gespräch zu kommen.

f. Fokus auf das, was gut klappt.

Sozialpädagogische und therapeutische Familienarbeit ist auf verlässliche und wechselwirksame Langfristigkeit in der Zusammenarbeit der Beteiligten angelegt, wenn sie Erfolg haben kann. Positive Kurzzeiterfolge sind zwar sehr erfreulich, können aber keinen tragfähigen Vertrauensaufbau für die Zukunft gewährleisten. Dazu bedarf es sicherer Finanzierungshilfen der Kostenträger und eines sehr versierten Umganges mit den eingeführten Methodenbausteinen. Familienarbeit, die alle mitnimmt auf dem Prozess für eine auf Bildung, Zusammenhalt und eine nachhaltige Beziehungspflege sowie auf die familieninternen und familienexternen Problemlösungen fokussierte Betreuungsarbeit ist ein langfristiger, manchmal auf Jahre hin angelegter Betreuungsprozess."

4. Die Salutogenese, das Gesundheitsmodell von Aaron Antonovsky

Der salutogenetische Ansatz beschäftigt sich im Gegensatz zur Pathogenese mit einem an der gesunden Entwicklung orientierten systemischen Theoriemodell , d. h. einer Vorstellung von „menschlich anthropologischem Gesundsein". Dieses Modell geht auf die Erforschung und die erkenntnisleitenden Versuche des amerikanischen Wissenschaftlers Aaron Antonovsky, der 1923 in Brooklyn New York City geboren wurde und 1994 in Israel verstarb, zurück.

„Der salutogenetische Ansatz bezieht sich ganz im Gegensatz zur Pathogenese nicht auf die Frage ‚Warum wird der Mensch krank', sondern eben mit der Fragestellung: ‚Was hält ihn gesund'. Gerade am Anfang seiner Forschung stand Antonovsky in der akademischen Welt mit seinem Ansatz ziemlich alleine da, ist sein Ansatz doch völlig kontrovers zur klassischen Medizin zu betrachten. Doch Antonovsky bzw. die Salutogenese schließt die Pathogenese grundsätzlich nicht aus, sondern bedient sich ihr genau so als Ressource für die Gesundheit.

Für Antonovsky bewegt sich der Mensch ständig auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit. Damit sich das Verhältnis beider Variablen im Gleichgewicht befindet oder vielleicht sogar mehr Richtung ‚Gesundheit' ausschlägt, nutzt er verschiedene, ihm zur Verfügung stehende Ressourcen. So definierte Antonovsky den Begriff des ‚Sense of Coherence' (SOC) zu Deutsch ‚Kohärenzsinn', welcher die Fähigkeit eines Menschen beschreibt, die ihm gebotenen Ressourcen zu nützen, um sich gesund zu halten. Diese Ressourcen können je nach sozialem Umfeld und Umwelt ganz unterschiedlich sein. Nun kommt nach Antonovsky der SOC ins Spiel, denn es

stellt sich nun die Frage, warum zwei Menschen, die dem gleichen Stress ausgesetzt sind und dieselben Ressourcen zur Verfügung haben, dennoch so grundsätzlich verschieden reagieren. Eine Person wird krank, die andere bleibt gesund. Das schließt Antonovsky auf den unterschiedlich stark ausgeprägten SOC beider Personen."[1]

In diesem salutogenetischen Kontext sei auf die Unterscheidung von zwei generell gegensätzlichen (dyadischen Antipoden) Stressarten/Stressfaktoren verwiesen. Nach einem Konzept von Hans Selye unterscheidet man zwei Stressarten: negativer Stress = Distress, Dysstress (englisch: disstress) und positiver Stress, mit dem Alternativbegriff „Eustress" bezeichnet.

Die negative Stresswirkung steht dabei für die unangenehme, überfordernde, die bedrohliche Stresskomponente. Auch die Häufigkeit des externen oder internen Stressreizes (engl. = cue für den Reizimpuls als Stressinput, z. B. ein zugefügter äusserer Schmerzreiz) ist für die Verarbeitung und das Erleben des Stressphänomens von Bedeutung. Auch ein gefühlter und vorgestellter Stressindikator kann die gleiche positive oder negative Wirkung beim Menschen oder beim Tier auslösen. Die Möglichkeit zur Verarbeitung von Stressoren im beruflichen Wettbewerb, in einer sportlichen Übung oder in einem mediatorischen Gespräch oder aber in Form einer libidinös erotischen Entlastungsvariante kann mitverantwortlich dafür sein, wie belastend oder entlastend die stressige Situation sich auswirken kann. Die Frage, ob ein stressbeladenes Phänomen die Gesundheit fördert oder schädigt, kann eine gezielt für das Theoriemodell der Salutogenese interessante wissenschaftliche Fragestellung sein.

Emotional und gesundheitlich problematisch im Verständnis der Salutogenese für den Menschen kann der sogenannte Disstress d. h. der negative, der im Prinzip schwerer zu verarbeitende Stressimpuls bleiben. Mit dem Eustress, also dem positiv erfahrenen Stressimpuls werden belebende, inspirierende und positiv entlastende Erlebensgefühle und emotionale Verarbeitungsmuster assoziiert. „Disstress führt zu einer stark erhöhten Anspannung des Körpers (Ausschüttung bestimmter Neurotransmitter und Hormone, z. B. Adrenalin und Noradrenalin)."[2]

1 Die Salutogenese im Verständnis von Aaron Antonovsky nach einem wörtliches Zitat aus dem Quellenverzeichnis von Wikipedia. Zur Erklärung und zum Verständnis für die Zitation aus dem Internet: Wissenschaftliche Buchliteratur ist zu diesem Zeitpunkt nicht verfügbar.
2 Vgl. Wikipedia, Stressoren und Stressfaktoren bei Tieren und Menschen, a.a.O.

5. Eine modern(e)/istische Kritik an der strukturfunktionalistischen Rollentheorie von Jürgen Habermas und Talcott Parsons

Vor dem theoretischen Horizont, dass auch von sozialisationstheoretischen Überlegungen eine direkte oder indirekte Beeinflussung der menschlichen Gesundheit ausgehen kann, seien die Bestrebungen, die Theoriegebäude und die theoriegeleiteten Erkenntnisgewinnungsprozesse der Frankfurter Schule in diesem Kapitel vorgestellt. Friedrich Kron würdigt in dem erziehungswissenschaftlichen Werk „Grundwissen Pädagogik“ (5. Verbesserte Auflage 1996) die sozialphilosophischen und sozialstrukturellen Entwicklungen in der Sozialisationstheorie durch die Frankfurter Schule.

In den theoretischen Vorüberlegungen wird deutlich, dass „1. das Sozial- und Gesellschaftssystem von integrierender und alles überspannender Mächtigkeit ist. 2. Das Persönlichkeitssystem wird damit durch das Gesellschaftssystem und alle in ihr vorgeordneten Subsysteme überformt. ... Diese Erkenntnis führt zu pädagogisch zentralen Einsichten in Bezug auf Motivation und Identität des Persönlichkeitssystems“ Kron 1996, S. 120). Dann wird in einem nächsten Abschnitt die Argumentationslinie entwickelt, damit der Zusammenhang der menschlichen Motivation mit der Gesellschaftstheorie erklärbar wird:

„Unter Motivation sei in diesem Kontext verstanden,

a. Eine Bezeichnung für intervenierende Prozesse, die das Verhalten u. a. hinsichtlich der Erreichung von Zielen mitbestimmen und die u. a. auf Antrieben, Bedürfnissen und Trieben beruhen.

b. Ein hypothetisches Konstrukt zur Erklärung von Verhalten und sozialem Handeln, mit dem dann eine Antwort auf die Frage gegeben werden kann, warum ein Mensch dieses oder jenes in einer bestimmten Situation tut oder nicht.

c. Biologisch-homöostatische Faktoren wie z. B. Hunger, Durst, Schlaf und soziale Momente wie z. B. Anerkennung, Leistung; spezifische Erregungs- und Spannungszustände im Organismus, die sich auf soziale Situationen beziehen, z. B. unbewusste Motive, die das Verhalten und Handeln mitbedingen und somit kontrollieren oder ins Schlingern bringen können, also Prozesse, die von der Psychoanalyse her bekannt sind.“ (Wörterbuch der Psychologie, 1983, 232 Stichwort Motivation)[1]

1 *Kron F.: Grundwissen Pädagogik 1996, S. 120*

d. Der Zusammenhang der psychologisch individuellen Persönlichkeitstheorie mit der soziologischen Gesellschaftstheorie der kritischen Frankfurter Schule kann verdeutlicht werden, in dem die berühmtesten Repräsentanten dieser Wissenschaftsepoche mit den tragenden Thesen, Theorien und Hypothesen an dieser Stelle angeführt werden.

„Habermas hat in seiner berühmten Abhandlung ‚Thesen zur Theorie der Sozialisation (1968)' eine fundierte Kritik an der strukturfunktionalistischen Theorie von Talcott Parsons geübt. …. Jürgen Habermas betrachtet das Ich nicht nur als theoretisches Konstrukt in einem Theoriekonzept, sondern das Ich als eine lebendige Kategorie, welche das Theoriekonzept (gemeinsam mit dem eigenen Konzept) auch in die Praxis umsetzen will. Unter dieser Prämisse … kommt man in Bezug auf die handelnden Subjekte sozusagen aus der Sicht der Subjekte selbst zu dem Schluss, dass die Komplementarität der Rollen und die Reziprozität der Bedürfnisbefriedigung stets durchbrochen werden, z. B. durch die Spontaneität des Ichs, und die

a. Annahme, dass die Subjekte angesichts der bestehenden Repressionen lernen müssen, sich nicht einfach anzupassen, sondern lernen sich aktiv einzuordnen d. h. Komplementarität und Reziprozität aktiv auszuhalten und die durch die Spontaneität des Ichs erzeugten Konflikte aktiv zugunsten einer Ich-Identität zu lösen (Habermas). Die Fähigkeit hierzu nennt Habermas Rollenambivalenz oder auch Frustrationstoleranz. Hier ist ein Maß für das handelnde Subjekt gegeben, nämlich Rollen auszuhalten, Konflikte rational und befriedigend zu lösen, also ein Maß, mit dem man die handelnden Subjekte in einem für sie befriedigenden Handeln in der Lebenswirklichkeit nicht nur beobachten sondern auch begleiten kann.

b. Die zweite Annahme der strukturfunktionalistischen Rollentheorie besteht in der Kongruenz zwischen der Rollendefinition, wie sie einerseits vom System vorgegeben ist, und der Rolleninterpretation der handelnden Subjekte andererseits (Habermas); oder in der Terminologie ausgedrückt, zwischen den Anforderungen des Sozialsystems auf der einen und den Aktivitäten des Persönlichkeitssystems incl. des Organsystems auf der anderen Seite. ... Die Rollenstruktur ist dabei festgelegt.

c. Die dritte Annahme der strukturfunktionalistischen Rollentheorie beruht auf der Kongruenz zwischen einerseits geltenden Normen, also dem Außensystem, und andererseits den wirksamen Verhaltenskontrollen, und zwar des internalisierten Verhaltens, d. h. der Innenkontrolle durch das Über-Ich. Nach Habermas sind die Verhaltens- und Handlungskontrollen nicht nur von außen festgelegt, sondern sie sind auch bereits internalisiert.

Damit plädiert Habermas für ein Ich oder eine Ich-Identität, die sich in folgenden Fähigkeiten ausdrückt: 1. In der Frustrationstoleranz als Fähigkeit, Rollenwidersprüche auszuhalten, 2. In der Ambiguitätstoleranz, d. h. in der Fähigkeit Rollenwidersprüche aufzuweichen und 3. In der Rollendistanz, d. h. in der Fähigkeit Rollen zu interpretieren.

Er sieht das Ich oder die Ich-Identität als jene aktive Instanz im Ensemble aller Faktoren im Sozialisationsprozess an, auf der die Chance beruht, dass das Individuum nicht nur in einem organismischen Sinne lustvoll und erfolgreich handeln kann, sondern dass es auch in einem geistigen Sinne sich selbst, sein Handeln und die Welt an Prinzipien, z. B. der Freiheit, der Verantwortung, der Chancengleichheit, der allgemeinen Bildung u. a. m. orientiert. Er plädiert damit für ein aktives Es und für eine Aktivierung des Über-Ichs. Im Zentrum seiner Vorstellungen einer flexiblen Persönlichkeitsstruktur und -genese stehen aber das Ich bzw. die Ich-Identität."[1]

Wesentlicher in der heutigen Moderne zeigt sich neben der sehr relativierten Persönlichkeitstheorie von Jürgen Habermas und Talcott Parsons, dass es mehr und mehr auf Spezialisierung, aber auch auf Kreativität und originellen Erfindungsreichtum in unserer Zeit ankommen kann.

„Die Kritik von Habermas an der strukturfunktionalistischen Sozialisationstheorie hat gezeigt, dass Sozialisationsprozesse nicht als totale Anpassungsprozesse anzusehen sind, obwohl sie – von der Systemtheorie her gesehen – als solche aufgefasst werden können. Ohne die Sozialisation kann keine Persönlichkeit aufgebaut werden. Die ursprüngliche Offenheit der Menschenkinder durch Sozialisations- und Enkulturationsprozesse wird um jenen Preis eingeengt, der gesellschaftliche Handlungsfähigkeit genannt wird. Doch diese Prozesse müssen nicht total ablaufen. Es kann plausibel dargetan werden, dass das Individuum mit seiner Identität eine Kraft besitzt, die es ihm ermöglicht, sich aktiv in die Sozialisationsprozesse einzuschalten. Um dem Anspruch der Identität besser Rechnung tragen zu können, wird man Sozialisationsprozesse treffender mit dem Begriff Interaktion oder symbolische Interaktion belegen müssen. Damit ist der Blick allerdings von den gesellschaftlichen Zusammenhängen eher abgewendet und mehr auf die mikrosozialen und interaktiven Zusammenhänge hingelenkt, in denen das Individuum vielleicht eher die Chance hat, die kreative Stelle im System zu sein. Inwieweit eine solche Chance überhaupt theoretisch begründbar ist, kann in diesem Kapitel noch nicht erörtert werden." (Kron F.: ebenda; S. 127)

1 *Kron F.: Grundwissen Pädagogik – Der Sozialisationsprozess, S. 124 f.*

Die dargestellten Beiträge können die stabilisierende Bedeutung der kreativen Interaktion und der intelligenten Partizipation im direkten oder indirekten sozialräumlichen Umkreis verdeutlichen. Wem es gelingt, im mikrosoziologischen oder im makrosoziologischen Kosmos sozialdienliche Entscheidungen anzuregen, gemeinnützige Aktivtäten zu entfalten, und Eigeninitiative zu entfalten beim Aufbau sozialer Strukturen, begünstigt bei Beachtung der legalen Strukturen (der Gesetzgebung) die Fortentwicklung des Sozialsystems in durchaus systemresilienter Relevanz. Ob jemand dabei als Ehrenamtler eine demokratische, umweltpolitische, konservative oder liberale Volkspartei unterstützt, sich in der Ökologiebewegung, der Friedensbewegung einsetzt, bei Amnesty International mitwirkt oder als guter Nachbarschaftshelfer für SeniorenInnen, als guter Besuchspate oder Begleiter dem genannten Klientel die notwendige Unterstützung anbietet, ist dann von sekundärer Bedeutung für das Gesamtergebnis zum solidarischen Gemeinwohl.

6. „An apple a day keeps the doctor away“

Dieses Kapitel widmet sich der Funktion und dem Stellenwert der natürlichen Lebensführung und dem üblichen reflektierten Ernährungsverhalten sowie der Ursachenforschung von Schmerzphänomenen. Außerdem fragt es nach den lebensweltbezogenen Entstehungsbedingungen oder anderen Ursachen in der Entstehung von Persönlichkeitskrisen und legt den Forschungsfokus auf die differenziertesten Erscheinungsformen für Süchte, Depressionen und somatogen sowie psychosomatisch mitbedingten Verhaltensstörungen. In dem Abschnitt mit dem Titel „Die beste Apotheke ist der Frühstücks-, Mittags- und der Abendbrottisch“ werden Ernährungskomponenten und Verhaltensweisen im Umgang mit Lebensmitteln und Essstilen vorgestellt und – anhand von Einzelbeispielen verdeutlicht – hinterfragt.

Eine gezielte Prognose, welche Ernährungsmodelle, Lebensverhaltensmuster und hilfreichen Entspannungsverfahren depressiv Veranlagte vor einer Verschlimmerung des Krankheitsbildes schützen können, ist nur sehr schwer möglich. Es könnten in bestimmten Krankheitsphasen tatsächliche signifikante Korrelationen gegeben sein, die zur Abwendung der Depression von gesunden, möglichst wenig zuckerhaltigen, also glukosefreien Malzeiten ausgehen. Dazu werden konkrete Verhaltens- und Handlungsmodelle vorgestellt, die das Zusammenspiel von Ernährung und Philosophie näher beleuchten.

Spezielle Diäten für Menschen mit einer Lactoseintoleranz sind heute an der Tagesordnung. Nur bedeutet diese Spezialität, dass die Patienten auch zuvor den behandelnden Arzt informieren müssen und das Küchenteam mit dafür ausgebildeten DiätassistentenInnen personalisiert sein muss, damit dieser Unverträglichkeit in dem Behandlungsplan entsprochen werden kann. Andere Patienten verzichten von sich

aus auf Fleischprodukte, die einen hohen Prozentgehalt (reich) an tierischen Aminosäuren aufweisen, sind also Vegetarier, Lactovegetarier oder Veganer.

Empfohlen wird eine gesunde Ernährung, also eine organ- und körperverträgliche pflanzliche Kost, die zwar nicht gänzlich auf Wurst- und Fleischprodukte verzichtet, aber den pflanzlichen kohlenhydratreichen und zuckerfreien bzw. zuckerarmen Produkten (wenig Glukose), Gemüse, Obst und den Salaten das Hauptgewicht auf dem Küchentisch einräumt. Vorsicht sollten alle Diabetiker vom Typ 1 und 2 natürlich bei der Zuckeraufnahme generell an den Tag legen. Neben Problemen wie Hautausschlag, Diabetikerfuß und schlecht heilende Wunden können auch hartnäckige Pilzerkrankungen (Mykosen) der Haut und der Nägel durch Fadenpilze, Schimmel- oder Hefepilzbefall oder durch Dermatophyten verursacht werden. Einige Flechten und auch der Nagelpilzbefall (Onchyomykose) können, wenn auch nicht geheilt, so doch durch einen konsequenten Verzicht auf zucker- und alkoholhaltige Getränke und Speisen positiv beeinflusst werden.

Eine eher vom individuellen Geschmack mitinduzierte spirituelle Resilienzwirkung kann auch von inneren Lebenshaltungen ausgehen, wie sie in literarischen Zitaten berühmter Persönlichkeiten enthalten sind mit den damit verbundenen philosophischen Vorstellungen von menschlichen Haltungen, Lebensprinzipien und Einstellungen gegenüber Zeitepochen wie Krieg oder Frieden, dem Umgang mit extremen Lebenswirklichkeiten zwecks Bewältigung von Krisen wie Hunger, Not, Krankheit, Unfall und Elend. Um einen funktionalen Lösungsansatz zur Überwindung dieser Widrigkeiten zu entwickeln, braucht es zum einen Zeit aber auch an der Realität orientierte Resilienzstrategien wie trotzende Tapferkeit, entschlossener Lebensmut, in Einzelfällen sogar lebensbejahende Widerstandskraft. Die Spiritualität und die Selbstdisziplin des Menschen und der sozialen Gruppe vermag Räume zu öffnen, die ihn schützen und lebensverlängernde Wirkung übernehmen können. (vgl. Matthes Johannes 2017, S. 28). Von diesen Bewusstseinshaltungen können hilfreiche Impulse und Selbstheilungskräfte abgeleitet werden für den Heilungsprozess bei einer depressiven Erkrankung und die Verarbeitung von kritischen Lebensereignissen. Exemplarisch seien einige dieser geflügelten Worte für die durchaus zeitlosen Daseinsphilosophien zum menschlichen Wohlbefinden, zum sehr differenten Verständnis von Glück, von innerer Zufriedenheit und weiteren positiven Lebenseinstellungen präsentiert:

» „Geborgenheit stellt sich dort ein, wo der Mensch sich angenommen und in seiner Würde geachtet weiß.“ *Leitspruch von Richard von Weizäcker*

» „Glück ist als Zustandsbeschreibung für die menschliche Schöpfung nicht auf Dauer vorgesehen!“ *Sigmund Freuds ureigene Interpretation von Glück*

» „Dumme rasen, kluge warten, weise gehen in den Garten.“ *Wahlmotto und Leitspruch als Lebensphilosophie eines katholischen Dechanten aus der Gegenwart*

» „Glück ist die Bedeutung und der Sinn des Lebens, das Ziel der menschlichen Existenz.“ *Aristoteles*

7. Was ist Flourishing?

Eine weitere Methode zur Vermittlung positiven Denkens und damit zu einer positiven Psychologie beschreibt Daniela Blickhan: „Flourishing (von lat. Florere = blühen, flos = die Blume) heißt wörtlich übersetzt aufblühen. Es beschreibt den Prozess des biologischen Wachstums und der psychischen Entwicklung und ist eng verwandt mit dem Konzept der Selbstaktualisierung nach Abraham Maslow (1965) und der bereits genannten fully functioning person nach Carl Rogers (1961).”[1]

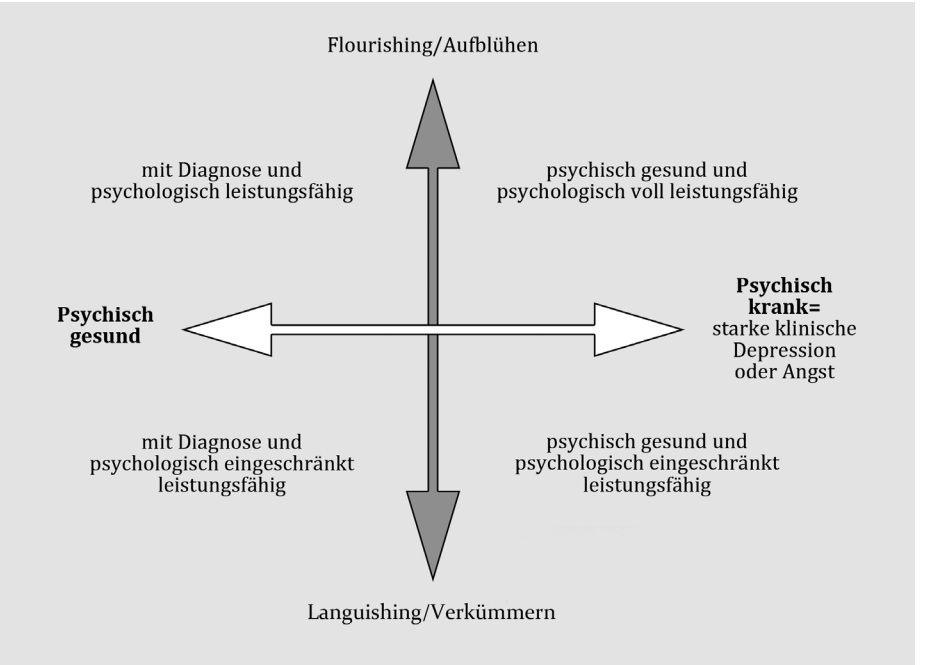
In der Interpretation der Buchautorin und Vertreterin der positiven Psychologie stellt Flourishing eines der zentralen Konzepte der positiven Psychologie dar und umfasst subjektives Wohlbefinden, psychische Leistungsfähigkeit und persönliches Wachstum. Flourishing besteht aus kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Prozessen eines selbst-aktualisierenden Organismus. Flourishing wird derzeit in der positiven Psychologie mit drei Modellen beschrieben:

» Das Doppel-Kontinuum der geistigen Gesundheit nach Keyes (2002)
» Das Spektrum geistiger Gesundheit nach Huppert (2005)
» Die Elemente des Wohlbefindens nach (Seligman 2011 b, dies., a.a.O. S. 39)

7.1. Das Doppel Kontinuum der geistigen Gesundheit

„Die zentrale Aussage Keyes (2002) lautet, dass die Abwesenheit psychischer Krankheit noch nicht gleichbedeutend sei mit psychischer Gesundheit. Mit dieser Feststellung erweitert er die eindimensionale Definition von psychischer Gesundheit im Sinne einer ärztlichen Diagnose krank versus gesund z. B. bei einer Angststörung oder Depression um eine weitere Dimension des Aufblühens oder Verkümmerns. Damit ergeben sich im Doppelkontinuum von Keyes vier mögliche Quadranten.

1 *Blickhan D.: Positive Psychologie, S. 39, 2015*



Das Kontinuum der geistigen Gesundheit nach Keyes (2002)

Der Begriff des Verkümmerns bedarf an dieser Stelle einer Erklärung der Wortbedeutung. Im unteren Bereich des Schemas finden sich zwei Aspekte eingeschränkter psychischer Leidensfähigkeit. Es beschreibt einerseits Menschen, die psychisch eingeschränkt leistungsfähig sind und eine Diagnose tragen (Keyes beschränkt sich hier auf die am häufigsten auftretenden Diagnosen wie die Depression und die Angststörung). Andererseits lässt sich hier auch das Befinden von Menschen mit eingeschränkter psychischer Leistungsfähigkeit einordnen, bei denen keine oder noch keine Diagnose vorliegt (Keyes, a.a.O., S. 40 f.).

Aufblühen: Im oberen Bereich des Vier-Felder-Schemas lassen sich Menschen einordnen, die psychisch voll leistungsfähig sind, d. h. umfassend ‚liebes-, arbeits- und genussfähig sind' im Sinne der WHO Definition; einerseits bei gleichzeitigem Vorhandensein einer Diagnose und andererseits bei psychischer Gesundheit (Keyes 2002; In: Blickhan D.: Positive Psychologie 2015, S. 41).

Eine Studie mit über 3.000 US-Amerikanern zwischen 25 und 75 Jahren zeigte, dass nur etwa 2 von 10 Erwachsenen in einem Zustand des Flourishing leben. Etwa 60 % der Stichprobe beschriebe sich als mittelmäßig zufrieden (weder aufblühend noch

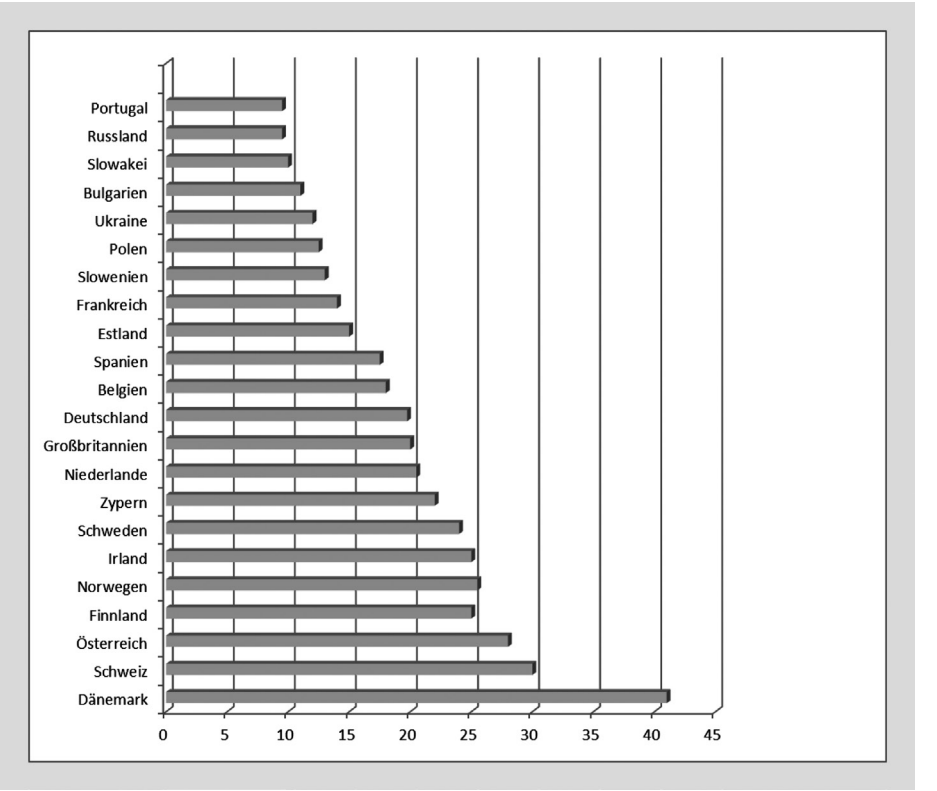
verkümmernd) und 12 Prozent fanden sich am unteren Ende des Kontinuums in einem Zustand des Verkümmerns (Languishing). Sie zeigten geringes Wohlbefinden und eine eingeschränkte psychische Leistungsfähigkeit.

Bei insgesamt 14 Prozent der Stichprobe lag eine Diagnose einer psychischen Störung vor. Personen im Zustand des ‚Verkümmerns' litten doppelt so oft unter einer schweren Depression wie moderat psychisch gesunde und sechsmal so häufig im Vergleich zu Personen im Zustand des Flourishing. Allerdings gab es auch unter den klinisch diagnostizierten depressiven Patienten Flourishing, wenn auch deutlich seltener als bei gesunden Erwachsenen.

Von 10 Erwachsenen leben laut dieser Studie nur zwei auf einem Level optimaler psychischer Leistungsfähigkeit. Von den verbleibenden acht Erwachsenen sind im Schnitt zwei klinisch depressiv; sechs sind zwar in ihrem Alltag mehr oder weniger zufrieden, leben aber auf einem deutlich niedrigeren psychischen Leistungsniveau als sie es könnten. Eine Steigerung ihrer Leistungsfähigkeit wäre nicht nur – im Sinne höheren psychischen Wohlbefindens – subjektiv erstrebenswert, sondern durchaus auch objektiv, denn Flourishing führt zu gesteigerter Produktivität. Zudem können Menschen dann auch besser mit belastenden Lebensereignissen umgehen, ohne klinische Symptome zu entwickeln (vgl. Diener & Biswas-Diener 2011). In diesem Sinne kann eine Förderung von Flourishing in der allgemeinen Population auch als präventive Maßnahme verstanden werden." (Blickhan D.; a.a.O., S. 41)[1]

Nach einer großen Umfrage zeigte sich im Jahr 2006/2007 in Europa folgende Verteilung (vgl. Huppert & So. 2013):

1 Im europäischen Raum wurde eine solche Studie bisher noch nicht durchgeführt. Doch wenn man die jährlichen Statistiken zur Prävalenz von Burnout, und weiterer psychischer Störungen miteinbezieht, liegt der Schluss nahe, dass die Situation in Europa ähnlich sei. (vgl. Blickhan D.: a.a.O. S. 41)



Die Verteilung der Merkmale für Flourishing in Europa (Huppert & So, 2013, S. 848)

Felicia Huppert untersucht vergleichbar mit Keyes große Populationen, d. h. große Gruppen von Menschen. Sie definiert Flourishing im europäischen Vergleich nach Kern- und Zusatzmerkmalen.

Die folgenden Merkmale spielen sowohl bei Keyes als auch bei Huppert F. eine zentrale Rolle in der Gewichtung und Einstufung des Grades von Flourishung.

Einstufung von Flourishing nach Keyes 2002

a. Subjektives Wohlbefinden/Ausmaß von positiven Gefühlen verglichen mit negativen Gefühlen/Lebenszufriedenheit

b. Psychisches Wohlbefinden/sich selbst akzeptieren/positive Beziehungen/Autonomie, Selbstbestimmtheit, Selbstwirksamkeit, Bewältigung von Alltagsanfor-

derungen, aktive Gestaltung von Lebensumständen, Sinn im Leben, relevante persönliche Ziele

c. Funktionales soziales Wohlbefinden/ soziale Akzeptanz, soziales Wachstum, sozialer Beitrag, sozialer Zusammenhalt, soziale Integration

Flourishing bedeutet: bei Keyes (2003): Hohe Werte in einer Skala von Punkt 1 plus hohe Werte in sechs der 11 Skalen aus den Punkten 2. und 3.

Languishing bedeutet: niedrige Werte in einer Skala von Punkt 1 plus niedrige Werte in sechs der 11 Skalen auf den Punkten 2. und 3.

Huppert F. (2013) stuft die Merkmale für Flourishing demgegenüber etwas anders ein:

7.2. Psychische Gesundheit und Flourishing (nach Huppert F. 2005)

Drei Kernmerkmale: Positive Emotionen/Engagement/Sinn

Sechs Zusatzmerkmale: Optimismus/Resilienz/Vitalität/positive Beziehungen/Kompetenz/emotionale Stabilität

Flourishing bedeutet: Hohe Werte für die drei Kernmerkmale und drei für die sechs Zusatzmerkmale

Aus den Untersuchungsergebnissen von Huppert F. lassen sich die folgenden Schlüsse herleiten:

„Dies bedeutet, dass eine große Anzahl von Menschen mehr oder weniger gesund ist und jeweils eine Minderheit aufblüht bzw. verkümmert. Um die Gesamtzahl der Menschen zu erhöhen, die aufblühen, ist nach Hupperts Modell ein neuer epidemiologischer Ansatz vonnöten, der anders mit der Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen umgeht. Psychische Erkrankungen nehmen weltweit zu; so hat sich beispielweise in Deutschland zwischen 2007 und 2011 der Verbrauch von Antidepressiva nahezu verdoppelt (OECD 2013).[1]

1 Vgl. Blickhan D.: Dieser Anstieg war übrigens in Deutschland höher als in anderen europäischen Ländern, die von der Weltwirtschaftskrise noch stärker betroffen waren.

Um zu erreichen, dass mehr Menschen im Zustand des Flourishing leben, wäre es nach diesem Modell erforderlich, die Symptombelastung in der Gesamtpopulation zu verringern. … Wenn dies gelingen würde, könnten schon kleine Veränderungen in der Gesamtpopulation einen maßgeblichen Effekt haben." (Huppert F. in: Blickhan D.: Positive Psychologie – Ein Handbuch für die Praxis). An dieser Stelle sei der Vollständigkeit wegen auch das PERMA Modell von Seligman 2011) genannt.

7.3. Das PERMA Modell des Wohlbefindens Seligman 2011

Positive Emotionen

Engagement

Relationships (Beziehungen)

Meaning (Sinn)

Accomplishment (Gelingen)

Das Modell beruht auf der Grundlage der persönlichen Stärken. Wer seine Stärken einsetzt, wird von allen fünf Elementen des Wohlbefindens mehr erleben.

Persönliche Stärken
Die begriffliche Definition von *persönliche Stärken* orientiert ich an einer der führenden Wissenschaftlerinnen auf diesem Gebiet an einer Begriffsdefintion von Daniela Blickhan. Sie greift auf Begriffserklärungen unter anderem auf die Darlegungen von Biswas-Diener 2010 zurück.

Danach können „persönliche überdauernde Muster von Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen als Stärke" identifiziert werden.

„Wer seine Stärken aktiviert,

- spricht klarer, schneller, oft auch in einer etwas höheren Stimmlage;
- sitzt, steht aufrechter;
- zeigt mehr Ausdruck in Gestik und Mimik;
- spricht fließender und benutzt mehr Metaphern;
- erzeugt mehr Wirkung und wird als charismatisch erlebt (ibidem)."[1]

1 *Vgl. Biswas-Diener 2010; In: Blickhan D.: a.a.O., S. 155-156*

„In einer Untersuchung der Gallup Organisation mit knapp 200.000 Mitarbeitern in 36 Unternehmen hatten nur knapp 20 Prozent der Befragten das Gefühl, dass sie ihre Stärken jeden Tag einsetzen könnten. Je länger ein Mitarbeiter in einem Unternehmen beschäftigt war und je höher seine Position, desto geringer war die Wahrscheinlichkeit, dass er seine Stärken täglich im Beruf einsetzen konnte (Buckingham & Clifton 2002).“[1]

Biswas - Diener 2010 nennt verschiedene Gründe für die Bedingungen, wieso wir Menschen im Berufskontext vergleichsweise in sehr geringem Ausmaß auf die Stärken fokussieren:

» „Unsere genetische Ausstattung fördert den Fokus auf Probleme und Gefahren. Diejenigen unserer Vorfahren, die vorsichtig und zurückhaltend waren, haben eher überlebt und konnten sich fortpflanzen.
» Probleme scheinen oft dringlicher. Unsere Wahrnehmung wird durch negative Reize stärker gebunden; Im „Tunnelblick“ konzentrieren wir uns stärker auf das Problem und blenden das Übrige aus.
» Soziale Normen wie z. B. die kulturell geprägte Angst vor zu starker Ichbezogenheit und unnötigem Selbstlob verhindern, dass wir frei über unsere Stärken sprechen.
» Die eigenen Stärken sind möglicherweise gar nicht bewusst, denn die wenigsten von uns sind in einer positiven Feedbackkultur aufgewachsen.
» Die irrtümliche Annahme, dass persönliches Wachstum durch Ausmerzen von Schwächen geschehe statt durch Stärkung der eigenen Stärken, ist nach wie vor sehr weit verbreitet.“ (vgl. Blickhan D.: ibidem)[2]

In diesem Text- und Themenzusammenhang wird in der wissenschaftlichen Literatur sehr gern mit der Segelbootmetapher gearbeitet:

„Stellen Sie sich vor, Sie sitzen in einem Seegelboot auf offener See und bemerken ein Leck. Wenn Sie nicht untergehen wollen, ist das Flicken dieses Lecks notwendig und hat Vorrang. Doch das allein wird Sie nicht voranbringen, wenn Sie nicht auch irgendwann die Segel setzen.

Stärken sind wie der Wind in den Segeln: Sind die Segel gesetzt, dann gewinnt das Boot schnell an Fahrt und kann sich seinen Zielen nähern.“(Blickhan D.: a.a.O., S. 156)

1 *Vgl. Buckingham & Clifton 2002, In: Blickhan D.: ebenda*
2 *Vgl. Biswas-Diener. In: Blickhan D.: ibidem, S. 156, 157*

8. Das Verständnis von systemischer Resilienz als „innere Stärke“ und als sozialpsychologisches Erklärungsprinzip

Systemische Resilienz begriffen als innere Stärke eines Menschen, mag eine sinnvolle Attribution darstellen. In Übereinstimmung mit Blickhan D. kann diese definitorische Wertigkeit der Systemresilienz sehr wohl eine Bereicherung in der Varianz und Validation einer netzwerkartig agierenden Resilienz bedeuten.

Sowohl persönliche oder personbezogen aufgebaute und agierende Netzwerke können eine erhebliche Resilienzfunktion im Alltag und in bestimmten Krisenlagen übernehmen, als auch ist ein funktionelles Resilienzwerk im Transfer auf den Bereich der Technik nicht selten das konstruktive Produkt eines intelligent miteinander kombinierten Resilienzverständnisses. Zur Erklärung des systemischen Denkansatzes sei ein Beispiel aus der experimentellen oder techniknahen Physik berücksichtigt. Man denke an die detaillierte und zuverlässige Funktionsweise einer Uhr zur Zeiterfassung. Keines der einzelnen Bausteine im Uhrwerk allein ist in der Lage, das Phänomen Zeit, Dauer und Schnelligkeit als singuläres Phänomen zu erfassen, darzustellen oder zu messen. In der funktionell mechanischen, elektronischen oder digitalisierten Gesamtwirkungsweise als Maschine mit ineinander verzahnten Rädern oder miteinander verknüpften elektronischen Schaltkreisen, kann die lückenlose und bis auf eine tausendste Teilsekunde 1/1000 präzise Zeiterfassung mittels eines Uhrwerks funktionieren.

Die assoziative resilienztheoretische Exkursion in den Technikbereich der Zeitmessung vermag vielleicht zu erklären, dass systemische Resilienz auch in den nicht psychologischen Bereichen eine Anwendung zur Erklärung von mathematisch-naturwissenschaftlichen Funktionsprinzipien übernehmen könnte.

9. Resilienz in der Neurophysiologie

Richard Davidson geht einen anderen Weg, wenn er als Hirnforscher, der die Methoden der Achtsamkeit systematisch mit Erkenntnissen der modernen Neurophysiologie verbindet und somit einen „emotionalen Stil” beschreibt.

Davidson (2012) beschreibt eine Möglichkeit des Trainings, die jeder Mensch im Laufe seiner Lerngeschichte entwickelt, die sich wiederum auf neurophysiologischer Ebene im Gehirn wiederspiegelt.

Der emotionale Stil nach Davidson besteht aus sechs Ebenen:

» Resilienz: Diese Facette der Resilienz beschreibt die Geschwindigkeit, mit der man sich körperlich und psychisch von Rückschlägen erholt. Es wird

zwischen langsamer und schneller Erholung unterschieden. Qualitativ bestehen zwischen den Erholungsarten keine Unterschiede.

» Grundeinstellung: Kernstück dieser Facette ist die Dauerhaftigkeit positiver Emotionen.
» Soziale Institution: Hier spielt die Aufmerksamkeit für soziale Reize eine große Rolle. Diese Facette des emotionalen Spiels beschreibt die Fähigkeit, nonverbale Signale eines Partners zu erkennen und ist damit verwandt mit emotionaler Intelligenz.
» Selbtwahrnehmung: Bei dieser Facette geht es um das Verständnis eigener Emotionen und körperlicher Reaktionen. Auch die Empathiefähigkeit im Sinne des Ein- oder Mitfühlens spielt dabei eine Rolle.
» Kontextsensibilität: Damit ist die Fähigkeit gemeint, sein eigenes Verhalten an die Umwelt anzupassen und angemessen zu reagieren.
» Aufmerksamkeit: Diese letzte Facette bezeichnet die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zu fokussieren und zu halten. Sie entspricht also in vielem der klassischen Achtsamkeit.[1]

Der Autor resümiert, dass resiliente Menschen schneller wieder nach einer Aufregung, nach Wut und Gefühlszuständen wie Wut und Ärger in den „Normalmodus“ zurückfinden.

10. Die Resilienz aus dem psychologischen Blickwinkel

In diesem Abschnitt wird eine Einbeziehung des Resilienzmodells von Karen Reivich und Kollegen (Reivich & Shatté 2003) angestrebt. Es handelt sich dabei um ein Resilienzmodell, welches die Grundlage für das sogenannnte Pennsylvania Modell bildet. Eine Arbeitsgruppe um Martin Seligmann hat diese Resilienzvariante an der Universität Pennsylvania erforscht und auf die Anwendbarkeit hin getestet. Das Modell wurde zunächst im schulischen Kontext angewendet und später dann beim amerikanischen Militär. Die Testserien bei der amerikanischen Armee hat Martin Seligman in dem Buch „Flourishing“ 2012 zusammengefasst.

Die Experimente in der amerikanischen Armee sind allerdings nicht einfach auf die Zivilgesellschaft übertragbar. Es werden Soldaten in Extremsituationen eingesetzt, welche das übliche Vorstellungsvermögen der Zivilgesellschaft einfach übersteigen können. Daher werden außer der genannten Versuchsanordnung andere Forscher an dieser Stelle zitiert oder es werden Ausschnitte aus den betreffenden Forschungsserien vorgestellt.

1 *Vgl. Davidson 2012. In: Blickhan D.: Positive Psychologie 2015 , S. 52*

Ein anderes Forscherteam um Karen Reivich kommt ebenfalls zu teilweise sehr verblüffenden Untersuchungsergebnissen mit deutlichem Resilienzbezug. „Reivich definiert Resilienz als die Fähigkeit, mit Schwierigkeiten umgehen zu lernen. Diese Kompetenz umfasst kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Elemente, also die Frage, ob man mit Mut oder Zuversicht bzw. mit Zögern oder Hilflosigkeit auf Belastungen reagiert.“ (ibidem, S. 53)

Es geht also um einen spezifischen Denkstil, welcher resiliente Menschen auszeichnet und von nicht resilienten Menschen unterscheidet. Dabei spielen unterschiedliche Facetten eine Rolle. Dazu gehört die Umgangsweise mit „der persönliche Geschichte und mit individuellen Lebenserfahrungen“. Wie gut gelingt es mir mit „Widrigkeiten, Enttäuschungen und Misserfolgen“ klarzukommen und die Folgen zu verarbeiten? (dies., a.a.O., S. 53)

„In Reivichs Reslienztraining werden sieben unterschiedliche spezifische Fähigkeiten eingeübt.“ (Reivich K.: In Blickhan D.: a.a.O., S. 54)

a. Denkmuster erkennen und konstruktiv nutzen

b. „Denkfallen“ vermeiden

c. „Eisberge“ entdecken

d. Problemlösend denken

e. Sich auf das Wichtige konzentrieren

f. Ruhe finden

g. Anwenden

Die ersten drei Fähigkeiten betreffen dabei die Einsichtsfähigkeit. Die weiteren vier Skills betreffen das konkrete Verhalten. Insgesamt geht es in diesem Verständnis von Resilienz um „Emotionsregulation, um Impulskontrolle und um Belohnungsaufschub.“ (a.a.O., S. 54) „Barbara Frederickson eine führende Forscherin auf dem Gebiet der positiven Emotionen, definiert Resilienz als die Fähigkeit zur Unterschiedswahrnehmung. Wer resilient ist, kann das Positive zusätzlich zum bzw. neben dem Negativen wahrnehmen.“[1]

1 Vgl. Frederickson B.: In: Blickhan D.: a.a.O., S. 54

Die Ergebnisse von Frederickson B. und Reivich K. wurden mehrfach in anderen Studien belegt und können daraufhin deuten, dass es Menschen mit einer Fähigkeit, das Positive in jeder situativen Angelegenheit und im kognitiven Handeln erkennen und gewichten zu können, eher gelingt, das innere Gleichgewicht wiederzufinden. Resiliente Mitmenschen können also sehr viel besser die Selbstregulation wiedererlangen und sich demzufolge möglicherweise auch in schwierigen Aufgaben besser zurecht finden und mit extremen Ausnahmesituationen besser d. h. konfliktfrei und gerecht – situationsangemessen – auseinandersetzen.

11. Welche Funktion und welchen Stellenwert erfüllt die systemische Resilienz für die Erziehungswissenschaft (Pädagogik)?

Zuerst einmal kann konstatiert werden, dass die begriffliche Konstruktion Resilienz in einfacher Version und schon gar nicht die systemische Resilienz als komplexer Terminus technicus jedem Alltagsbürger vertraut ist, unabhängig vom direkten Bezug zur Pädagogik als wissenschaftlicher Fachdisziplin. Der Anspruch und der Wunsch nach einer Würdigung oder sogar einer Anerkennung des Resilienzbegriffes durch die moderne Erziehungswissenschaft kann vom Grundsatz her auch a priori als legal und mit den üblichen kognitiven Überlegungen des kritischen Rationalismus als nachvollziehbar bezeichnet werden. Denn ein Copyright auf die systemische Resilienz als Wissenschaftsbegriff ist mir bisher nicht bekannt, ebenso wenig wie ein partielles oder generelles Verbot, über dieses Themengebiet in der wissenschaftlichen Literatur schreiben zu dürfen.

Das wäre nach meinem persönlichen Wissenschaftsverständnis – getragen von einer grundgesetzlich abgesicherten Informations- und Pressefreiheit – ein paradoxer und perverser Eingriff in die grundgesetzliche Meinungs- und Pressefreiheit in Artikel 5 Abs. 3: „Freiheit der Meinung, Kunst und Wissenschaft. Kunst und Wissenschaft, Forschung und Lehre sind frei. Die Freiheit der Lehre entbindet nicht von der Treue zur Verfassung.“ (Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland). Ein Verbot zur Reflexion und Publikation als Handlungsmaxime im öffentlichen Wissenschaftsverständnis stünde völlig im Gegensatz zu der bisherigen Forschungspraxis, welche von sehr kosntruktiven Synergien und von positiven systemresilienten Forschungspotentialen und gegenseitigen Forschungssynergien und Forschungseinflüssen ausgehen darf.

Ein überzogenes Vorrechts- respektive Besitzstandsdenken und –handeln bei Wissenschaftsbegriffen in den Nachbarwissenschaften der Soziologie und der Psychologie könnte und ist im Falle einer diskursiven Streitigkeit von diesem Erklärungsansatz her gesehen als irrationales begriffliches Artefakt zurückzuweisen. In der Erziehungswissenschaft und in der Fachliteratur als Primär- und Sekundärliteratur ebenso wie

in der pädagogischen Psychologie kennen sich die Mehrheit der KollegenInnen mit dem Fachterminus der systemischen Resilienz im Zusammenhang mit klassischen Entspannungs- und Erholungstechniken wie dem Flow, den Copingstrategien und dem Flourishing natürlich aus. Die Begriffsdefinition von coping wird an dieser Stelle nachgereicht. Demzufolge stammt der Begriff aus dem englischen Sprachkreis. Er ist abgeleitet von dem englischen Verb: „to cope with" = mit etwas fertig werden im Sinne von „eine schwierige Situation bewältigen". Der Begriff stellt ein Synonym für die psychologische Bewältigungsstrategie von Konflikten oder Krisensituationen dar. Der Begriff Flow findet in diesem Zusammenhang Anwendung für die individuelle Umgangsweise mit Extremsituationen für die Psyche, den Geist und die Seele. Er steht in der Anwendung und im üblichen Sprachgebrauch bedeutungsgleich mit der systemischen Resilienz und der Technik der Selbstmediation zur Überwindung von Störungen im emotionalen Gleichgewicht und im Erleben und Verhalten eines Menschen. Es kann vom Grundsatz her natürlich von einer gewissen Parallelität der Wortverwendung ausgegangen werden. Die Austauschbarkeit der drei Begriffe wird an dieser Stelle nicht empfohlen, da die Begriffe Coping und Flow im Kontext der psychotherapeutischen Behandlung sowie im modernen Sprachgebrauch als veraltet (obsolet) und weniger etabliert gelten könnten.

Speziell werden Fragen zur Behandlungsmöglichkeit auf diesem Gebiet der Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers und der Psychoanalyse, aber auch der Tiefenpsychologie von Sigmund Freud wissenschaftlich abgehandelt. In den Abhandlungen zur Traumdeutung sowie in der tiefenpsychologischen Traum- und Traumaforschung taucht der Begriff Resilienz wenn überhaupt nur sehr selten auf und spielt von dieser Perspektive her in der Psychologie des 19. und des 20. Jahrhunderts eine neben- oder untergeordnete Rolle. Da die Psychotherapie jedoch kein originär erziehungswissenschaftliches Anwendungs- und Forschungsgebiet darstellt, muss sich die Pädagogik das Begriffskonstrukt der systemischen Resilienz praktisch auf dem Umweg über die psychologische Unterrichtsforschung und über die pädagogische Diskussion und Thematisierung zusätzlicher psychologienaher Therapiemethoden in Systematik erarbeiten. Für die terminologische Definitionsarbeit der Resilienz im systemischen Zusammenhang möchte auch diese Studie einen wissenschaftlichen Grundlagenbeitrag anbieten.

12. Eine wissenschaftstheoretische Gegenüberstellung der systemischen Resilienz zur personenzentrierten Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers

Carl Rogers ist augenscheinlich von der Vision beseelt, als könne ein neuer Typus Mensch eine entscheidende Wende zum Wohl der Weltgemeinschaft einleiten und die Welt nach einem Modell bauen, welche auf humanitären Werten basiert, wenn

er davon spricht und diesen Typus Mensch fordert: „Die Macht dem neuen Menschen und der Revolution, die er in sich trägt“ (Carl Rogers „Vision eines neuen Menschen in einer neuen Gesellschaft“ Rogers C.: Der neue Mensch, 1981). Um eine Abgrenzung der beiden Methoden zum einen der systemischen Resilienz und zum anderen der Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers vornehmen zu können, sollte zuerst einmal die personenzentrierte Gesprächspsychotherapie in den Grundhaltungen vorgestellt werden.

Nach Carl Rogers darf sich ein Therapeut nicht hinter Fassaden, Rollen und Floskeln verstecken, sondern muss authentisch sein. Er muss sich authentisch und ehrlich verhalten und „praktisch auf Augenhöhe“ mit dem Klienten handeln, der ja einen Lernprozess und Hilfe von ihm erwartet und gestärkt aus der therapeutischen Sitzung herausgehen will. Er bezeichnet diese therapeutische Einstellung als „Kongruenz und Transparenz“.

Eine zweite ganz wesentliche Haltung ist die „Empathie“. Darunter versteht man das einfühlende Verstehen, das nichtwertende Eingehen, also das echte Verständnis einer Person. Es wird in diesem Zusammenhang auch von dem „einfühlsamen Verstehen“ des Therapeuten gesprochen. So beschreibt Carl Rogers dieses einfühlsame Verstehen als einen Vorgang im Gespräch, wo der Therapeut „genau die Gefühle und persönlichen Bedeutungen spürt, die der Klient erlebt, und dass er dieses Verstehen dem Klienten mitteilt. Unter optimalen Umständen ist der Therapeut so sehr in der privaten Welt des anderen drinnen, dass er oder sie nicht nur die Bedeutung klären kann, deren sich der Patient bewusst ist, sondern auch jene knapp unterhalb der Bewusstseinsschwelle.” Außerdem kommt es auf eine „bedingungslose positive Zuwendung” an. „Erreichen kann man diese positive Wertschätzung nur, indem man den Gegenüber als eigenständigen Menschen respektiert, mitsamt seiner Gefühlswelt und den daraus resultierenden Handlungen. Man versucht demzufolge auch nicht, dem Gegenüber eigene Werte, Meinungen und Empfehlungen aufzuzwingen – auch wenn diese auf den ersten Blick gut gemeinte Ratschläge zu sein scheinen.“[1]

Bereits 1949 liegen Forschungsergebnisse vor, welche Rogers Ansatz als einen der besterforschten sozialpsychologischen Vorgehensweisen betrachtet. Rogers Methode der personenzentrierten Gesprächspsychotherapie wird bereits in vielen Bereichen der sozialen Arbeit mit Erfolg angewendet. Drei wesentliche Bereiche seien an dieser Stelle genannt:

1 *(Rogers, C.: Der neue Mensch 1981; Seite 68 ff.)*

- » Soziale Arbeit, in ihrem breiten Spektrum an Handlungsmethoden
- » Seelsorge
- » Verbesserung weiterer zwischenmenschlicher Beziehungen, wie z. B. Partner- und Familientherapie

Demgegenüber können eine Reihe von Argumenten für die Aufrechterhaltung der Behauptung sprechen, als sei der Ansatz der systemischen Resilienz eo ipso nicht vergleichbar mit der Methodik der personenzentrierten Gesprächspsychotherapie. Die Zielsetzungen mögen im Einzelfall übereinstimmen. Die systemische Resilienz kann als das erfolgreich angesteuerte und erarbeitete Ergebnis einer gelungenen Gesprächspsychotherapie bezeichnet werden, aber nicht als ein gleichwertiger (äquivalenter) Ersatz (Substitution) für die personenzentrierte Gesprächspsychotherapie von Carl Rogers.

Ein eigenes Kapitel widme ich ungern der schriftstellerischen Methodik, Angedachtes zur Konfliktbewältigung oder zur Lösung von Aufgaben in Notiz- oder Skizzenform, also gewissermaßen im schriftstellerischen Prozess vor- oder nachzubereiten. Schreiben als systemresilientes Handwerkzeug wird wohl gern unter- oder überschätzt. Die Frage der beraterischen Wirksamkeit mag von eigenartigem Interesse sein. Die Beantwortung oder Untersuchung übersteigt gemäß des derzeitigen Erkenntnisstandes die Zielsetzung dieser Abhandlung.

13. Der exemplarische klassische Therapiealltag in einer Fachklinik für Psychosomatik in authentischer Berichterstattung aus Patientensicht

„Maßnahmebeginn 9:15 Uhr mit der Morgenrunde. Die Patientengruppe trifft sich gemeinsam mit den Psychotherapeuten. Es werden medizinische Untersuchungen angeordnet und eine statistische Erfassung (Präsenzmeldung) der Patientenversammlung vorgenommen. Falls eine Besonderheit vorliegt, kann sich ein PatientIn zu Wort melden. Dabei handelt es sich um ein geschlossenes Meeting in Form einer ‚Art Blitzlicht' über die eigene emotionale und die psychosomatische Befindlichkeit. Einige Neuaufnahmen werden begrüßt, einige Patienten werden verabschiedet. Das übliche Alltagsritual zur Morgenstunde assoziiert man/frau üblicherweise. Danach stellen sich das Ärzteteam und die Therapeuten kurz vor und erklären den Tagesverlauf und geben einige Informationen. Danach finden andere Behandlungsarten statt wie Belastungstrainings, natürlich auch Treffen zu Gruppen- oder Einzeltherapien in überschaubarer Gruppenstärke von acht bis zehn Teilnehmern. Es kann eine Schwierigkeit besonderer Art bedeuten, innerhalb von wenigen Minuten seinen inneren Gefühlszustand in verbaler sowie verständlicher Form darzustellen. Die reflexive Konfrontation mit dem Tagesgeschehen in Form einer verbalisierten Geschichte mitzuteilen, ist nicht immer sofort als ein hilfreicher Prozess zu gestalten. Daher kann ein

wenn auch nur stichwortartiges Raster oder ein Schema, das in wenigen Minuten als Skizze oder einfache Notiz entsteht, besonders für Menschen von Bedeutung sein, welche sich an etwas Selbstbestimmtem gern orientieren.“ (Anmerkung des Autors: Klinikalltag aus eigener Erfahrung)

Ein individuelles therapeutisches Strukturmodell kann sehr sinnvoll sein, um die Anforderungen für das eigene Lebensmodell am besten zu erfüllen. Es kann in einer experimentellen Phase für sich selbst herausgefunden werden. Dann zeigt es sich, welche therapiepraktische Vorgehensweise geeignet sein kann, jedem von uns die Freiheits-, Gestaltungs- und Strukturmodelle aufzuzeigen. Dieses Tagesschema kann für manche Zeitgenossen zu einer unverzichtbaren Grundlage zum selbstbestimmten und kreativen Handeln werden. Nach dem gleichen Handlungsprinzip kann auch ein Tages-, Wochen- oder Monatsplan entwickelt werden, der verständlich strukturiert und sinnvoll die Realisierbarkeit oder Nichtrealisierbarkeit bestimmter Ereignisse darstellt.

An dieser Stelle wird ein solcher Strukturplan erstellt, der Handlungsspielräume eröffnen kann aber auch die Gliederung, die Stabilität und kreative Möglichkeiten im selbstbestimmten Lebensalltag eröffnen sollte:

Ein exemplarischer Strukturplan zum selbstbestimmten Zeitmanagement:
An der folgenden Tabelle wird erklärt und deutlich, wieso die organisatorische Selbststrukturierung und die Umsetzung des selbststrukturierten Tagesverlaufes einer dramatischen Fremdbestimmung durch externe Stressreize (cues) von außen vorbeugen kann. Jeder Mensch verspürt in bestimmten Situationen das grundlegende Resilienzbedürfnis nach gewisser Regelmäßigkeit zwecks Überwindung einer allzu chaotischen und strukturlosen Lebensweise. Gewisse Ordnungsprinzipien können zumindest eine emotionale Sicherheit in Bezug auf die Erledigung der Tagesaufgaben und die eigene „innere Uhr“ erfüllen.

6:00 h	Aufstehen Waschen				
6:30 h	Frühstück				
7:00 h	Weg zur Arbeit				
7:30 h 8:30 h	Arbeitsbeginn	Tagesüberblick	Telefonate	Schreibtischarbeit und Korrespondenz	Organisation und Delegation von Aufgabenbereichen im Team

8:30 h 9:30 h	Konferenz Vorbereitung				
9:30 h 10:00 h	Probanden-Besuche	Planungen	Termine extern	Ausarbeitung von Präsentationen und Portfolios	Personalein-satzpläne
10:00 h 12:00 h	Seminare	Vortrag	Besprechung schwieriger Sachverhalte/ Einzelfallbe-sprechung		
12:00 h 13:00 h	Mittagspause				
13:00 h 14:00 h	Kunden-besuche u. Team- bzw. Mitarbeiterge-spräche				
14:00 h 15:00 h	Regenera-tion durch Umsetzung der neuen Erkenntnisse				
15:00 h 16:00 h	Praktisches und Hand-werkliches				
16:00 h 17:00 h	Ausblick und Vorausschau	Systema-tisierung von Pro-zessen			

An der Stelle genau kann ein selbstkreiert vorgestelltes Tagesstrukturmodell sinnvoll sein. Dazu gibt es die unterschiedlichsten Vorgehensweisen und Theoriemodelle zum Zeit- und Selbstmanagement. Jeder ist sein eigener Teamchef, Butler und Sekretär für das erfolgreiche Meistern des Tagwerks.

IX. Grundlagen der stationären Therapie

Was wirklich in der stationären Therapie weiterhilft, sind offene Gespräche, sachliche Orientierung und die persönliche Motivation. Gibt es in diesem Fall des Betroffenseins von Burn Out, Mobbing oder Depression rigide Regeln und verbindliche Handlungsempfehlungen oder ist jeder ein Einzelkämpfer? Hilft die Selbsthilfegruppe weiter? Um sich in diesem Dschungel zurecht zu finden, bedarf es mancher Erfahrungswerte, Strategien zur Gesundung sowie erprobter Tipps und Tricks im Umgang mit Kostenträgern, Sachbearbeitern, an die Seite gestellten Berufscoaches und Therapeuten sowie den üblichen Ansprechstellen im Beratungsnetzwerk.

Die Experten in Sachen Rehabilitationsforschung sprechen in der Fachliteratur sehr gern von systemischer Resilienz als dem magischen Zauberwort mit hoher nachhaltiger Wirksamkeit bei einer nachgewiesenen affektiven Störung. Was ist damit gemeint und wie definieren Psychologen diesen Terminus spezificus? Die Psychiater sprechen dann sehr gern von dem beruhigenden dicken Fell oder einem umfänglichen Schutzpanzer für die Seele wie ihn die Schildkröte mit sich herumträgt. Stressoren, also krankmachende Störungen wie ständige Aufregung infolge von strittigen Prozessen am Arbeitsplatz, belastende Anfeindungen oder sogar verletzende Beleidigungen von Dritten können jedem arg zu schaffen machen. Wer es gelernt hat und es in diesen brenzligen Situationen versteht sich zu behaupten, indem er klare und unmissverständliche Argumente als Stoppschilder vor sich stellt und sich in Diskussionen zu wehren weiß, wenn er unklug behandelt wird, kann schon eine sehr gute Trumpfkarte für die eigene Seite beanspruchen. Laien wissen, direkt auf den Punkt angesprochen, den Grund für die Rehabilitationsmaßnahme in den meisten Fällen nicht so genau. Im laizistischen Kontext kann nicht genau interpretiert werden, was Ursache und was Wirkung ist oder was in solchen Augenblicken gerade passiert mit uns.

Die Frage ist durchaus erlaubt: „Was für ein Schicksal oder welche Diagnose verbirgt sich unzweifelhaft hinter der persönlichen Geschichte? Im eigenen Fall ist mir erst ein Jahr nach einem Klinikaufenthalt in Rheinland/Pfalz – also gefühlt viel zu spät – ein ärztlicher Bericht aus dem Klinikaufenthalt zugestellt worden. Auch der Wortlaut eines Gutachtens als Ergebnis einer Untersuchung in ambulanter Praxis wurde mir erst viel zu spät zur Verfügung gestellt. Ich musste für den Erhalt der beiden Gutachten erst eine schriftliche Aufforderung nach Berlin senden.

Natürlich spricht man in bürgerlich aufgeklärten oder konservativen Kreisen ungern über solcherart Krankheit für die Seele, den Geist oder das Gemüt. In anderen Sozialisationsmustern wird eben anders über das Phänomen wie Sinngebung, Heilung,

berufliche und sozialmedizinische bzw. psychosoziale Integration nachgedacht. Ein exklusiv somatisch, also organisch bedingtes Leiden ist in den Augen vieler Schulmediziner und medizinischer Laien bis auf den heutigen Tag die doch einzig therapiewürdige Gesundheitsproblematik, um es einmal in ehrlicher Selbsterkenntnis auf den Punkt zu bringen. Vielleicht wird mancher Leser auch aufhorchen, wenn er sich mit den emotional geladenen und stellenweise programmatisch klingenden Statements in den ärztlichen Fachkongressen auseinandersetzt. Die akademisierenden Selbstdarstellungen des Ich-Erzählers sind in Annäherung an diese arzttypischen Diskussionen als Kontrastprogramm und sachthematisches Regulativ angedacht.

1. Die Antragstellung

Es folgen im Therapieverlauf das „hartnäckige und beharrliche Bohren dicker Bretter“ bei zahllosen Telefonaten, Krankenkassenbesuchen, dem unermüdlichen Verfassen von Briefen an den Kostenträger, einer ausführlichen Selbstanamnese aus sozialmedizinischem Blick in Sachen eigene Beurteilung des sozialmedizinischen Zustands zur Verdeutlichung des Rehabilitativen Handlungsbedarfs für den zuständigen medizinischen, psychosomatischen und psychiatrischen Dienst. Es bedarf ja im gesamten Antragsverfahren vom Antrag bis zur Begutachtung hin per definitionem bis zur erhofften Bewilligung der Kurmaßnahme einer vollumfänglichen schriftlichen Antragstellung auf Empfehlung eines Sozialberaters, eines Psychiaters oder eines Allgemeinmediziners.

Bis und ob es dann zu drei, vier oder fünfwöchigen stationären Reha-Maßnahme in einer Kur- oder Reha-Klinik kommt, gehen sehr viele Tage/Wochen ins Land. Es bedarf einer extremen Frustrationsbereitschaft, sehr viel Leidensfähigkeit bis ein Zwischenbescheid oder ein anderweitiges Bearbeitungsergebnis von der Deutschen Rentenversicherung in Berlin erstellt ist. Das ist nicht von vornherein die Schuld der Reha-Verwaltung, sondern wohl dem Zustand der Masse von Antragstellern geschuldet. Es sind ja andere da. Nur sieht sich jeder einmal nur selbst, und das eigene Hemd ist einem nun einmal am nächsten. Dieser einmal begonnene bürokratische Verfahrensweg erzwingt dann weitere Eigeninitiative, eine hohe Kommunikationsbereitschaft, viel diszipliniertes Vorgehen und immer wieder Schreiben, Verfassen, Anfragen bei den konsultierten Stellen, Ärzten, den Praxismitarbeitern wegen der unverzichtbaren schriftlichen Nachweise, Befundberichte, Zwischenbefunde, OP-Dokumentationen, Arztbriefen, zwischenzeitlichen Krankheitszeiten, Behandlungsergebnissen, Befundberichten, Attesten für Arbeitgeber, die Krankenkassen, die Berufsgenossenschaften, die Kostenträger bei der Rentenversicherung, die medizinischen Prognosen, unumgängliche Arztbefragungen etc. Dabei sind es die oft einfachen gangbaren Schritte, die einem das Leben ungemein erleichtern können, auch wenn es „nur“ um den unverzichtbaren Taxischein für die nicht mehr gehfähige Rollstuhlfahrerin oder

die Frischoperierte geht, wenn eine Begleitperson fehlt, die einen Patienten nach der ambulant durchgeführten Operation aus der ambulanten Fachpraxis für Phlebologie abholen kann. Aber wenn es brennt, dann muss Hilfe her – egal wie. Der einfachste Grundsatz lautet dabei: Lernen, fachkompetente und realistisch passende Hilfe in der misslichen Lage anzunehmen.

Trotzdem: Sehr viele Konsultationen, das unentwegte Einholen von Arztberichten, von Untersuchungsbefunden und schwerverständlichen Therapieempfehlungen binden einfach Zeit und machen es nicht einfacher für das Reha-Klientel. Damit eine zuerst einmal im Kopf als der kognitiven Kerninstanz geeignete Wunsch- und Zielvorstellung entstehen kann für eine angedachte Antragstellung, muss man die Möglichkeit haben für eine Pro- und Kontra-Abwägung eines Gedankens oder Planes. Damit die getroffene Entscheidung für einen weiteren Reha- oder Therapieverlauf auch den gewünschten Erfolg nach sich ziehen kann und damit diese Prozeduren einen nicht mürbe machen oder an der Seele nagen, kann man sich auch therapeutischen Rat bei einem versierten Berufs- oder Reha-Coach einholen. Mit der vielbeschworenen systemische Resilienz ist das dicke Elefantenfell bzw. der undurchdringliche Schildkrötpanzer gemeint, der einen Rehabilitanden schützen sollte wie eine „chinesische Mauer“ vor den verbalen Angriffen und Anfeindungen mancher vermeintlich nicht wohlgesinnter Zeitgenossen im direkten und indirekten Lebensumfeld. Da der Berufsalltag mit sehr vielen solcher Fallen oder Fallstricken ausgestattet sein kann, braucht es sehr viel Geduld und sehr viel Kraft im Rehabilitationsalltag, bis der Rehabilitant diese Aufgaben im täglichen „Kraftakt“ wieder meistern kann.

Doch wie sollte das Erscheinungsbild für eine zielführend erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahme im Einzelfall aussehen? Der Einzelfallschicksale gibt es sehr viele. Die Statistik der Kliniken ist wie eine Dunkelziffer. Eine eigene Berechnung oder besser gesagt nummerisch grobe Schätzung könnte zum vorsichtigen Ergebnis gelangen, dass in der gesamten Bundesrepublik Deutschland jedes Jahr zwischen 100.000 und 150.000 Menschen psychosomatische und sozialpsychiatrische Rehabilitationsmaßnahmen in ambulanter Variante (Behandlungsmodus) durchlaufen. Die in teilstationärer und stationärer Rehabilitation geführten Rehabilitanden kommen in nummerischer Gesamtzahl dazu. Es werden von der Gesamtzahl (ambulant + teilstationär + stationär) geschätzt zwischen 450.000 und 500.000 Menschen in Deutschland sein, welche auf die Behandlung durch Experten der Sozialpsychiatrie, der Psychosomatik und der Verhaltensmedizin angewiesen sind. Jeder einzelnen dieser Behandlungsindikationen liegt im Normfall eine ärztlich attestierte körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigung zugrunde. Das sind oder könnten die Fachtermini sein, eo ipso die hauptsächlich „verdächtigen“ Diagnosen von stationären Reha-Maßnahmen im psychosomatischen Bereich. Die Auflistung stellt eine unvollständige und doch be-

wusste Auswahl von psychodiagnostisch behandlungswürdigen Grunderkrankungen dar. Eine weitere Systematisierung dieser Liste ist in Arbeit.Seelische Depressionen jeglicher Art sowohl mit temporärer Ausprägung als auch manischen Ursprungs und mit einer Chronifizierung von daher als schwer behandelbar eingestuft

- Angststörungen wie Höhenangst oder Angst vor Tieren (Phobien), permanente Panikattacken
- Affektive Zwangsstörungen, Zwangsneurosen
- Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) und andere psychoreaktiven Anpassungsstörungen
- Neurotische Persönlichkeitsstörungen wie Zwangshandlungen
- Ess-Störungen respektive gestörtes Ernährungsverhalten wie Anorexia nervosa (Magersucht) & Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht)
- Essattacken mit Kontrollverlust, Heißhungerattacken (Binge eating disorder)
- Adipositas permagna als lateinischer Fachbegriff für überdurchschnittliche Vollleibigkeit oder Übergewicht
- Andere psychosomatische Krankheiten wie z.B. Hypertonie, entzündliche Darmerkrankungen, Asthma bronchiale.
- Chronischen Schmerzsyndromen (z.B. Spannungskopfschmerzen, Migräne, Rückenschmerzen)
- Somatoforme (funktionelle) Störungen aller Organsysteme
- Tinnitus
- Sexuelle Identitäts-, Funktions- und Verhaltensstörungen zum Beispiel anhaltende Impotenz , Phasen von Erektionsproblemen,
- Transgender Phänomen, Homosexualität
- Psychische Störungen im Zusammenhang mit schweren körperlichen Erkrankungen oder Behinderungen
- Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen (ADS), (ADHS)
- Impulskontrollstörung (z.B. Kaufsucht, Spielsucht, Trichotillomanie, Internet- oder Computersucht, unkontrollierte Telefonie)
- Krankheitsbewältigung von psychotischen Erkrankungen
- Psychosoziale Konflikte im Berufsleben (z.B. Burn-out-Syndrom, Mobbing)
- Neurodermitis als seborrhoisches Ekzem
- Schuppenflechte in medizinischer Diagnostik als Psoriasis bekannt

2. Anschlussmaßnahmen

Reflexionen und Kommentierungen zur selbsterfahrenen Wirklichkeit im Rahmen einer Maßnahme mit der offiziellen Bezeichnung: „Förderung zur Teilhabe am Berufsleben" vom 27.04.2015 bis 26.01.2016 als resilienztheoretische Nachbereitung einer in reflexiver Würdigung als sehr interessant erfahrenen stationären Biogra-

phie- und Therapiephase: Damals im Sommer 2014 (Juli/August) für den Zeitraum von drei Wochen war ich als Patient während einer 3-wöchigen Rehabilitationsmaßnahme in einer anerkannten Fachklinik für psychosomatische Medizin untergebracht. Zuvor hatte ich als Minijobber im Floristikgroßhandel gearbeitet. Diese Berufstätigkeit ist in diesem Fall mit der fatalen Konsequenz verbunden, dass während der Rehabilitationszeit der übliche Anspruch auf das in Fördermaßnahmen gewährte Unterhaltsgeld ersatzlos entfällt. Das bedeutet für den Betroffenen eine sehr bittere Pille, die zuerst einmal geschluckt und verdaut sein möchte.

Also aufgepasst, alle Minijobber! Mit in einer prekären/geringfügigen Beschäftigung (klassischer 400-Euro-Job) erwirbt man in einer stationären medizinischen versus einer psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme definitiv keinen Anspruch auf die monatlich übliche Zahlung von Unterhaltsgeld und Krankengeld. Ich fühlte mich an manchen Tagen wie das sprichwörtliche „arme Schwein". Jeden Tag hoffte ich vergebens auf eine vom Kostenträger bewilligte Information, welche mir eine finanziell einigermaßen erträgliche Perspektive für die Zeit vor während und nach der Rehabilitationsmaßnahme eröffnete. Aber diese illusionären Luftballons zerplatzten am Himmel ebenso schnell, wie der Hoffnungsschimmer vor dem inneren Auge aufgetaucht ist. Also war ich wiederum auf das berühmte Motto angewiesen: Zieh Dich am eigenen Schopf jeden Tag aus dem Matsch, es geht ums nackte Überleben. Die Problematik bleibt von Tag zu Tag die Frage: Wie stelle ich es am Besten an? Das schöne und angenehme Phänomen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme mit der vorgegebenen Tagesstruktur ist die eine Sache. So habe ich diesen rehabilitativen Zyklus als sehr ermutigend und als einen stabilisierenden Strukturfaktor erfahren, als ein buntes wenngleich auf individuelle Bedürfnisse sehr gut angeglichenes und sehr auf Ganzheitlichkeit angelegtes Rehabilitationsverfahren mit sportlichen Fitnesstrainings, mit gesprächsbasierten Gruppentherapien, als auch mit Einzeltherapiegesprächen Arzt/Patient und einer intensiven Möglichkeit zum Ausgleich vom Berufsstress der Alltagswirklichkeit. Doch in der anderen Sache bleibt die Frage: Wie bestehe ich am ureigenen Hoffnungshorizont und welche Therapiechancen kann ich selbst generieren, damit der erarbeitete Therapieerfolg im eigenen Fall über die drei- bis siebenwöchige stationäre Therapiedauer hinweg möglichst in nachhaltiger Wirkung sichergestellt werden kann?

Welche realistische existenzielle Chance auf eine auskömmliche Berufstätigkeit hat man eigentlich im unmittelbaren Anschluss an eine stationäre Reha? Diese Frage beschäftigte mich auch sehr intensiv während der stationären Rehabilitationsmaßnahme. Dazu sollte mir eine Ansprechstelle in der Soziotherapie der dreiwöchigen Kur bereits eine entscheidende Unterstützung anbieten. Der betreffende Sozialarbeiter/Soziotherapeut allerdings wirkte oder war tatsächlich recht unerfahren und händigte

mir eine Adresse und eine Broschüre aus, mit welcher ich dann schon zurechtkommen würde bei der Jobsuche, der beruflichen Reintegration also. Man wird unweigerlich zum Lebenskünstler in einer solchen prekären Lage des Planens von einem Tag zum nächsten. Die vielbeschworene (Un)planbarkeit des Berufs- wie des Lebensalltags wird zur rein optionalen, man könnte auch definieren zur opportunistisch spekulativen Zukunftsvision. Die Frage, ob eine minimale oder maximale Realisierungschance in der Zukunft für das selbstgesteckte Berufsziel besteht, beantwortet sich in den meisten Fällen sehr viel später auf dem Zeitkontinuum.

Die Reha-Beratung der örtlichen Agentur für Arbeit würdigte eine zufällige Vorsprache und Anfrage von mir mit dem bitteren Kommentar: „Für Sie können wir nichts mehr tun. Die Hände sind uns gebunden. Es besteht ein generelles Leistungsverbot gemäß dem für mich gültigen Sozialgesetzbuch (SGB IX). Die Betreuungszuständigkeit ist mittlerweile offiziell zur Deutschen Rentenversicherung Bund in Berlin DRV übergegangen." Doch auch diese Information bleibt widersprüchlich in der Auslegung bis zum heutigen Tag. „Natürlich ist das individuelle Rehabilitationsverfahren im konkreten Fall sehr sorglos unbürokratisch geregelt, wie es der Gesetzgeber üblicherweise vorsieht," höre ich die Repräsentanten der verantwortlichen Sozialpolitik in Interviews und mündlichen Statements verkünden. Gemeint sind die zuständigen Kreistags-, Landtags- und Bundestagsabgeordneten in den sozialmedizinisch fachrelevanten Landtags- und Bundestagsdebatten.

Versicherten, die täglich von ihrer Wohnung zur Bildungseinrichtung hin- und zurück fahren (Pendler), soll nach Möglichkeit ein Mittagessen als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden. Die Fahrtkosten zum Ort der beruflichen Rehabilitation werden ebenfalls erstattet. Das Geld muss stimmen in der Reha, um einen Therapieerfolg nicht leichtfertig aufs Spiel zu setzen. Wenn Geldsorgen den Rehabilitanden vor, während oder nach der stationären Kurmaßnahme drücken, kann dieser entbehrungsreiche Zustand den avisierten Kurerfolg schmälern oder den Betroffenen sehr belasten. Im schlimmsten Fall können die finanziellen Sorgen den Kurerfolg gefährden und fatalerweise einen Kurabbruch zur Folge haben.

Ich erhalte unentwegt schriftliche Bescheide, Abrechnungen, Verwaltungsvorschriften, die ich sehr intensiv studieren muss, damit ich die Beamtensprache verstehe. Wie schwer haben es da Menschen mit einem Migrationshintergrund?

„Sehr geehrter Versicherte/sehr geehrter Versicherter,

wie Sie dem Bewilligungsbescheid entnommen haben, haben Sie für die Dauer der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zuerst einmal 3 Monate Anspruch auf Über-

gangsgeld. Erst nach Ablauf dieser Zeit behalten wir uns vor in Wiedervorlage über eine zunächst abgelehnte Verlängerung zu entscheiden. Das Ergebnis dieser Antragsprüfung werden wir Ihnen schriftlich mitteilen. Dies gilt unter bestimmten Voraussetzungen auch für Zeiten, in denen Sie wegen der Teilnahme an einer Arbeitserprobung oder Abklärung der beruflichen Eignung mittels eine Praktikums sowie der Teilnahme an Kenntnisprüfungen und Eignungsprüfungen beziehungsweise Eignungsuntersuchungen kein oder nur ein geringeres Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielen können.

Die Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld ist grundsätzlich das zuletzt abgerechnete Bruttoarbeitsentgelt und Nettoarbeitsentgelt, wenn die Beschäftigung bei Beginn der Leistung nicht länger als 3 Jahre zurückliegt. Berechnungsgrundlage ist mindestens das tarifliche oder ortsübliche Arbeitsentgelt, das Sie ohne die vorliegenden gesundheitlichen Einschränkungen hätten erzielen können."

Zuerst einmal war die Rehabilitationsmaßnahme nur auf drei Monate festgelegt. Eine Verlängerung der Reha-Maßnahme musste ich mir praktisch als „klassische conditio sine qua non", wie der Lateiner es nennt, jeden Tag als „aufgabentechnische Herausforderung aufs Neue erarbeiten. „Gleiches Recht für alle", denke ich mir.

Weiter heißt es in dem Schreiben: *„Damit Ihr Übergangsgeld rechtzeitig berechnet und ausgezahlt werden kann, bitten wir Sie, sich ständig für weitere Gespräche bereitzuhalten."*

In einem nächsten Schriftstück heißt es dann:

„Versicherten, die täglich von ihrer Wohnung zur Bildungseinrichtung und zurück fahren (Pendler), soll nach Möglichkeit ein Mittagessen als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden."

In Konkretion heißt das, das Verpflegungsgeld in Höhe von 3,80 € ist vom Grundsatz her als Regelleistung sichergestellt. Schon einmal ein wesentlicher Fortschritt gegenüber der dreiwöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme. Ich erhalte Unterhaltsgeld plus eine Verpflegungspauschale. Ob ich mich davon jedoch selbst bzw. eine Familie nachhaltig gesund, kalorienreich oder kalorienarm gemäß der ärztlichen Empfehlung wie den offiziellen Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation, vielleicht ausgewogen vegetarisch, vegan oder was weiß ich wie vollwertig ernähren kann, das wage ich zu bezweifeln. In jedem Fall möchte Otto Normalverbraucher und Kurteilnehmer aber doch wenigstens darauf Wert legen dürfen, dass er von dem gewährten Ernährungsgeld weiterleben kann und nicht erneut erkrankt. Denn ob

die finanzielle Rehabilitationsleistung für das tägliche Essen, die Teilnahme am üblichen Leben ausreicht? Auch die Inflationsrate birgt besondere Problematiken in sich. Wer berücksichtigt den üblichen Preisanstieg für eine ausgewogene Lebenshaltung? Möglicherweise interessieren derartig anspruchsvolle Überlegungen in Sachen Ernährung niemanden in den Büros der Rentenabteilungen, weder der örtlichen noch in der Reha-Abteilung des Bundes. Dagegen wirkt der softwaretechnische Auftritt im Internet der Deutschen Rentenversicherung geradezu elegant, modern und kundengerecht. Außerdem besteht eine Rechtsgrundlage zur Erstattung aller im Zusammenhang mit der Rehabilitationsmaßnahme entstehenden Reisekosten. „Hurra, wie komfortabel“, mag die Erstreaktion auf diesen Umstand bei Außenstehenden lauten.

Dann ist der Reha-Berater des für mich zuständigen Kostenträgers mal wieder zur Stelle. Bei einem der Gesprächstermine in der Vergangenheit kam der Reha-Berater mir gegenüber dann auch gleich zur Sache. Er wollte wissen, wie aktiv ich mich um die angeblich hohe Zahl offener ausgeschriebener Stellen in dem für mich geeigneten Berufsbereich beworben habe. Da ich ihm noch kein grünes Licht, also in Konkretion noch keine effektive Beschäftigungsaufnahme melden konnte, kommentiert er nur kurz und prägnant: „Stellen Sie sich breiter auf dem Arbeitsmarkt auf. ... Denn mit 58 Jahren gehören Sie verglichen mit jüngeren BewerbernInnen ohnehin (fast) zum alten Eisen!“, so klingt die barsch und unsensibel vorgetragene Aussage des Reha-Beraters vor dem inneren Ohr“

Das genaue Bild der getätigten Bewerbungsaktivitäten möchte er stets in Schrift- oder Tabellenform sehen. Denn es steht ja einiges auf dem Spiel, die gewünschte Verlängerung des Unterhaltsgeldes zum Beispiel für den Fall, dass eine Beschäftigungsaufnahme in den nächsten beiden Monaten nicht mehr erfolgt. Bis Weihnachten 2015 sind es nur noch sieben Wochen. Fragen tauchen auf, wovon bezahle ich die Rechnungen im neuen Jahr, was lege ich für die Familie an angemessenen Geschenken – wenn überhaupt möglich – unter den Weihnachtsbaum? Die Uhr tickt unaufhörlich und das vor dem inneren Auge erscheinende Damoklesschwert beim Gedanken an das nächste Gespräch taucht erneut bedrohlich vor mir auf.

Dann auf meine persönliche Initiative ein erneuter Gesprächstermin als Einladung in Schriftform zugestellt bei einer zusätzlich in die Angelegenheit involvierten Ansprechpartnerin vor Ort. Hier finde ich das Büro in einem sehr avantgardistisch bis professionell/geschäftsmännisch anmutenden Outfit vor. Ja die bürotechnische Ausstattung löste bei mir die Vorstellung aus, als handele es sich in diesem Fall um eine äußerst modern künstlich gestaltete Bürofläche. Der von dem Büro-Mobiliar hervorgerufene Eindruck erinnerte mich an das Büro von Versicherungsgesellschaften. Ein für die persönliche Gefühlswelt ungewohnt gestyltes Gesamtbild bot sich mir. Die

Bürowelt der nächsten bürokratischen Schreibtischzunft dachte ich mir. Der tatsächliche face to face Empfang war dann aber sehr viel erfreulicher, als ich es vorher befürchtet habe. Die vorbildlich freundliche und zuvorkommende Beraterin empfängt mich mit einem adretten Outfit und einem freundlichen Lächeln sowie einem Händedruck. Ich folge in ihr Büro. Dort habe ich die im Prinzip nicht zu unterschätzende erfreuliche Gelegenheit zur persönlichen Vorstellung. Gewissermaßen zum aktuellen Feedback beziehungsweise als Reflexionsmöglichkeit über eine weitere, hoffentlich erfolgreich abgeleistete Phase in der Fördermaßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben dreht sich das Gespräch tatsächlich um diesen einen thematischen Kern. Sie mahnt, dass ich mich gemäß des für mich verfassten Gutachtens zu verhalten habe. Die Empfehlungen meines Rehabilitationscoachs bezüglich leidensgerechter Vorgaben mit dem Ziel einer Beschäftigungsaufnahme habe ich einzuhalten. Dann erfragt die betreffende Rehabilitationsberaterin, welche gutachterlich festgelegten Hemmnisse im persönlichen neurologischen Gutachten es denn gäbe. Auf die entscheidende Frage, ob es bereits zu einer sozialversicherungspflichtigen Jobaufnahme gekommen sei, muss ich passen. Ich werde auf das erforderliche Selbststudium des amtsärztlichen Referenzgutachtens für mich verwiesen. Auch wird der Punkt erörtert, warum es denn nach mittlerweile über sechs Monaten der Teilnahme am Programm RehaStep in meiner Situation noch nicht zur Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung gekommen ist. Sie möchte gern wissen, ob eine solche berufliche Tätigkeit in nächster Zeit zu erwarten ist. Mit einem dann doch unterdrückten, aber missmutigen Gefühl im Hals muss ich der Beraterin vortragen: „Tut mir wirklich leid. Ich habe in den vergangenen 4 Monaten im leidensgerechten Berufsbereich zwischen 50 bis 60 Initiativbewerbungen, 35 bis 40 Online-Bewerbungen und schriftliche Bewerbungen auf konkrete Stellenausschreibungen verfasst. Aber bis dato erreichen mich in meinem Online-Postfach und in dem tatsächlichen Postfach in Schriftform bisher nur Absagen. Selbst die Bewerbungen um ein unbezahltes Praktikum finden kaum Anklang und Beachtung. Es tut mir leid, dass ich Ihnen in dieser Frage noch kein positives Feed Back geben kann“, antworte ich der Reha-Beraterin. „Aber der Altersfaktor kann bei den von mir erreichten 58 Lebensjahren als zusätzlicher Negativfaktor dazu kommen,“ gebe ich zu bedenken. „Ja, das ist der berühmte und von vielen als äußerst unangenehm empfundene Zustand zwischen Baum und Borke,” so die spontane Kommentierung der Reha-Fachberaterin.

Natürlich gebe ich mir Mühe, es mir in dem Gespräch nicht anmerken zu lassen, dass ich die Befürchtung mit mir herumtrage, dass der professionelle Marktwert von mir selbst aus altersbedingten Gründen rasch abzufallen droht. Da ich diesen sprichwörtlichen Vergleich des Zustandes zwischen „Baum und Borke“ aus der Botanik bisher noch nicht kannte, aber mir nicht anmerken lassen wollte, dass sie mich rhetorisch auf dem falschen Fuß mit dieser Einschätzung erwischt hatte, entgegnete ich nur

kurz: „Ja natürlich, dieser Eindruck kann entstehen.“ Ich stellte mich im weiteren Verlauf der Unterredung mit den bisher ausgeübten befristeten Anstellungen und dem nachweislichen Engagement in Sachen Bewerbungen vor und berichtete ihr auf die gestellte Frage: „Darf ich fragen, was Sie von Beruf sind?“, dass ich mich und meine Familie bislang als Diplom-Pädagoge nach zahlreichen mit Erfolg abgelegten Fortbildungen mit Dozentenaufträgen für eine breite Palette von Bildungsträgern und auch als Lehrkraft für Deutsch als Fremdsprache in der beruflichen Erwachsenenbildung und in der Migrationspädagogik über Wasser gehalten habe. Außer den ausgeübten Tätigkeiten in der Betreuung und Begleitung im berufsbezogenen Bildungsbereich und in der Reintegration in der Hauptsache für arbeitsuchende wie langzeitarbeitslose Menschen, im Speziellen Spätaussiedler und Menschen aus den Bürgerkriegsgebieten, also mit Migrationshintergrund habe ich zuletzt einige Monate im Bereich des Verkaufs, als Kontrolleur im Logistikbereich und in der Lebensmittelindustrie bis hin zur Tätigkeit als Staplerfahrer nichts ausgelassen, um in Arbeit zu bleiben.

Manch fröhlicher Zeitgenosse sehe in mir den „saarländischen Günter Wallraff“. Mir sei wirklich kein Job zu schwer und keine Aufgabe zu viel, kein Weg zu weit gewesen. Auf keinen Fall sollte durch den persönlichen Auftritt von mir der Verdacht für das unverschämte Vorurteil entstehen und genährt werden, als handele es sich in meinem Fall um einen raffiniert getarnten Drückeberger oder Faulpelz. Als Minijobber im Floristikgroßhandel und als Auslieferungsfahrer (Paketbote) für den Postzustelldienst DHL sei ich – obwohl Akademiker – ebenfalls auf dem Arbeitsmarkt in Erscheinung getreten. Dank der eigenen Lernbereitschaft, der Praxisorientierung und des von dritter Seite gewürdigten ausgeprägten Engagements wie der gezeigten Einsatzbereitschaft war ich also bereit gewesen, zeitlich befristete Anstellungen anzunehmen (sinngemäß habe ich mich gemäß der je nach Konjunktur schwankenden Arbeitsmarktnachfrage wie den nachgefragten Vertragsverhältnissen am Arbeitsmarkt orientiert). Ich habe mich nach besten Kräften behauptet, um das notwendige Geld durch intensive und fleißige Berufstätigkeit für meine Familie und für mich selbst zu verdienen. Mich selbst und meine Familie habe ich mit den Einnahmen mehr schlecht als recht über Wasser halten können. Diesen Versuch, die Gegenseite von meinen beruflichen zur Zeit nur mäßig nachgefragten Fähigkeiten als Praktikant oder als Verkäufer zu überzeugen, erfüllte ich an diesem Vormittag wohl nur mit wechselhaftem Erfolg. Die Dame blieb im weiteren Verlauf sehr diskret, gelassen und ruhig. Sie hörte den Ausführungen von mir mit erstaunlicher Gelassenheit und Aufmerksamkeit zu.

3. Burnout oder nur abgespannt?

In letzter Zeit häuften sich in meinem eigenen privaten Bereich die Spannungen und ich hörte Vergleichbares von anderen Teilnehmern an RehaStep. Wenn von Abgespanntheit, von trüben Gedanken oder von depressiven Gefühlen, Verstimmungen

nach einem Tag voller Anspannung, Ärger und innerer Unruhe im Beruf etwas am Abend zu spüren ist, dann kann diese Erfahrung etwas völlig Normales sein. Es muss sich nicht gleich bei jeder depressiven Verstimmung um eine behandlungswürdige Depression und damit um ein medizinisch behandlungsbedürftiges Phänomen handeln. Menschen können sich aus sehr vielen, wenngleich nicht allen kritischen Lebenslagen selbstresilient heraushelfen. An manchen Tagen werden Ereignisse vor dem inneren Auge auch überbewertet oder lasten schwerer als üblich auf der Seele. Im Volksmund heißt es gern: Man nimmt sich etwas zu sehr zu Herzen.

Wie therapeutisch wertvoll kann der menschliche Organismus und die resilienzbedürftige Psyche an manchen Tagen mit einem einfachen, aber diskreten Signal nach einer verdienten Entspannung, verabreicht als 30-minütige Ruhepause und einer Packung Erholung in Form einer Belohnung mit einer Portion Eis am Stil aus der Eisdiele um die Ecke anfangen und in der Regenerationsphase mit einem Latte Macchiato im gemütlichen Café beim Italiener oder mit der Chorprobe im Gospel Chor beendet werden. Andere Zeitgenossen stellen sich regelmäßig einen kompletten Wochenplan auf oder arbeiten mit Einträgen in das Tage- versus in das Dankbarkeitsbuch. Manche schließen sich einem Sportverein an, besuchen den Spiel- und Trainingsbetrieb regelmäßig oder treffen sich an freien Abenden zum Musikmachen mit einer zünftigen Musikband oder machen möglichst viele Auftritte, um sich den Sprit für den Weg zum Arbeitsplatz mitzufinanzieren. Vieles ist Pflichtsache im Berufsleben. Das Regelwerk läßt vielfach keine Auswahlmöglichkeit zu. Doch in der Freizeit herrschen zum Glück andere Gesetze. Zum Zeitvertreib oder einfach, weil die Lust und Laune einen packt, kann man die Zeit mit einem interessanten Buch zum Schmökern verbringen, oder dem seit längerer Zeit vermissten Genuss eines abwechslungsreichen Kino- oder Fernsehfilms nahgehen. Wenn der Leistungsdruck im Job während der Woche einfach zu groß war und Spuren hinterlässt, den sollte auch kein schlechtes Gewissen plagen. Schlaflose Nächte wegen sehr starker Berufsbelastung sind manchmal unausweichlich, sollten jedoch nicht zur Regel werden.

Es ist sehr viel besser für eine über Jahrzehnte und Monate hinweg erfüllte und harmonische Partnerschaft, wenn man den klassischen Blitzableiter bei der kathartischen Rezeption eines amüsanten Filmabends findet und sich die aufgestauten Gewitterwolken beim aufregend erotischen Bettabenteuer im kuschelig weichen Bettlaken mit wesentlich großzügigerem Zeitpolster von mindestens eineinhalb Stunden mit der eigenen Frau entladen. Diese Variante kann wirklich vorzuziehen sein einem ohnehin nur wenig zufriedenstellenden Streitgespräch nach einer missglückten Aufräumaktion wegen eines seit Wochen überladenen chaotischen Bücherregals. Ein solcher verbaler Konflikt über die leidige Frage, wer den heute wieder die Spülmaschine oder das Bügeleisen bedient, kann dann, weil unausweichlich, von

entscheidender Bedeutung sein in kritischen Phasen, wenn einer oder beide Partner harte berufliche Belastungsphasen durchlaufen müssen. Das strikte Einhalten von Regeln empfiehlt sich immer dann, wenn einen ein neuartiges Berufsprofil erwartet, in welches er/sie sich einarbeiten muss. Wenn schlichtweg der Level des Gereiztseins das übliche Maß überschritten hat, dann sollte eine spontan eingelegte Ruhe- und Erholungsphase beim Initiator kein schlechtes Gewissen auslösen. Natürlich muss jeder der Beziehungspartner zu bestimmten Anlässen, z. B. wenn sich zu all dem Alltagsstress auch noch Gäste angesagt haben, in den berühmten sauren Apfel oder auf die Zähne beißen, wenn es wirklich heißt, jetzt müssen wir wirklich aktiv zusammenarbeiten, damit die Bewirtung und das Bekochen der geplanten Feier auch zu einem Erfolg führt. Die Belastungskapazität einer partnerschaftlichen Beziehung hält sehr vieles aus. Aber vor Überlastungen auf Biegen und Brechen ohne Entlastungsperioden am Wochenende über sehr lange Strecken muss gewarnt werden.[1]

Hält die trübsinnige Gefühlslage in den Emotionen und in der Gefühls- wie Gedankenwelt allerdings über Wochen an, bleibt konstant negativ oder verschlimmert sich sogar dergestalt, dass die üblichen Aktivphasen von Berufsleben und Privatheit völlig ins Durcheinander oder in chaotische Unregelmäßigkeit umschlagen, dann kann es sehr hilfreich sein, wenn man sich bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten oder einem vertrauten Psychiater seiner Wahl Hilfe und Unterstützung einholt.

4. Die Ablegung der Opfer-/Täterrolle

Wenn es schwierig wird nach einer Enttäuschung bei der Partnersuche oder einem schlimmen Misserfolg im Beruf, weil es nach dem Praktikum keine Anstellung gibt oder der Ausbildungsvertrag in der Probezeit gekündigt wird, dann sollte ein flexibler Umgang mit der Zuschreibung der Verantwortung stattfinden. Natürlich hat der Betroffene etwas damit zu tun. Ob er jedoch schuldhaft, fahrlässig oder aber unschuldig am Zustandekommen der Negativbotschaft ist, darf und sollte auch in jedem Fall beurteilt werden. Das heißt aber noch lange nicht, dass die Auseinandersetzung über die potentiellen/möglichen Ursachen zu einer Täter- oder Opferperspektive in der Abwägung und der Erörterung der Entwicklung führt, die den Ausgang des Ereignisses absolut oder ausschließich/exklusiv dem Betroffenen zuschreibt. Der Enttäuschte könnte nämlich einen Motivationsverlust erleiden, der sein weiteres glückliches Handeln davon abhängig macht, dass in Zukunft nur er als Nabel der Welt die Dinge richten und wieder ins Lot bringen kann. Eine gewisse Überbetonung der eigenen Fähigkeiten muss nicht die Lösung in dieser Frage sein. Wer heute Täter ist, kann morgen bereits Opfer sein.

1 *Micus Andrea Sex Ü 60 a.a.O. S. 54*

Eine Kernzielsetzung zur Überwindung von Krankheitssymptomen und als selbstindizierter Beitrag aus der Krankheitsfalle ist die Überwindung der Opferrolle und des schädlichen, weil lähmenden Selbstmitleids, des Selbstbedauerns, die Fokussierung im Selbsterleben auf ein unabwendbares Schicksal: Ich bin eben ein Versager oder Ich wusste es schon immer, dass nur mir das passiert. Einem Rehabilitanden während einer stationären oder ambulanten Behandlungsphase sollte genau eine diametral andere Empfehlung gegeben werden, nämlich dass er wieder aufblühen kann. Alles was mit Flourishing zu tun hat, ist hilfreich und kann den Erkrankten wieder aufrichten.

Die Überinterpretation des Krankheitserlebens wird von starken Merkmalen des Narzissmus begleitet und überformt. Aus der Opferfalle respektive der Opferrolle und dem damit verbundenen Selbstmitleid herauszukommen und sich nicht unbedingt als den Mittelpunkt des Weltalls zu erkennen, kann eine Grundprämisse für die Gesundung werden. „Der Ausdruck Narzissmus steht in einer Vielzahl sehr unterschiedlicher psychologischer, sozialwissenschaftlicher, kulturwissenschaftlicher und philosophischer Konzepte sowie alltagspsychologisch und umgangssprachlich im weitesten Sinne für die Selbstverliebtheit eines Menschen oder für das Verhalten eines Menschen, der sich selbst für wichtiger und wertvoller einschätzt, als der urteilende Beobachter ihn einschätzt.“[1] Dabei darf nicht aus dem Blick verloren werden, dass jeder Mensch, ob gesund oder krank, mit dem eigenen Lebensrucksack zuerst einmal jeden Tag konfrontiert wird und mit diesem Lebensauftrag klar kommen muss. So treffen Menschen in einer ohnehin sehr sensiblen Lebenssituation bei der Suche nach einer geeigneten Wohnung und einer Arbeitsstelle auch auf brutale Ablehnung, soziale Missgunst, ablehnende Vorurteile und auch als Hass und Anfeindung empfundenen Widerstand.

In einem gemischten Sprachkurs mit einer Zusammensetzung von hier aufgewachsenen und sozialisierten Bundesbürgern mit Migrantinnen und Migranten begegnete ich einmal einer sehr fleißigen, motivierten und vernünftigen Dame. Sie berichtete mir davon, dass sie über acht Jahre für einen weltweit agierenden Keramik-Konzern im Saarland gearbeitet habe. Dann habe ihr damaliger Ehemann eines Morgens aus für sie nicht erklärbaren und nachvollziehbaren Gründen zu ihr gesagt, dass er nicht mehr zur Arbeit gehen wolle. Den schockierenden Entschluss und die Erläuterung von potentiell mitverantwortlichen Ursachen habe er ihr nie genau bzw. für sie gedanklich nachvollziehbar erklären können. Die eheliche Beziehung ist an dieser Krise nach sehr kurzer Zeit der vergeblichen Anstrengungen um eine gütliche Einigung und eine für beide Seiten akzeptable Verständigung zerbrochen.

1 www.wikipedia.org/wiki/Narzissmus

Viele inländische und ausländische Familien werden von den gnadenlos harten bis unerträglich brutal anmutenden Arbeitsbedingungen, dem berühmten mal mehr mal weniger gelobten Leistungsprinzip bis hin zur sehr kritischen Überforderungsgrenze der sozialen und wirtschaftlichen Ausbeutung in nicht wenigen Fällen bis an den Rand der Existenzwürdigkeit oder im Not- und Ausnahmefall praktisch in eine ausweglose Sackgasse, manchmal sogar mit fataler Todesfolge getrieben. Die regierende Politik delegiert diese negative Kasuistik für die Bundes- sowie für die verantwortliche Landespolitik dann gern in die Sozialarbeiterhand sinngemäß nach dem stillschweigend verlaufenden Verfahren: „Dem armen Kerl, der notleidenden Familie wird hoffentlich geholfen werden können". Diese Handlungsweise in der Sozialpolitik ist vergleichbar dem aus anderem Zusammenhang landläufig bekannten Gießkannenprinzip, welches in der Konsequenz immer den schon gut betuchten, also wohlhabenden Schichten, Gruppen und Klassen dient.

Für die benachteiligten und sozial Schwachen bleiben dann wieder nur die Brosamen als milde Gaben übrig, die, um in der Metapher vom gedeckten Tisch zu bleiben, per Zufall mehr oder weniger freiwillig neben das Tischtuch fallen. Dauerhafte Milderung der angespannten Lage für in Not Geratene und wirksame Entlastung für die betroffenen Zielgruppen bringen dann in der Hauptsache die durch die Jobcenter oder die Agentur für Arbeit schriftlich beantragten Bildungs- und Aktivierungsberechtigungen (Lebensmittel- oder Bildungsgutscheine) für Nichterwerbstätige und Langzeitarbeitslose. Denn die Menschen in sozialen Notlagen benötigen gesunde Nahrungsmittel wie Getränke, Fleisch, Obst, Gemüse und Gewürze völlig unabhängig davon, ob sie als Fleischesser, Vegetarier, Veganer oder nur koschere Kost bevorzugen.

Diese vor, neben, über, hinter oder über dem Einzelschicksal liegenden Verzweiflungstatbestände führen in manchen Extremfällen zu Verzweiflungstaten mit der gefürchteten Suizidgefährdung, zu weder geplanten noch vorhersehbaren Handlungen der Autoaggression bis zum Weg in den Freitod in einer total widersinnigen Lebenslage des Nicht-mehr-länger-leben-Wollens, in der das Lebensende oder das Wechseln in eine andere Daseinsform jedoch auch nicht gewollt ist. In etwas abgemilderter Variante fügen sich depressive Menschen körperliche Schmerzen zu, indem sie sich die Haut aufritzen, Brandverletzungen oder andere Läsionen zufügen. Sie rasieren sich die Haare oder amputieren sich eine Extremität, also einen Finger, einen Arm oder ein Bein oder wagen sich an sehr extravagante Eskapaden wie äußerst waghalsige Manöver. Sie springen von einer Brücke ins Wasser oder fahren auf dem Dach eines Güterzuges.

Fachleute sprechen von Verhaltensformen des Eskapismus und konzentrieren sich bei der Interpretation auf weitaus kühnere Ausstiegsszenarien von fahrenden Au-

tos auf der Autobahn usw. Autoaggressive, also selbstzerstörerische Handlungen des Betroffenen gegen sich selbst sind bereits ein Warnsignal bzw. ein ernstzunehmendes Alarmzeichen. Die Opfer fügen sich entweder mehr oder minder harmlose oder aber richtig lebensbedrohliche Verwundungen mit stumpfen oder scharfen Gegenständen wie Messern meist an der Hautoberfläche zu. Die Narben bleiben meist ein Leben lang sichtbar, wenn sie nicht von einem Dermatologen oder einem Chirurgen rückgebildet werden können.

Die finanziellen wie familiären Tragödien der Betroffenen, die als eine mögliche Erklärung für die paranoide Irrationalität des Handelns herhalten könnten, bleiben von der verantwortlichen und die Legislative vertretenden Landes- oder Bundespolitik oft unbemerkt. Oder es fehlt einfach das öffentliche Interesse dafür.

5. Soziale Isolation und sozialer Abstieg

Die Statistiken melden einen rasanten Anstieg an Armutsschicksalen, Privat- und Geschäftsinsolvenzen.

Die Not, der Hunger und die Arbeitslosigkeit als Problemlage in Kriegen, in Regionen mit einer minimal entwickelten Wirtschaftsstruktur passten möglicherweise damals wie heute nicht so recht und wunschgemäß ins soziotypische Weltbild könnte man in Ironie hypothetisieren. Der weltbekannte Schriftsteller Berthold Brecht formuliert es in der Dreigroschenoper in sehr treffendem Stil: „Die im Lichte (die in der Sonne) sieht man, die im Dunkeln sieht man nicht!“ Weil die folgenreichen Entstehungsbedingungen der psychosozialen Krisenkonstellationen für die politische Klasse oft unbequem sind und die psychosozialen Strukturprobleme und die herausgefilterten krisenhaften Sozialkonstellationen nicht in den politischen Mainstream passen, begegnet die amtierende Landes- und Bundespolitik in einigen europäischen Staaten diesen Sozialphänomenen des ambulanten Forschungsmarktes sowie des Beratungs- und Therapiemarktes sehr gern mit massiver Ignoranz, ja mit Ausgrenzung und Entprofessionalisierung.

„Bertolt Brecht und Kurt Weill erarbeiteten ‚Die Dreigroschenoper’, die Brechts größter Theatererfolg überhaupt wurde. Brecht traf das Lebensgefühl der von Desillusion und Vergnügungssucht geprägten späten 20er Jahre, indem er die Doppelmoral der bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft an den Pranger stellte.“[1]

1 Quelle: Die Dreigroschenoper - Bertolt Brecht - Inhaltsangabe, https://www.inhaltsangabe.de/brecht/dreigroschenoper/

„Laut Schuldneratlas betrug 2014 der Anteil der Personen, die in diesem Sinne als überschuldet anzusehen sind, im Saarland 11,3 %. Für Deutschland, also die komplette BRD beträgt der Prozentsatz 9,9 % . Damit liegt der Anteil der überschuldeten Haushalte im kleinsten Flächenland etwas über dem Wert der Vergleichsbundesländer.“[1]

Die angenommene Forschungsproblematik der Praxisforschung kann in manchen Fällen auch tatsächlich unbemerkt oder in einer von der Welt der sozialpsychologischen Therapiewissenschaft entfernteren Zustand der Ignoranz unbemerkt bleiben und als Langzeitfolge langsam verkümmern. Andere Problembereiche – welch ein Wunder – lösen sich manchmal von selbst in die Einzelbestandteile auf. Solche soziologischen Forschungsfragestellungen der Makrosysteme und weiterer konkretisierbarer sozialpsychologisch schwer beurteilbarer Bedingungen für variable und konstante Gesellschaftskrisen spielen sich im Bildungs- und Schulsystem wie an den Universitäten ab. Bei hartnäckig aggressiver Verhaltensauffälligkeit und den schwierigsten Unterrichtsbedingungen werden Auffälligkeiten dieser Art dann nicht selten zum Forschungsgegenstand der Universitätsforschung für die Vermeidung von sogenannten Amokläufen.

1 Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (Hg.): Erster Armuts- und Reichtumsbericht für das Saarland Kurzfassung, S. 33, 2015

X. Systemische Resilienz als Bereicherung für Schulsystem und Alltag

Weil die Lehrerschaft an den Schulen oder beauftragte Schulentwickler im Bildungsministerium verzweifelt nach geeigneten Lösungsmodellen und Antworten für die Komplexität der Problemsachverhalte von Schülern mit fragmentierten Lernkarrieren und Lernblockaden suchen, sind moderne Lernmodelle als Lösungsmuster meistens willkommen. Insbesondere bei groben Verhaltensabweichungen von einzelnen Schülern oder Jugendbanden/Jugendcliquen kommt es unter anderem zu kollektiv vorgetragenen Hilferufen aus der Lehrer- und Elternschaft.

Die Unterrichtung wie die Betreuung von Schulklassen mit Migrationshintergrund stellt für die Schulsozialarbeit, die Sozialhilfeträger wie die Bundesagentur für Arbeit und das Netz der Jobcenter bei der Betreuung von Bedarfsgemeinschaften und die in der systemischen sozialpädagogischen Familienhilfe tätigen Wohlfahrtsverbände eine zusätzlich hochkarätige Herausforderung dar. Dieser Forschungsgegenstand der interkulturellen Interaktion und Kommunikation beinhaltet die interkulturelle Problematik bei den Deutschkursen für Bürgerkriegsflüchtlinge. Das Unterrichten erfordert im täglichen ehrenamtlichen respektive offiziell hauptamtlichen Arbeitsvollzug tagtäglich Höchstanstrengungen von den Akteuren, um aus der aktiven Forschungswirklichkeit so zeitnah und praxisbezogen wie möglich die so angestrebten praxisrelevanten Erkenntnisse liefern zu können. Die curriculare Unterrichtsforschung ist jedoch der schulpsychologischen Forschungsabteilung überlassen. An dieser Stelle geht es in der Hauptsache um das Studium und die erforschende Auseinandersetzung mit den angesprochenen Krankheitsbildern von Burnout, der Depression und Verhaltensstörungen wie das ADHS.

Die nachhaltig systematische Entschlüsselung, die zielführende und komplette Aufklärung über die genannten Krankheits- und Genesungsverläufe und die hochkomplexe Lösung mit Entlastungs- und Entschärfungsfunktion für das betroffene Klientel in extrem schwierigen und vielfach in sich überlagerten Problemkernen von Einzelfall-, Familien- und Partnerschaftskrisen stellen wesentliche Fragen des wirtschaftlich-existenziellen Überlebens und des Fortbestandes von Krisenkonstellationen im Lichte und vor dem Hoffnungsansatz der „systemischen Resilienz als Leuchtturm der therapiewissenschaftlichen Erkenntnis“ dar. Der nackten Wirklichkeit des Sozialalltags können die Fachleute aus der systemischen Familientherapie, der Paartherapie und der Verhaltensmedizin mit minutiösen und gut durchstrukturierten Gesprächsangeboten begegnen und mit diesen resilienzfördernden Methoden die prosoziale und psychosomatisch indizierte Begleitungsarbeit über Wochen und Monate immer wieder mit neuem Engagement und frischem fachlichen Lebensschwung erfüllen.

Neben den fraglichen Fällen in den berühmten Warteschleifen von Rehabilitationsmaßnahmen, welche den Wiedereinstieg in ein gut integriertes Berufs- und Sozialsystem mit vorbereiten, leiden in Wirklichkeit bereits sehr viele Patienten Jahre zuvor an einer unerkannten Depression als einer emotional affektiven Persönlichkeitsstörung mit krankhaften Schüben und Phasen wie Niedergeschlagenheit, Trauer, Ängstlichkeit, Antriebslosigkeit, emotionalen Missempfindungen als einer Art der suboptimalen Energetisierung. In den rehabilitativen Kursen wird dann nicht selten der Eindruck suggeriert, dass dem einzelnen Menschen mit seinem spezifischen Krankheitsbild oder der an Analphabetismus oder Dyskalkulie leidende Teilnehmerin aus einem bildungsfernen Milieu durch eine wenige Wochen umfassende Teilnahme in kürzester Zeit sehr umfänglich geholfen werden kann.

1. Grundüberlegungen zur statistischen Empirie in der Praxisforschung

Für den Nachweis des Erfolges wird gern die standardisierte Befragung und die Auswertung von narrativen Interviews herangezogen. Empfohlen wird eine im Verfahren des Zufallsprinzips (Randomisierung) ermittelte Gruppe von Befragten. Soll das Befragungsergebnis eine Übertragung auf die Gesamtpopulation einer Region oder eines Landes ermöglichen? In diesem Fall sprechen wir von einer klassischen repräsentativen Empirie. Die Empirieergebnisse lassen dann eine Übertragung auf die Gesamtbevölkerung zu. Es handelt sich dann um eine repräsentative Untersuchungspopulation (Population steht für Probanden oder Versuchspersonen). In einem nächsten empirischen Analyseschritt anhand des für diesen wissenschaftlichen Anwendungszweck entwickelten Pretests Fragebogens oder der labortechnischen Untersuchungsanordnung wird mittels einer Pretestphase von +/- 30 Probanden die exemplarische Voruntersuchung stattfinden. Man spricht in Forscherkreisen gern von einem angeschlossenen replikativen Fragebogentest. Die streng kontrollierte Randomisierung von Untersuchungspanels kommt für diese Qualitätsstudie nicht in Frage, weil der Universitätsstandard völlig andere Analyse- und mathematisch gesicherte computergestützte Untersuchungsverfahren und Programmierverfahren voraussetzt und erlaubt. Die Voraussetzungen einer wissenschaftlichen Befragung sind im Rahmen dieser Metatheoriestudie nicht zu erfüllen. Der wissenschaftlich empirische Analyseansatz für eine bestimmte Region, also die Überprüfung von Forschungsfragen ist jedoch die Basis universitärer Erkenntnisgewinnung, auch wenn nicht alle Wissenschaftsphänomene in der universitären oder in der Praxisforschungslandschaft operationalisiert d. h. in sozialwissenschaftlich überprüfbare Analyseeinheiten transferiert oder zugeordnet werden können.

Notwendigerweise bedarf es zu der Entwicklung eines geeigneten Fragebogens der kontrollierten Durchführung der Befragung eines zuvorigen Pretests wie auch der Gewinnung erfahrener Untersuchungs- und Testleiter. In aller wissenschaftlichen

Regelmäßigkeit bedarf es nicht nur zwecks Entwicklung des Fragebogens sondern insbesondere bei der Durchführung und Auswertung des kontrollierten Befragungsvorgangs der fachlichen Unterstützung von erfahrenen Experten auf dem Gebiet der empirischen Statistik. Die Grundlagen zur Datenerhebung, zur Datenauswertung und zur Dateninterpretation sowie der wissenschaftlichen Fragebogengestaltung sind nur an den Universitäten anzutreffen. Alternativ dazu sind solche Aufgaben den Instituten wie der Forschungsgruppe Wahlen, dem Meinungsforschungsinstitut Infratest DIMAP[1] oder dem Institut für Demoskopie Allensbach (als Beispiel) vorbehalten. Die statistische Auswertung mittels SPSS eines standardisierten sozialwissenschaftlichen Analyseverfahrens für mathematische Stichproben erfordert ebenfalls sehr viel Erfahrung und Übung im Umgang mit großen Datenströmen und computergestützten Analyseverfahren mittels universitärer Großrechenzentren.

Die derzeit auf dem Literaturmarkt nachforschbaren außeruniversitären Forschungsbedingungen bleiben daher oft viel zu indifferent und zu vage für eine forschungsrelevante Operationalisierung und in Besonderheit für einen Forschungsalleingang. Die Einschätzung der Frage: „Wie stärke ich die persönliche Resilienz während einer drei-, fünf- oder siebenwöchigen stationären Therapie", möchte ich so beantworten: Der psychosomatische Therapiemarkt d. h. das Netz an anerkannten Fachkliniken mit den dort als klassisch zu kategorisierenden Therapie- und Anwendungsangeboten wie der Therapiekleingruppe, dem Thai Chi, dem YOGA mit variablen Meditationstechniken, das körperliche Fitnesstraining zur Optimierung der somatischen Koordinationfunktionen, Massage- und Entspannungsverfahren und weitere Anwendungen wie die Tanz-, Kultur- und Kunsttherapie sind sicherlich als in Abhängigkeit von dem Schweregrad und der medizinischen Diagnostik wirksame Therapieformen zu würdigen. Die Langzeitwirksamkeit der jeweiligen Anwendung ist jedoch eine weitere unbeantwortete Forschungsfrage und sollte und kann überhaupt erst in sogenannten Langzeitstudien (Follow Ups) mit einem über mehrere Jahre immer wieder befragten Panel an gleichen Untersuchungspersonen mit der Gegenüberstellung zu einer unbehandelten Population erforscht werden.

2. Die Wegweiserfunktion der systemischen Resilienz im Alter als Grenzerfahrung

„Durch Lebenskrisen und schwere Krankheiten können Lebenskonzepte , Träume, Bilder und Vorstellungen zerbrechen. Wenn erstmals in dieser Situation durch äußere Umstände ein Selbstreflexionsprozess erzwungen wird, kann dies dazu führen, dass keine Idee vorhanden ist, welche Ressourcen sich auch aus negativen Bildern ergeben können. Deshalb ist es sinnvoll, diese Fähigkeit zu ‚entfalten' wenn noch kein

1 *www. dimap-infratest.de*

Ernstfall vorliegt. Der Umgang mit einem Mangel, der Einsamkeit und Unvollständigkeit ist schmerzhaft, im Lebensverlauf mit dem Unvermögen zusammenhängend, Unangenehmes akzeptieren und Angenehmes loslassen zu können ...“ [1]

Die hohe Kunst des Älterwerdens beschreibt Anselm Grün in einem seiner aus theologischer Perspektive beleuchteten Daseinsform vor dem Abschiednehmen aus dem irdischen Lebenskreis. Das Altern ist keine Krankheit und ebenso auch nicht das Erreichen der unterschiedlichen Entwicklungsstadien vom frühen Vorruhestand ab dem vollendeten 55. Jahr, dem Erreichen des relativen Ruhealters ab dem 70. Geburtstag und dem sehr hoch betagten Menschen im Alter von 80 und mehr Jahren. Die Lebenserwartung des Mittel- und Westeuropäers kann bei 85 und mehr Jahren liegen. Einzelfälle gibt es, in welchen meistens die Frauen wegen der genetischen Begünstigung die 100-Jahre-Marke und darüber hinaus erleben und feiern dürfen. Nur nehmen die energetischen Abwehrkräfte mit zunehmender Altersangabe ebenfalls ab und das Risiko, an einer ernsthaften Krankheit zu leiden nimmt in der Wahrscheinlichkeit in einer unvorhersehbaren statistischen Variabilität zu. Der Begriff der Vulnerabilität bezeichnet die übliche statistische Wahrscheinlichkeit an einer schwerwiegenden, vielleicht tödlichen Krankheit zu leiden und stellt außerdem eine durchaus variable Bezeichnung für das Gegenteil der systemischen Widerstandskraft, nämlich einen begrifflichen Maßstab für die menschliche Verletzbarkeit sowohl im körperlichen als auch im geistigen, seelischen und spirituellen Bereich dar. Abgeleitet ist der Begriff aus der lateinischen Sprache: vulnus, vulneris = Hieb, Stich oder eine Verletzung.

Doch auch im Falle einer altersbedingen (geriatrischen) Erkrankungsform wie dem Alzheimersyndrom, der vaskulären Demenz oder anderen Stufen der altersbedingten Schwäche und der Degeneration, z. B. dem Altersstarrsinn könnten die mit der Systemresilienz verbundenen Einsichten wie flexible Bewusstseinsformen eine hilfreiche Funktion bei der Einstellung gegenüber dem üblicherweise als schwierig und kritisch eingeschätzten Lebensabschnitt übernehmen. Es gibt viele Situationen, in welchen man selbst nicht die Lösung, also des „Pudels Kern“ selbst kennt. Trotzdem ist es möglich, den alten Menschen selbst dann mit einem professionellen Helfer vertraut oder bekannt zu machen. So werden in solchen Fällen Helfer- und Pflegepersonal oder der klassische Seniorenbetreuer gem. § 87 SGB XI neuerdings als Fortbildungsangebot gem. § 53 c im vertrauten Wohnungsbereich oder in einer Senioreneinrichtung hilfreich und aktiv. Auch auf diesem Gebiet ist eine gesetzliche Änderung vorgenommen worden. Inhaltlich ist wohl alles beim alten geblieben.

Aus Pflegestufen sind gemäß dem Pflegestärkungsgesetz Pflegegrade geworden. Mittlerweile ist in der Bundesgesundheitspolitik das Pflegestärkungsergänzungsge-

1 Matthes,J.: Bewußtseinskultur und Gesundheit, S. 27, 2017

setz verabschiedet. Der pflegende Angehörige soll durch die Beratungangebote tatkräftig bei der Pflege unterstützt werden. Für diesen Zweck gibt es heute sogenannte Pflegestützpunkte, die bei der Antragstellung und bei der Erklärung der gesamten schwierig und unüberschaubar gewordenen Antragstellung behilflich sein können. Ambulante Pflegedienste sind bei der Pflege im häuslichen Bereich im Einsatz, um dem alten Menschen den Verbleib in der vertrauten Wohnumgebung zu ermöglichen. Die Berater in den Pflegestützpunkten können bei der Beantragung zur Einstufung behilflich sein. Jedermann kann sich über das örtlich zuständige Gesundheitsamt bezüglich der genauen Adresse informieren.

Wer als pflegender Angehöriger aus eigener Kraft die Lebensgestaltung für einen schwachen, vergesslichen und kontaktarmen Menschen erleichtern möchte, kann dies tun. Wer zum Beispiel eine im Umgang schwierige alte Dame oder den Kontakt mit dem eigenen Vater oder der Mutter nicht mehr souverän und selbstbestimmt steuern kann, sollte sich nicht zu schade sein, für den betreuten Probanden und auch für das Erlernen geeigneter Hilfetechniken die Hilfeinstitutionen wie den Pflegestützpunkt in der Nähe, den medizinischen Dienst zur Bestimmung des Pflegegrades und weitere ärztliche und psychotherapeutische Hilfeadressen anzurufen und sich zu informieren.

Beenden möchte ich dieses Unterkapitel mit einem Zitat von Max Herzog, welches die Relativität von gefühlten und tatsächlichen Schmerzen und gefühlten Schmerzsensationen in unserer Alltagswirklichkeit sehr gut beleuchtet: *„Es gilt als Paradoxie, dass die Schmerzen in jenem Zeitalter am unerträglichsten sind, in dem am meisten gegen sie etwas getan werden kann“.*[1]

3. Ein neuer Weg in der Schmerztherapie

Die systemische Resilienz kann gegen verhaltensbedingte Schmerzsensationen und als vermeintliche Arznei bei Schlaflosigkeit als ein Forschungsansatzmodell in einem überaus komplexen Forschungssetting der modernen Verhaltenspädagogik eingesetzt werden.

„Das Symptom Schmerz, besonders der chronische Schmerz hat sich bislang den Wissenschaften kaum erschlossen. ... Die Bundesrepublik Deutschland zählt bereits rund 400.000 Fälle therapieresistenter Schmerzpatienten. Für sie ist der Schmerz selbst zur Krankheit geworden. .. Das epidemische Anwachsen insbesondere von Rückenschmerzen seit den 1950er Jahren kann nicht allein organmedizinisch durch gewandelte Lebensbedingungen und entsprechende körperliche Schäden (häufiges Sitzen,

1 Herzog , M.: In: Hoefert et Kröner B.:(Hg.).: Phänomenologie des Schmerzerlebens, Psychologische und medikamentöse Interventionen, München und Basel 1999

Bewegungsmangel) erklärt werden. Weiterhin sind Rückenschmerzen ein Indikator für Stress. Andere Faktoren, etwa ein veränderter Umgang mit Rückenschmerz durch Arzt und Patient, kommen hinzu."[1]

Das sich aus den vorausgehenden Reflexionen ableitbare Dreiermodell des Schmerzes berücksichtigt die

» Physiologischen,
» Motorisch-verhaltensmäßigen,
» Subjektiv-kognitiven bzw. erlebnismäßigen Ebenen des Schmerzproblems[2]

Birbaumer 1987 unterscheidet zwischen Schmerzempfinden, Schmerzreaktion und Schmerzverhalten.

„Geschichtlich gesehen wird das Schmerzphänomen als eines von fünf potentiellen Schmerzkonzeptionen gesehen. (Grahek 1992 und Herzog 1992)".[3]

a. Historisch gesehen stellt die antike Auffassung die älteste uns bekannte Konzeption des Schmerzes dar. Für diese Theorie ist Schmerz ein Gefühl der Unlust, das dann entsteht, wenn die (innere) Harmonie des Menschen aufgelöst, Lust dagegen, wenn sie wieder hergestellt wird. Mit unterschiedlichen Akzentuierungen haben Platon und Epikur diese Vorstellung entwickelt.

b. In der Neuzeit wird seit René Descartes Schmerz als eine durch Nervenbahnen übertragene einfache Empfindung verstanden … Der Reiz wird über die Nervenbahnen zum Hirn geleitet. In einer Zeichnung von Descartes wird die Flamme, welche die Hand verbrennt, als Reiz durch Nervenbahnen zum Hirn geleitet, wo sie zum Flämmchen verkleinert, aber mit derselben Qualität den brennenden Schmerz verursacht. Man hat diese Theorie deshalb auch als „Leitungstheorie" bezeichnet.

   Die Konzeption der physiologischen Leitungstheorie folgt auch heute noch entweder der von Johannes Müller begründeten Lehre von den spezifischen Sinnesenergien, nimmt dementsprechend spezifische Schmerzrezeptoren (Nozizeptoren) „Spezifitätstheorie" an, oder sie geht davon aus, dass jeder sensible Nerv Schmerz verursachen kann, wenn seine Reizung ein bestimmtes Maß übersteigt (Intensitätstheorie).

1 *Traue & Kessler 1995 In: Hoefert et al. a.a.O., S. 25*
2 *Herzog M.: ders. a.a.O., S. 25*
3 *Herzog M.: ders. a.a.O. S. 27*

c. Schmerzempfindung wird funktionalistisch im Besonderen als biologisch zweckhaft interpretiert werden. Die Funktion wird aus dem Ursache-Wirkungsverhältnis körperlicher Vorgänge und zweckhafter und seelischer (gefühlsmäßiger) Reaktionen abgeleitet.

d. Die behavioristische Theorie vermeidet Aussagen über das Schmerzerleben überhaupt. „Schmerzerlebnis“ bedeutet z. B. bei B. F. Skinner nur eine verbale subjektive Reaktion auf objektiv unbekannte physikalische Reize.

e. Phänomenologisch wird Schmerz als ein gegenüber Funktion und Erleben neutraler Leistungsanspruch an das Subjekt verstanden.[1]

Im selben Erklärungsmuster ist es wohl verständlich, wenn vom „analgetischen Zeitalter“ gesprochen wird. Gemeint damit ist „ein Anrecht des Menschen auf Schmerzfreiheit”. Deshalb verliert in ihm der Schmerz jeden Sinn: Er ist als Atavismus nur noch eine absurde Entgleisung der Natur, die, so scheinen selbst die Ärzte zu glauben, eines Tages durch die Wissenschaft eliminiert werden kann.

Je allgemeiner diese Illusion wird, umso größer wird die Schmerzempfindlichkeit der Menschen. Der Feldchirurg Napoleons, Larrey, berichtet in seinen „Medizinisch-Chirurgischen Denkwürdigkeiten” (1813 -1819), dass er im Feld Arme und Beine amputierte und dass dabei die Patienten ruhig zusahen. Frühere Bildwerke der Chirurgie geben einen ähnlichen Eindruck: Die schmerzverzerrten Gesichter sind selten. Wenn wir bei Hippokrates lesen, dass außer den Medikamenten noch das Messer, das Glüheisen und die Säge die Heilmittel sind, dann müssen auch unter seinen Händen Menschen Schmerzen ertragen haben, die wir heute vielleicht nicht mehr ertragen könnten. Es gilt die Paradoxie, dass die Schmerzen in jenem Zeitalter am unerträglichsten sind, in dem am meisten gegen sie getan werden kann. (Saner 1992).

4. Suchtgefahr Pharmazeutika

„Im Jahr 1996 wurden insgesamt 1,66 Milliarden Packungen Arzneimittel in den Apotheken verkauft, nur unbedeutend weniger als 1995. Der gesamte Umsatz betrug rund 48,1 Milliarden DM, ein Zuwachs von 5,4 % gegenüber 1995, gemessen an den Herstellerabgabepreisen. Rechnet man die Ausgaben für Arzneimittel in den Krankenhäusern hinzu, dann kommen insgesamt rund 53 Milliarden DM zusammen.“[2]

1 Herzog M.: Vom Leitungs- zum Leistungsprinzip, ders. a.a.O., S. 26)
2 Glaske G.: In Hoefert et al.: Schmerzmittelkonsum 1996 in der Bundesrepublik Deutschland – In: Schmerzbehandlung, a.a.O. ; S. 138

Auch die Autoren Regine Klinger und Christoph Maier „bestätigen den Wandel in der Medizin“ und im Patientenverhalten. Das Autorenteam schreibt:

„Dabei rückte die ‚Symptomkontrolle’, d. h. die Linderung von Schmerzen bei nicht kurativ zu behandelnden Erkrankungen zunehmend in den Mittelpunkt.

... Die Applikation niedrig dosierter Opioide über spezielle Katheter wurde zuerst für Tumorpatienten mit schwersten Schmerzen entwickelt, später auch bei anderen starken Schmerzen eingesetzt. Die Einführung von Morphintabletten, die ihren Wirkstoff sehr langsam freisetzen (sogenannte Retardpräparate), erweiterten wesentlich die Anwendungsmöglichkeiten im Bereich der oralen Morphintherapie. Es wurde hiermit der Nachteil der relativ kurzen Wirksamkeit (2 – 4 Stunden) älterer Zubereitungsformen, wie der früher übliche Brompton-Cocktail, überwunden. Die Patienten waren hiermit gezwungen, ihre Dosis alle 2 – 4 Stunden einzunehmen und mussten folglich auch nachts – üblicherweise die Zeit der stärksten Schmerzen – zur Einnahme geweckt werden.[1]

... In der Tumorschmerztherapie wird heute weltweit das Stufenschema der Weltgesundheitsorganisation (WHO) praktiziert vgl. Abbildung im Anschluss :

Stufe 1: Non Opioide (NSAID)

Stufe 2: Mittelstarke Opioide + Ko.-Analgetika

Stufe 3: Starke Opioide”[2]

Die Interpretation und Kommentierung von ärztlich getroffenen Medikationen steht einem Nichtmediziner im Prinzip nicht zu. Daher wird an dieser Stelle auch keine Kritik am ärztlichen Handeln geübt. Schon gar nicht wird erwogen, berechtigte lebensverlängernde Maßnahmen zu beurteilen.

Doch dort, wo sich ein multidisziplinäres Team zur Schmerzbehandlung bei Tumorpatienten zusammensetzt, hört man immer häufiger, dass zu den Behandlungen der Radiologie also der Bestrahlung von Tumorgewebe und der Chemotherapie auch die Gesprächstherapie oder Meditation speziell bei dem letzten Lebensabschnitt in einem Hospiz beispielsweise eingesetzt werden. Auf diesem kooperativen Weg der psychologischen, der sozialpädagogischen wie sozialtherapeuthischen Fachgebiete kann hoffentlich auch in der Zukunft mit Erfolg eine nebenwirkungsarme oder ne-

1 *Klinger R. u. Maier Ch.: a.a.O.; S. 150*
2 *Dies.; a.a.O..; S. 151*

benwirkungsfreie Hilfehandlung gegen die Ängste vor dem Sterben oder auch eine sinnvolle schmerztherapeutische Kombinationsmaßnahme gegen die erheblichen Nebenwirkungen von Medikamenten unternommen werden. Mit der Philosophie der Blauäugigkeit und Naivität ist gegen eine bedingungslose und „blinde Tablettengläubigkeit“ wenn überhaupt nur sehr schwer anzukommen.

Denn es sei die Fragestellung erlaubt: Wie hilft man sich als betroffener Schmerzpatient selbst gegen heftigste somatisch hervorgerufene Schmerzen oder vor anderen lebensbedrohlichen Symptomatiken, wenn keine Tabletten verfügbar sind, unverzichtbare Organe wie die Lunge, das Herz, die Leber oder die Nieren die lebensnotwendige Funktion bereits eingestellt haben und kein Spenderorgan verfügbar ist? Dann kann ein guter Zuspruch und ein verständnis- wie anteilnahmsvoll geführtes persönliches Gespräch zwar nicht das alleinige Heilmittel sein. In dieser Situation kann die persönliche Nähe, ein Händedruck oder ein Gespräch aber zumindest dem Betroffenen das Gefühl geben oder das Signal aussenden, dass er nicht allein ist. Manchmal hilft auch nur das persönliche Dasein d. h. die angemessen distanzierte Präsenz eines vertrauten und nahestehenden Mitmenschen. Das schweigsame Zuhören kann die bedrohliche Erfahrung eines gefühlten Ausgeliefertsein an die maschinelle Medizin ausgleichen. Im Übrigen bringt das dauerhafte Angeschlossensein an eine Herz-Lungenmaschine oder die notwendige und ständige Tablettengabe an einen Tumorpatienten oder einen Sterbenden für sich allein auf Dauer auch keine Überlebensqualität für den lebensbedrohlich Erkrankten.

Doch die Rezeptur der systemorientierten Resilienz hat auch bei hartnäckiger Ablehnung hoffentlich noch einige selbstresiliente Strategien argumentativer Art in petto, wenn die erklärten Gegner der Methode zur systemorientierten Selbstresilienz die „Giftpfeile vielleicht schon längst verschossen“ haben.

5. Bedeutung von Kunst und Kultur für die systemische Resilienz

Der kunstpädagogische Therapieansatz in Relation zum kunsttherapeutischen Arbeitsansatz berücksichtigt sehr viel stärker das eigenaktive Potential des künstlerisch Agierenden. Die Diskussion der Zusammenhänge zwischen den beiden Theoriegebäuden kann nur an konkreten Beispielen herausgearbeitet werden. Daher wird in diesem Kapitel auf die Ausführungen von Karl Heinz Menzen zurückgegriffen und viele sachthematisch geeignete Textstellen aus dem Werk „Grundlagen der Kunsttherapie“ in den Buchtext einbezogen. Die Definition des Begriffs „System“ geht gleichfalls auf die angesprochene Veröffentlichung zurück.

„Das System als Begrifflichkeit wird von ihm so beschrieben: „Das Individuum mit seinen Teilfunktionen und die Umwelt in ihren (spezifischen Funktionen) wirken

als Teilsysteme wechselseitig und koedukaktiv aufeinander ein. Das Individuum ist zwar für die Anregungen von außen offen, nimmt aber gemäß seiner internen Struktur (kognitiv-semantisch-motivational-sozial) diese Anregungen auf und verarbeitet sie entsprechend. Die Systemtheorie nennt diese Eigenschaft „operationale Geschlossenheit".[1]

Den Unterschied zwischen der systemischen Therapie und des systemresilienten Handelns herauszuarbeiten, ist sicherlich keine einfache Aufgabenstellung. Ich gehe davon aus, dass die Vertreter der klassischen Kunsttherapie es sich nicht nehmen lassen werden, klassische Begrifflichkeiten aus der Kunsttherapie und die damit verbundenen klassischen Kunsttherapietechniken für sich in Anspruch nehmen zu wollen.

Ein Unterschied zwischen den beiden Theorieansätzen kann und könnte sein, dass es der systemischen Resilienz im Gegensatz zur systemischen Kunsttherapie nicht im Wesentlichen darum geht, zwischen einem gesunden und einem kranken Mitmenschen eine systematische Klassifizierung vorzunehmen. Demgegenüber orientiert sich der im Sinne der Systemresilienz haupt-, neben- wie ehrenamtlich Handelnde auf dem Gebiet der Kunst- oder Kulturpädagogik als professioneller oder kompetenter Dienstleister für einen Kunden, einen Auftragnehmer, einen Besucher, einen Gast respektive einen Freund.

Karl Heinz Menzen stellt in dem in der Fußnote erneut zitierten Standardwerk auch sehr viele Begriffsdefinitionen vor. So ordnet er den Begriff „Systemische Therapie" zu, indem er argumentiert. Die „systemische Therapie sei ein Oberbegriff, der klassische strukturell-familientherapeutische, systemisch-kybernetische, systemisch-konstruktivistische und lösungsorientierte kurzzeittherapeutische Modelle umfasst. [2]

Eckhard Neumann (1998) fordert in Übereinstimmung mit Martin Schuster (1997) „die klare Definierbarkeit und Kontrollierbarkeit der Maßnahmen der Kunsttherapie".

Es erscheinen die folgenden Forderungen sinnvoll:

» Die Neutralität des Therapeuten: Er wird zum Teilnehmer der sozialen Interaktion.

---

1 Ders.: a.a.O.: S. 127 f.
2 Von Schlippe A.v.; Schweitzer J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung 1997[3], S. 24

- » Das zirkuläre Verständnis der therapeutischen Interaktion: In der Gesprächspraxis wird nicht mehr nur quasi von außen gedeutet, sondern die Selbstaussage initiiert.
- » Die Abkehr von linear-kausalen Erklärungsmustern.[1]
- » Eine Abkehr von der Stigmatisierung des einzelnen zur Analyse destruktiver zwischenmenschlicher Verhältnisse.[2]

Bevor die rechtlichen und die gesetzlichen Aspekte besprochen werden, sollen grundlegende Begrifflichkeiten definiert werden.

„System. Das Individuum (mit seinen Teilfunktionen) und die Umwelt (mit ihren spezifischen Funktionen) wirken als Teilsysteme wechselseitig und koevolutiv aufeinander ein. Das Individuum ist zwar für die Anregungen von außen offen, nimmt aber gemäß seiner internen Struktur (kognitiv-semantisch-emotional. sozial) diese Anregungen auf und verarbeitet sie entsprechend. Die Systemtheorie nennt diese Eigenschaft „operationale Geschlossenheit".[3]

Die rechtlichen wie die gesetzlichen Vorgaben bestimmen den Zusammenhang außerdem in nicht unerheblicher Weise. Im Jahr 1998 wurde das Lebensbewältigungshilfegesetz in den Bundestag eingebracht:

„Systemische Therapie. Die systemischen Therapien orientieren sich nicht mehr wie in traditionellen Therapieformen an psychischen Elementen und Zuständen. Stattdesen werden verbindende Muster und Prozesse interessant. Nicht mehr Eigenschaften, Konstanzen, lineare Kausalitäten sind gefragt; eher sind Ganzheiten, Rückkoppelungen und Zirkularität von Interesse. „Systemische Therapie" ist ein Oberbegriff, der klassische-strukturell-familientherapeutische, erlebnisorientiert-familienhterapeutische, systemisch-konstruktivistische und lösungsorientierte kurzzeit-therapeutische Modelle umfasst."(Von Schlippe/Schweitzer 1997, 24).

„Systemtherapeutische Techniken ergeben sich aus der Frage, wie in sozialen Systemen Menschen gemeinsam ihre Wirklichkeit erzeugen, welche Prämissen ihrem Denken und Erleben zugrunde liegen und welche Möglichkeiten es gibt, diese Prämissen zu hinterfragen und zu ‚verstören'"(17)[4]

---

1 Neumann E.: Kognitive Grundlegungen für integrative Kunst/Gestaltungstherapie und Imaginationsverfahren. In: Zeitschr. F. Musik, Tanz- und Kunsttherapie. (3), S. 142 – 146, 1998
2 Ders.: a.a.O. S. 123
3 Menzen K.H.: a.a.O., S. 127
4 Ders., a.a.O., S. 128

„Zirkularität. – eine dieser systemtherapeuthischen Techniken ist die zirkuläre Frage. Sie stellt nicht mehr lineare Erklärungsmuster, Ursache-Wirkungsmuster zwischen zwei Ergebnissen her nach dem Motto: Wer ist schuld, Wer hat was verursacht? Stattdessen provoziert sie die wechselseitige Bedingtheit in der Herangehensweise an den Konflikt derart, dass eines auf das andere verweist, im Hin und Her die Konotationen des Konfliktes immer mehr angereichert und sichtbar werden. Auf diese Weise ist ein Symptom nicht mehr eindeutig einem Träger zuzuschieben, sondern jeder Träger ist, wie in einem Zirkel, Ursache und Wirkung. So ist symptomatisches Verhalten nicht Ausdruck einer individuellen Pathologie, sondern ein solches Verhalten hat eine Funktion für den Bestand der Familie (Ludewig 1993). Zirkuläres Fragen zielt darauf, die Funktion eines Symptoms im ‚pathologischen Spiel' einer Familie zu sondieren. (137) ‚Was würde Ihre Mutter sagen, wenn sie das hören würde', eine solche Frage reicht die Problemstellung weiter, öffnet den Dialog, gibt die lineare Sicht auf."[1]

Die Reflexionen zum systemischen Sehen von Gisela Schmeer könnten an dieser Stelle von sachthematischer Bedeutung sein. Sie unterschiedet drei Formen von Sehen: das synoptische, das fokussierende und das zirkulär-dynamische Sehen. Letzteres ist grundlegend für ein systemisches Betrachten eines Bildes. „Systemisches Verständnis des Bildes bedeutet, dass wir davon ausgehen, dass das Bild, der Maler oder die Malerin des Bildes in einem permanenten Wechselwirkungszusammenhang stehen, in den auch der Therapeut von Anfang an einbezogen ist. Auch der Raum, in dem sich Therapeut und Klient begegnen, ist in diesen Wechselwirkungszusammenhang einbezogen. Auch die Tageszeit, die Schwingung im Raum, alles wirkt auf alles, und alles wirkt sich aus": Stimmungen, Erwartungen, Erfahrungen, innere Bilder, Farbe der Kleidung, der Augen, der Stimme usf. (Schmeer 1995, S. 4)

„Nicht die Therapeutin sondern die Patientin steht im Mittelpunkt. … ‚Wenn das Bild jetzt sprechen könnte, was würde es sagen?' Und mit zirkulärer Fragetechnik werden frühe Beziehungsfiguren ins Spiel gebracht: ‚… und wenn Ihr Vater das Bild sehen würde, was würde er sagen?' Vermieden wird auf jedem Fall das Sprechen über. (Schmeer 1995, 4)[2]. (Schmeer 1995, 4) will den ‚unmittelbaren Dialog mit dem Focus', der ‚eine Atmosphäre energetischer Dichte' schafft."[3]

Ebenso rücken berufspolitische und rechtliche Rahmenbedingungen in den Betrachtungsfokus und verlangen nach Anerkennung und die Einordung in die judikativen Syteme.

---

1 Ludewig K.: Systemische Therapie. Stuttgart 1993², S. 137 f.
2 Schmeer G.: Systematisches Verständnis in der Kunsttherapie. In: DFGKT-Mitgliederrundbrief, 1, 4-11,1995,
3 Schmeer G.: a.a.O. S. 4 f.

„Das Lebensbewältigungshilfegesetz wurde im Mai 1998 im Bundestag beraten und anschließend an die Rechts-, Wirtschafts-, Arbeits-, Sozial-, Familien- und Gesundheitsausschüsse überwiesen. Dieses Gesetz will den vom Psychotherapeutengesetz nicht berücksichtigten übrigen ‚gewerblichen Psychomarkt' erfassen und im üblichen Sinne des Verbraucherschutzes regeln. Eine geplante sog. ‚Beweislastumkehr' erlegt den Anbietern auf, objektiv-wissenschaftlich die jeweilige Effizienz ihrer angebotenen Verfahren nachzuweisen.

In dem bisher vorliegenden Katalog werden folgende Verfahren aufgezählt:

Alle Formen von Selbsterfahrungsgruppen, Gesprächstherapie, Gestalttherapie, NLP, Mal- und Farbtherapie, Sterbebegleitung, Arbeit mit Trauernden nach Trennung oder Tod nahestehender Menschen, Anti-Stress-Training, Ehe-, Familien und Lebensberatung etc."[1]

6. Die Rolle der bildnerischen Arbeit für die systemorientierte Resilienzstudie

In dieser Frage möchte ich in analoger Bezugnahme die Erkenntnisse von Schuster (1997) und Neumann (1998) in die Argumentationslinie aufnehmen.

Die beiden Autoren stellen sich in synoptischer Übereinstimmung die Frage: „Was zeichnet die Gestalten, die zu Ausdruck gekommen sind, über das ihnen korrespondierende Psychische das bloße Phantasieprodukt hinaus aus?" Dabei kommen sie zu den folgenden Erkenntnissen, welche für das Erfahren und Orientieren an systemischen Resilienzmustern von Interesse sein dürften.

- Ein Ausgestaltetes ist weniger naturalistisch und gefährlich als die Phantasie
- Ein Ausgestaltetes ist weniger flüchtig als die Phantasie; es steht zur Verfügung, zeigt eine quasi objektive Spur zur Lösung hin.
- Ein Ausgestaltetes entscheidet sich in Farbe und Form, wirkt so auf die Phantasie zurück.
- Ein Ausgestaltetes wirkt öffentlich und regt so zur Interaktion an.
- Ein Ausgestaltetes kann als Schönes positiv-verstärkend und intervenierend-belohnend sein.
- Ein Ausgestaltetes lässt sich im Sinne der humanistischen „sensory awareness" sinnlich und körpergefühlshaft erleben.
- Ein Ausgestaltetes ermöglicht im Sinne unserer rechtshemisphärischen körpergefühlshaften Kompetenzen eine längere Verweildauer beim Produkt.

1 *Menzen K.H.: a.a.O., S. 125 f., 2001*

- » Ein Ausgestaltetes gibt im Sinne eines operationalisierenden Bewusstseins den vagen Phantasien Form und trägt sie der bewussten Verarbeitung zu.
- » Ein Ausgestaltetes veräußert das symbolisch-metaphorisch Innere
- » Ein Ausgestaltetes versetzt aus einem künstlerischen Raum in einen alltäglichen.

Die hier zitierten künstlerisch-bildhaften Ausdruckformen sind an späterer Stelle noch einmal Kristallisationspunkt für eigenes künstlerisches Konstruieren, Experimentieren und Kreieren als gestalterischer Autodidakt.

Auf dem künstlerischen Gestalten aufgelegte und aufbauende systemisch resiliente Verhaltens- und Rollenmuster können sich im Prinzip vorzüglich dazu eignen, ungeahnt neue Kraftreserven freizusetzen und desillusionierend herbe Rückschläge, tiefgreifende Enttäuschungen in beziehungsthematischer und in der professionellen Biographie in primärer Betroffenheit auszugleichen, zu dekompensieren. Es handelt sich um ein Verfahren der Akkomodation an eine gesundheitsbewußte Lebensführung.

Die genauen neurologischen und physiologischen Mechanismen und der Ablauf eines selbstresilient wirksamen Gestaltens können nicht direkt angezeigt werden. Die angewandten Verfahren, das Ermitteln von Langzeitdaten mit speziellen physiologischen und neurobiologischen Techniken wie der Pulsmessung, der technischen Bestimmung der Blutdruckwerte, der Nachweis von Cortisol, Dopamin, Testosteron und der Prolaktinwerte im Blut mit den elektronischen und physiologischen Mess- und Diagnosegeräten können nicht der Hauptgegenstand der vorgelegten Studie sein.

XI. Anhang

1. Themenbezogene Kommentierung des Autors zu den gestiegenen Kosten der Krankenhäuser 2016, 2017 und 2018 in der Bundesrepublik Deutschland

Die exorbitant gestiegenen Gesundheitskosten im klinischen Gesundheitswesen belasten das Bruttosozialprodukt des Bundes- aber auch den Landeshaushalt jedes einzelnen der fünf neuen und der elf alten Bundesländer in massiver wie in einer äusserst kritischen Dimension. In den Fachkommissionen von Vertretern aus der Medizin wie dem Hartmannbund oder dem Marburger Bund, aus der Psychotherapie, der Erziehungswissenschaften und der Sozialwissenschaft werden diese Probleme seit vielen Monaten diskutiert. In den Fachverbänden wird nach positiven Antworten und Lösungen geforscht. Die negativen Konsequenzen sind längst erkannt und angemahnt. Die zuständigen Wissenschaftler haben dazu Gutachten vorgelegt, die von den Veranwortlichen der Bundesregierung nicht zu 100 % übernommen werden.

In Fachbeiräten, in Priorität in der Delegiertenkommissionen des Gesundheitsministeriums wurde seit Jahren erkannt und diskutiert, dass es im Gesundheitswesen zu einer Modernisierung und zu einer Neuaufstellung kommen muss. Es wird bereits von einer exorbitanten Kostenexplosion gesprochen, ohne dass die verantwortliche Landes- wie Bundespolitik entsprechende und realistisch geeignete Lösungsmodelle bereithält. Die Übernahme der Steuerlast des Klinikträgers kann als zusätzliche Erschwernis und der daraus resultierende finanzielle Kostendruck für die Krankenhausträger als ein zusätzliches nicht unerhebliches Problem eingestuft werden.

Die Finanzierungslast sowie die konstruktive Bewältigung der existenznotwendigen Aufgaben aus dem Gesundheitswesen ist den Finanzhaushalten der Länder ohne einen Finanzierungsausgleich im Länderfinanzausgleich zur Refinanzierung vorbehalten. Die „amtierende Bundesgesundheitspolitik“ stiehlt sich gewissermaßen schleichend aus der Verantwortung.[Anmerkung des Autors]. Die zur Refinanzierung erforderlichen Gesetze und die erforderlichen Finanzmittel werden nicht eingebracht. Es kann die Annahme formuliert werden, als sei die „vornehme Zurückhaltung beim Einbringen respektive das totale Fehlen von Referentenentwürfen im zuständigen Bundesministerium für Gesundheit zur Deckung der Personal- und die Sachkosten in der Krankenausfinanzierung“ zum heimlichen Programm des Bundesministeriums für Gesundheit erhoben worden. Die Überwindung der „diagnosis relative groups“, also die Ablösung der Fallpauschale zur Neuaufstellung und zur generellen gesundheitspolitischen Renovellierung als die zentrale wie auch die kausal zirkuläre Ursache für die unstrittige Kostenexplosion wird von der amtierenden Bundesregierung und dem Bundesgesundheitsministerium Berlin in systematischer und fataler Blockadehaltung verhindert. [Kommentierung des Autors]

Die aufgelegten Programme zur Kostendämpfung werden seit vielen Jahren vergebens in den regelmäßig stattfindenden Tarifverhandlungen zwischen den Gewerkschaften und den Klinikträgern wie den eingeschalteten offiziellen Schlichtern aus der Politik gefordert. Die personelle Zusammensetzung der Gremien in der Gesundheitspolitik sollte dringend überprüft und angeglichen werden.

Die 16 Landesregierungen „ringen ständig aufs Neue um eine finanzielle Entlastung der Kliniken von der Kostenexplosion durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz, verabschiedet vom Bundestag zuletzt in Änderung vom 17. Juli 2017 “. Denn die Kostenbelastung trifft in der Hauptsache auf die Länderhaushalte. [Anmerkung des Autors]

Land	Anzahl Krankenhäuser	Fallzahl	Bruttokosten insgesamt[1]	anteilige Personalkosten	anteilige Sachkosten	Bereinigte Kosten[2]	Bereinigte Kosten je Fall in Euro
			in Milliarden Euro				
Deutschland	1.951	19.532.779	101,7	61,1	37,9	37,8	4.497
Baden-Württemberg	266	2.165.422	12,8	7,8	4,6	10,5	4.856
Bayern	357	2.994.956	15,8	9,6	5,8	13,7	4.560
Berlin	81	852.925	4,9	2,7	2,1	4,1	4.839
Brandenburg	56	571.996	2,4	1,4	1,0	2,3	4.055
Bremen	14	212.434	1,1	0,6	0,4	1,0	4.886
Hamburg	54	507.840	3,2	1,8	1,4	2,7	5.232
Hessen	162	1.389.771	7,0	4,1	2,7	6,3	4.555

1 Gesamtsumme der Krankenhauskosten bestehend aus Personal- und Sachkosten, Zinsen und ähnlichen Aufwendungen sowie Steuern inkl. Kosten der Ausbildungsstätten und Aufwendungen für den Ausbildungsfond
2 Bruttokosten abzüglich nichtstationärer Kosten (z. B. Ambulanz, wissenschaftliche Forschung und Lehre)

Land	Anzahl Kranken-häuser	Fallzahl	Brutto-kosten insgesamt	anteilige Personal-kosten	anteilige Sachkos-ten	Bereinigte Kosten	Bereinigte Kosten je Fall in Euro
			in Milliarden Euro				
Mecklen-burg-Vor-pommern	39	416.280	2,1	1,2	0,8	1,8	4.288
Niedersach-sen	187	1.718.059	8,8	5,3	3,2	7,5	4.338
Nordrhein-Westfalen	348	4.638.834	23,9	14,6	8,6	20,4	4.388
Rheinland-Pfalz	86	966.433	4,6	3,0	1,5	4,2	4.301
Saarland	23	289.896	1,5	0,9	0,5	1,3	4.513
Sachsen	78	1.007.532	4,7	2,8	1,9	4,4	4.327
Sachsen-Anhalt	48	606.830	2,8	1,7	1,0	2,5	4.141
Schleswig-Holstein	108	604.942	3,3	1,9	1,3	2,8	4.635
Thüringen	44	588,633	2,7	1,7	1,0	2,5	4.178

Die ermittelten Krankenhauskosten werden auf den in der Tabelle dokumentierten Beträgen in Aufschlüsselung nach den Parametern Krankenhäuser, Fallzahl, den Bruttokosten insgesamt, den Personal- und Sachkosten, den bereinigten Kosten und den Kosten je Fall dokumentiert.[1]

1 *Quelle: Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 2016*

Der Tabelle liegt das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze, Krankenhausfinanzierungsgesetz KHG, Ausfertigungsdatum 29.06.1972 zugrunde. Vollzitat: „Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (Bundesgesetzblatt I, S. 886), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17 Juli 2017 (BGBL I S. 2581) geändert worden ist."[1]

2. Ausblick in die Zukunft der systemorientierten Resilienz und vorausschauende Kommentierungen

In der Einführung des Buchwerks „Bewusstseinskultur und Gesundheit" (Mattes J. 2017) werden die folgenden Überlegungen zur systemorientierten Resilienzthematik angeführt:

„Gesundsein und Wohlergehen haben keinen festumgrenzten Bedeutungsgehalt, sondern sind das Ergebnis einer Entwicklung von jahrhundertealter Entwicklung von Wissenschaft, Philosophie und Kultur. Diese Elemente beeinflussen sich ständig, so dass sich der Bedeutungsgehalt von gesund und krank in unterschiedlichen Kontexten ändern kann.

Heilkundige inkludieren Vorstellungen von gesund und krank. Diese unterliegen wissenschaftlicher Überprüfung. Das individuelle Gefühl von Ganzheitlichkeit (Vollständigkeit) kann sich aber nicht nur aus „positiven" Bildern und Vorstellungen von Gesundheit, Schönheit und Glück materialisieren, sondern eben auch aus „negativen" Bildern, wie z. B. aus Enttäuschungen, Widersprüchen und Krankheiten. Dies setzt eine bewussten Prozess der Selbstreflexion und Auseinandersetzung mit den eigenen Bildern von „gesund" und „krank" sowie „positiv" und „negativ" voraus. Die konkrete Fragestellung des Buchwerks: Bewusstseinskultur und Gesundheit ergibt sich „aus der Überlegung, inwieweit eine bewusste Selbstreflexion über eine Änderung des Denkens, Fühlens und Handelns dazu beitragen kann, Ganzheitlichkeit jenseits von wissenschaftlichen Konventionen von gesund und krank zu erfahren.

Die gelieferten Definitionen der Begrifflichkeiten für das Bewusstsein und die Gesundheit sollen an dieser Stelle reformuliert werden.

Das Bewusstsein soll hier verstanden werden als die erkannte Verschiedenheit von Beobachtetem und Beobachter. Der Beobachter erkennt sich selbst in dem Beobachteten wieder, weil der dem Beobachteten zugewiesene Bedeutungsgehalt nicht ohne Selbstreflexion möglich ist. Bewusstsein ist der Inbegriff des sich ständig In-Bezie-

1 Quelle: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH www.juris.de

hung- Setzens des Beobachters zum Beobachteten. Die Definition von Bewusstsein sollte in Bezug auf jegliche Erfahrung widerspruchsfrei sein. Da aber Erfahrung in Raum und Zeit stattfindet, so muss die gewählte Definition Merkmale von Raum und Zeit aufweisen, und zwar als äußerste Grenze der Erfahrung. Raum und Zeit haben als gemeinsames Merkmal die Verschiedenheit von Beobachtetem und Beobachter. Damit wäre diese Definition von Bewusstsein innerhalb von Raum und Zeit zutreffend.

Die Gesundheit: In Anlehnung an die genannte Abhandlung wird der Begriff Gesundheit definiert nach der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“[1]

Wenn das Leben als Wechselspiel zwischen Aufbau und Zerfall verstanden wird, kann es keinen vollständigen und dauerhaften Zustand geben. Deshalb ist Gesundheit, wie sie von der WHO definiert wird, ein nicht erreichbarer Zustand. Das menschliche Leben erfordert daher einen kreativen Umgang mit Unvollständigkeit. Gesundheit ist gekennzeichnet durch einen unterschiedlichen Grad an Vollständigkeit und Unvollständigkeit auf der körperlichen, geistigen und sozialen Ebene.

Als Ausblick in die Zukunft der systemorientierten Resilienzmethode verweise ich sehr gern auf die Referenzmethode, den spirituellen Ansatz der buddhistischen Vipassana-Meditation, auch als Einsichtsmeditation bekannt. Der Ursprung dieses Meditationsverfahrens geht wohl auf den abendländischen Mystiker Meister Eckhardt (1260 – 1328) zurück.[2]

Er hatte zu einem Meditationstypus aufgerufen, dass zuerst alle inneren und äußeren Bilder zur Ruhe kommen müssen, damit Gott erfahrbar würde. Bereits einige Philosophen vor ihm erkannten, „dass die unaufhörlich wechselnden Gedanken und Gefühle eine große Menge unserer Energie binden können, und sie können uns daran hindern, auch nur kurze Augenblicke der Stille und Zufriedenheit zu erfahren.“[3]

Das Achtsamkeitstraining ist ein Lernprozess, der dazu befähigen soll, aus dem „Diktat der Zeit“ herauszutreten, ohne den Anspruch, etwas verändern oder neu bewerten zu wollen. Es geht schlichtweg darum, aus der Zeit für einen Moment herauszutreten und dadurch Abstand zu den in der Zeit gefangenen Gefühlen, Wünschen und

1 Mattes J.: Bewußtseinskultur und Gesundheit, Eine prospektive, randomisierte und kontrollierte Studie zur spirituellen Praxis von b, S. 14, 2017
2 Ders.: a.a.O., S. 272
3 Kabat-Zinn J.: Gesund durch Meditation, S. 59, 2013

Gedanken zu bekommen. Der Achtsamkeitsprozess dient keinem Zweck oder keiner Absicht oder einem bestimmten Ziel.

Der Autor Kabat-Zinn hebt hervor, dass es um die „Präsenz im Hier und Jetzt" im Sinne eines „nicht wertenden Gewahrseins des gegenwärtigen Momentes" gehe, die auf sieben Säulen beruhe.[1]

- Nicht urteilen
- Geduld
- Den Geist des Anfängers bewahren
- Vertrauen
- Nicht-Erzwingen
- Akzeptanz
- Loslassen

Der Begründer der vorgestellten Meditationsmethode John Kabat-Zinn verdeutlicht in der Philosophie und der auf die Praxis fokussierten Methode mit einer sehr großen Nähe zur Theorie der systemischen Resilienz, dass die regelmäßigen Übungen Hingabe und Disziplin erfordern und ähnlich anstrengend sein können wie Hochleistungssport. Die Begründung dafür dürfte der Tatsache geschuldet sein, dass die Übungen unabhängig davon erfolgen sollten, ob man sich gut oder schlecht fühlt oder ob man Lust oder Unlust verspürt. Es erfordert demnach eine gewisse Willensstärke, sich einer Übung zu unterziehen, die eventuell mit Gefühlen von Unlust verbunden sein könnte.

„Das im Körper sein" wird als ein wesentliches Kennzeichen der Achtsamkeitsmeditation bezeichnet. Im Verfahren einer sogenannten Bodyscan-Meditation kann und sollte der gesamte Körper bis ins kleinste Detail hinein erspürt werden. „In aller Regel wird der Bodyscan auf dem Rücken liegend ausgeführt. Dabei geht man im Geiste die verschiedenen Körperregionen systematisch durch".

Aufgrund der Tatsache, dass sich diese Meditationsform besonders bei Menschen mit chronischen Schmerzen als hilfreich erwiesen hat, kann und darf davon ausgegangen werden, dass hiervon auch systemresiliente Impulse für eine Stärkung der persönlichen, der körperlichen und der organischen Widerstands- und Abwehrkraft abgeleitet werden können, die der kompletten Immunabwehr förderlich sein könnten.

1 *Ders.: a.a.O., S. 67 ff.*

Die Förderung systemresilienter Abwehrkräfte auf der Grundlage moderner Meditationsverfahren kann als eine prinzipielle Ausgangsstation für einen entschlossenen Neubeginn hin zu einer systematischen Neuorientierung wie zu einer positionellen Neubestimmung der Meditation als einer lange vernachlässigten heilspezifischen Verfahrensweise zur Stärkung des persönlichen Wohlbefindens gesehen, ganzheitlich wahrgenommen und im systemresilienten Verständnis eingestuft werden.

Es wird in der Gegenwart wie in der Zukunft als Konstitutionsmerkmal für geeigneterweise systemresilientes Handeln auch um die Möglichkeit gehen können, in der konkretisierten Auseinandersetzung mit den verfügbaren Resilienztechniken wie der Meditation, der Selbstbehauptung, dem Vorleben wie Thematisierung der gesunden Lebensführung eine Chance zu erkennen. Wer möglichst frei von Suchtmitteln ist, selbstinitiierten Stress vermeidet und im fairen Wettbewerb mit anderen Genesungs-, Heilungsmethoden und Verfahren der modernen Behandlungspflege eine Möglichkeit für sein eigenes Wohlergehen wie dasjenige des nächsten erkennt, ist zu resilienten Denk- und Handlungsmustern in der Realität in der Lage. Dabei rückt die Gruppe der älteren (Altersgruppe 60plus) und der alten (Altersgruppe 70plus) Mitmenschen in den Betrachtungsmittelpunkt.

Die demographische Statistik sowie die Alterspyramide bestätigt, dass von den altersbedingt mitverursachten Gesundheits- wie Krankheitsphänomenen sehr große Chancen aber auch Risiken ausgehen und dass in der nahen und fernen Zukunft weitaus mehr Mitmenschen an diesen Altersphänomenen aus falscher Ernährung oder aus die Gesundheit belastendenden Lebensstilen resultieren. Die Hauptbetroffenen laborieren dann oft Monate und Jahre an den negativen Folgen eigenen Handelns. Wir sprechen von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung. Diese Bevölkerungsgruppen könnten besonders in den Fokus der Rezeption wie der Thematisierung von Überlegungen für gesundheitsdienliche Anwendungskonzepte systemischer Resilienz rücken.

Es ist zuvorderst an die Gruppe der Menschen gedacht, die mit Alzheimer-Symptomen, der Demenzerkrankung und den von organischen, vaskulären, angiologischen Problematiken wie einer Herz-Kreislauf-Schwäche, von Tumorerkrankungen oder AIDS betroffen sind. Für diese Personengruppen gilt es gezielte Anstrengungen im Gesundheitssystem zu entwickeln, die Heilung, Linderung und eine Besserung des gesundheitlichen Gesamtbildes zu bewirken.

Als Expertise sei an dieser Stelle auf eine Formulierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hingewiesen. Als wichtige Ressourcen für resilientes Verhalten werden die soziale Unterstützung in und außerhalb der Familie, die erkennbar

emotional sichere Bindung an eine Bezugsperson sowie die kognitiven und sozialen Kompetenzen aufgelistet.[1]

Antonovsky versuchte, die mit dem Kohärenzgefühl verbundene Grundhaltung mit drei Komponenten zu beschreiben.

- Gefühl von Verstehbarkeit (sense of comprehenibility)
- Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (sense of manageability)
- Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (sense of meaningfullness)

Er bezeichnete mit dem Kohärenzgefühl eine Persönlichkeitseigenschaft, die der Fähigkeit „zu schwimmen" entspreche.[2]

Der Autor und Entdecker der Salutogenese sieht die Gesundheit als einen Zustand, der stets aufs Neue aufgebaut werden müsse: „Gesundheit und Krankheit sind Aufbau- und Zerfallsvorgänge, die das gesamte Leben andauern."[3]

Wer an den Folgen einer ernsthaften, schwerwiegenden und vielleicht chronifizierten Gesundheitsproblematik leidet und damit lebt, wird auch kleine Verbesserungen in der Lebensqualität wie der Leidensgeschichte zu würdigen wissen. Kann diesen Personengruppen mit dem Ansatz des systemresilienten Handelns ebenfalls eine gewünschte wie sinnvoll indizierte Hilfestellung im Gesundheitswesen angeboten werden?

Ich finde, dass systemresilientes Verhalten im Stil der aktiven Selbstbehauptung sehr gut zu einem menschlichen Gesamtverhalten in der Alltagswirklichkeit passt. Beispielsweise muss sich niemand schämen, wenn er heute oder morgen eine Altkleiderkammer aufsucht oder seine Winter- oder Sommer Garderobe in einem Secondhand-Shop auffrischt und erneuert. Die Besucher der Tafel oder einer Armenspeisung sind im Gegenteil sehr herzlich dazu ermutigt, mit guten Gewissen eine warme Malzeit anzunehmen. Wer zum Schutz vor Frost und Sturm im Winter eine Wärmestube aufsucht, ist dazu sehr gut beraten.

Wir Menschen suchen jeder in einer ob angepassten oder extremen Situation der alltäglichen Problematik wegweisende Ansprechstellen für konkrete Fragen und finden

1 Vgl. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung: Was hält Menschen gesund? , Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussion und Stellenwert; Band 6, eine Expertise von Bengel J.; Strittmatter R. und Willmann H., Köln 1999, S. 63 In: Mattes J.: Bewusstseinskultur und Gesundheit, S. 251
2 Mattes J., a.a.O., S. 251
3 (a.a.O. S. 253)

sie in der Regel dann auch mit allen Vor- und Nachteilen. Wer von dem persönlichen Einkommen kein auskömmliches Dasein führen kann, dem sei der Gang zum Jobcenter empfohlen mit dem Ziel der Antragstellung für eine finanzielle Aufstockung zum Lebensunterhalt oder zwecks Beantragung von Leistungen für die Miete, die Heizkosten, die Förderung der Berufsintegration und der Fahrtkosten etc. Die Grundsicherung im Alter in Ergänzung zur Altersrente kann ebenfalls eine Schutzmöglichkeit vor Altersarmut darstellen, weil die Unterhaltspflicht der Kinder zu den Eltern und umgekehrt in gerader aufsteigender Linie in diesem Sonderfall nicht besteht.

Wer finanziell oder beruflich in einer Notlage ist, kann und sollte den Schritt zum Berufsberater der zuständigen Agentur für Arbeit oder einem Mitarbeiter des lokalen Jobcenters bzw. zur Schuldnerberatung nicht scheuen und umgehen. Denn dort sitzen Fachleute, welche über eine Routine im Umgang mit Gläubigern und die oftmals sehr komplizierten Wege zur Entschuldung verfügen.

Die lösungsorientierte Resilienz im Alltag kann also nicht nur Wege aufzeigen sondern auch den unverzichtbaren Mut spenden, um eine Lösung für die drängenden Probleme des Alltags herausfinden zu können. Es muss nicht immer gleich eine komplette Therapie durch den Arzt oder den Psychiater sein, um ein überschaubares Problem auf praktische Art zu lösen. Auch die weise Selbsterkenntnis, dass es manchmal der Auf- und Überarbeitung des eigenen Sozialverhaltens als einer eigenen Form der prosozialen Rücksichtnahme für andere bedarf, tut dieser Haltung gut. Alltagspraktische Resilienz und damit die persönliche Stärke zeigt sich auch in der Fähigkeit, einmal einen Schritt zurückgehen zu können, dem anderen im Lebensalltag den Vortritt zu lassen wie auf der Autobahn oder im öffentlichen Verkehrsmittel, oder bei der Autofahrt einfach einen Gang zurückzuschalten. Das gute Gefühl, das jeder dabei erfahren kann, sind manchmal ein Herzenslohn, der für viele Opfer und Entbehrungen im Sozialalltag entschädigen kann.

Bei der Resilienz handelt es sich gewissermaßen um die gelebte Hilfe zur Selbsthilfe. Es geht um die individuelle Problemlösung in der Gesundheitsprävention, den Erfolg bei der gewünschten Gewichtsreduktion oder den aktiven Selbstschutz für das Herz-Kreislaufsystem durch Bewegung und regelmäßigen Ausdauersport. Es kann auch den Ausbruch aus der sozialen Selbstisolation bedeuten.

In Verbindung mit traditionellen Meditations- und Massagetechniken und vor allem mit einer aufgeklärten Ernährung können die wesentlichen Bausteine für eine gesunde Lebensführung angegangen werden. Die systemische Resilienz als sozialpsychologische und sozialpädagogische Ergänzungskomponente darf allerdings nicht abgekoppelt werden von der medizinischen Notwendigkeit zur Behandlung von

organischen Störungen oder somatischen Erkrankungen durch einen approbierten Arzt. Systemresilientes Lernen und Handeln steht untrennbar im wissenschaftlichen Kontext einer Synopse von Philosophie, Pädagogik und Medizin im Miteinander und nicht im Gegeneinander. Sie ist auch in dieser Studie zur Metatheorie des systemresilienten Denkens und Handelns sowie in Fragen zur Anthropologie der Wissenschaft im Dienst an der Menschheit komplementär aber nicht souverän angelegt. Mit dieser persönlichen Antwort auf die visionäre Kernfrage möchte ich die Bearbeitung an diesem Buch zur systemorientierten Resilienz beschließen. Ich lege besonderen Wert auf die Feststellung, dass ich die freie Beantwortung der Frage: „Wozu dient das systemresiliente Verfahren im Alltag" als kleine Hausaufgabe für das Tagebuch jedem aufmerksamen LeserIn selbst überlassen darf und möchte . Ein philosophischer Sinnspruch von Herrmann Hesse bildet dann hoffentlich einen würdigen Buchschlusspunkt:

» „Das Leben jedes Menschen ist ein Leben zu sich selber hin, der Versuch eines Weges, die Andeutung eines Pfades. Kein Mensch ist jemals ganz oder gar er selbst gewesen; Jeder strebt dennoch, es zu werden, einer dumpf, einer lichter, jeder wie er kann."[1]

1 Herrmann Hesse: Demian 1980, S. 8

3. Internetadressen und andere überregional empfehlenswerte Einrichtungen der Sozialpsychiatrie und Psychosomatik

- Aktion Psychisch Kranke (APK), Oppelner Straße 120, 53119 Bonn
  Tel: 0228 676740/41, Fax: 0228 676742, E-Mail: apk@psychiatrie.de

- http://www.psychiatrie.de

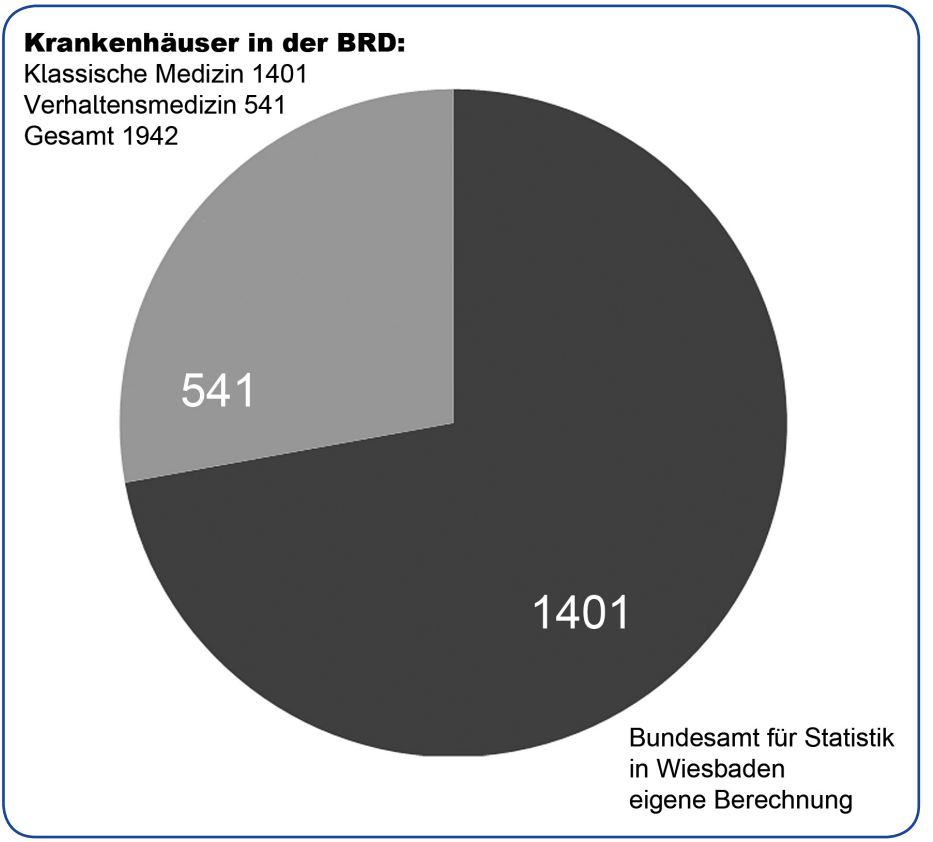
- Dachverband Gemeindepsychiatrie, Oppelner Straße 130, 53119 Bonn
  Tel.: 0228 691759, Fax: 0228 658063, E-Mail: Dachverband@psychiatrie.de

- Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie, Zeitinger Straße 9,
  50969 Köln
  Tel: 0221 511002, Fax: 0221 529903, E-mail: dgsp@psychiatrie.de

- Familienselbsthilfe/Bundesverband der Angehörigen Psychisch Kranker (BApK), Oppelner Straße 130, 53119 Bonn
  Tel: 0228 632646, Fax 0228 658063, Email: bapk@psychiatrie.de

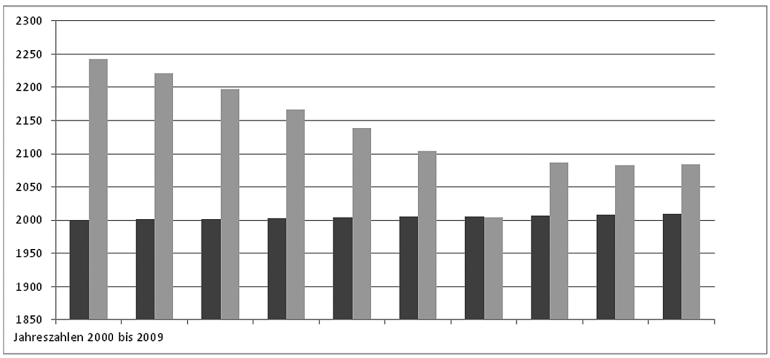
- Psychiatrie-Verlag, Thomas-Mann-Straße 49 a, 53111 Bonn
  Tel: 0228 725 34-0, Fax: 0227 725 34-22, E-Mail: verlag@psychiatrie.de

4. Krankenhauszahlen

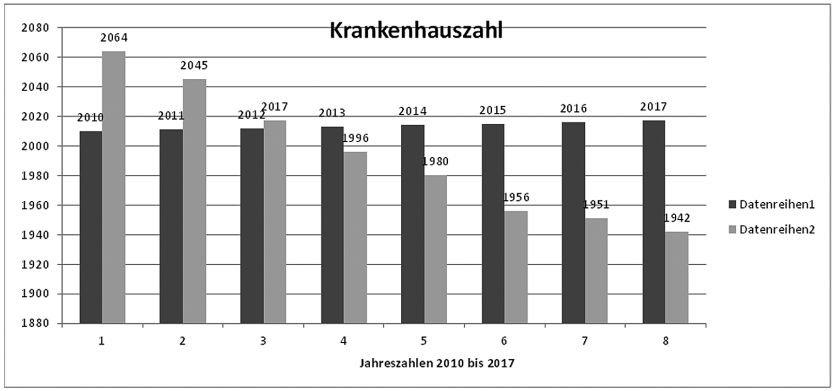


Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2017

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
2242	2221	2197	2166	2139	2104	2004	2087	2083	2084



2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
2064	**2045**	**2017**	**1996**	**1980**	**1956**	**1951**	**1942**



Quelle: www.destatis.com

XII. Literaturverzeichnis

1. Adorno Th. W.: Studien zum autoritären Charakter. Frankfurt/Main 1973
2. Adorno Th. W.: Theorie der Halbbildung. In: Horkheimer M.; Adorno Th. W.: Sociologica, Reden und Vorträge. S. 168 – 204. Frankfurt a. Main 1984
3. AHG Klinik Berus (Hg.): Europäisches Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin – Qualitätsbericht 2014
4. AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim (Hg).: Qualitätsbericht 2013 /2014
5. Allport G.W.: Attitudes In: Murchison C. (Ed.): Handbook of Social Psychology. Worchester/Mass. 1935
6. Antonovsky A.: Health, Stress and Coping. New perspectives on mental and physical well-being, San Francisco 1979
7. Antonovsky A.: Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit – Erweiterte deutsche Ausgabe von A. Franke, Tübingen 1997
8. Antonovsky A.: Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well., San Francisco 1987
9. Arway C. G.: Der Biophiliaeffekt – Heilung aus dem Wald – Wien 2015
10. Bahnmüller R./Rauschenbach T. et al.: Diplom Pädagogen auf dem Arbeitsmarkt – Ausbildung, Beschäftigung und Arbeitslosigkeit in einem Beruf im Wandel – Mit einem Gespräch über die Entwicklung des Diplomstudienganges mit A. Flitner und H. Thiersch, München Weinheim 1988
11. Balloff R.: Kinder vor dem Familiengericht – Rechtspsychologie München Basel 2004
12. Balluseck H. von (Hg.): Abweichendes Verhalten und abweichendes Handeln – Ein Lehr- und Arbeitsbuch, Frankfurt am Main 1978
13. Barbach L. G.: Group Treatment of Pre – Orgasmic Women In: Journal of sex and marital therapy, Bd. 1, Nr. 2, 1975 In Vorbereitung
14. Barbach L.G.: For Yourself – Die Erfüllung weiblicher Sexualität 3. Auflage Berlin, Frankfurt, Wien 1977
15. Beach S.R.H. (Ed.): Marital therapy for co-occuring marital discord and depression: A scientific foundation for clinical practice. Washington, D.C.: American Psychological Association (2001b)
16. Beach S.R.H.: (Ed.) Marital and family processes in depression: A scientific foundation for a clinical practice Washington, D.C.: American Psychological Association (2001a)
17. Berndt Ch.: Resilienz Das Geheimnis der psychischen Widerstandskraft – Was uns stark macht gegen Stress, Depressionen und Burn Out, München 2013
18. Biebrach R.: Zwischen Anpassung und Widerstand – Kommunikation & Seminar 5/2014, S. 44
19. Blickhan D.: Positive Psychologie – Ein Handbuch für die Praxis. Paderborn 2015

20. Bodenmann G.: Partnerschaftsstörungen: Intervention. In: M. Perrez, U.Baumann (Hrsg.): Lehrbuch – Klinische Psychologie – Psychotherapie (S. 1125 – 1137) Bern Huber 2005
21. Bodenmann G.: Verhaltenstherapie mit Paaren. Bern: Huber. 2004
22. Bolm Th.: Mentalisierungsbasierte Therapie – München 2015
23. Borgert S.: Resilienz im Projektmanagement – Bitte anschnallen, Turbulenzen! Erfolgskonzepte adaptiver Projekte, VIII, S. 12 – 13; 2013
24. Brohm, M./Vogt, D. (2016): Leistungsmotivation: der Einfluss von Flowerleben und Reflexionsfähigkeit. In G. E. Dlugosch, J. Fluck & C. Marquardt (Hrsg.), Gesundheit und Bildung: Schülergesundheit (Empirische Pädagogik, 30 (2), Themenheft). Landau: Verlag Empirische Pädagogik.
25. Brohm, Michaela (2016): Positive Psychologie in Bildungseinrichtungen. Für Brohm, M./Vogt, D. (2016): Leistungsmotivation: der Einfluss von Flowerleben und Reflexionsfähigkeit. In G. E. Dlugosch, J. Fluck & C. Marquardt (Hrsg.), Gesundheit und Bildung: Schülergesundheit (Empirische Pädagogik, 30 (2), Themenheft). Landau: Verlag Empirische Pädagogik.
26. Brohm, Michaela (2016): Werte, Sinn und Tugenden als Steuerungsgrö-ßen in Organisationen. Für Fach- und Führungskräfte (essentials). Wiesbaden, Springer.
27. Brohm, Michaela (2016): Werte, Sinn und Tugenden als Steuerungsgrößen in Organisationen. Für Fach- und Führungskräfte (essentials). Wiesbaden, Springer.
28. Buckingham M. & Clifton D.O.: Entdecken Sie Ihre Stärken jetzt! – Das Gallup-Prinzip für individuelle Entwicklung und erfolgreiche Führung. Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag 2002
29. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZGA (Hg.): Band 41: Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Nutzen und Praxis verhaltensbezogener und verhältnisbezogener Prävention – KPN Tagung am 18. Und 19. Mai 2011 in Bonn
30. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZGA (Hg.): Band 43: Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter – Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter – Ein Gegenentwurf zu Antonovskys Modell der Salutogenese – Mit umfassender Literaturrecherche zur Prävention und Resilienz im Zeitraum von 1998 bis 2011
31. Burisch M.: Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung (4th ed.). Heidelberg Springer 2009
32. Burton C.M. & King L.A. : Effects on (very) brief writing on health. The two-minute miracle. British Journal of Health Psychology, 13(1),9-14, doi:10.1348/135910707X250910; 2008
33. Cyrulnik B.: Rette dich das Leben ruft – Aus dem Französischen von Heiner Kober, Berlin 2102
34. Dambach K. E.. Mobbing in der Schulklasse 2009

35. Dambach K. E.: Wenn Schüler im Internet mobben: Präventions- und Interventionsstrategien gegen Cyber-Bullying 2012
36. Davidson R. et Begley Sh. Warum wir fühlen wie wir fühlen? Wie die Gehirnstruktur unsere Emotionen bestimmt – und wie wir darauf Einfluss nehmen können. 2012
37. Deutsche Rentenversicherung Bund; Geschäftsbereich, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation (Hg.): Diagnoseschlüssel ICD-10-GM, Version 2014 Fachliche Betreuung: Geschäftsbereich 0400; Sozialmedizin und Rehabilitation; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD), 10, Revision; German Modification; Auszug für den internen Gebrauch der gesetzlichen Rentenversicherung
38. Diener & Biswas-Diener R.: Happiness. Unlocking the mysteries of psychological wealth, Malden, MA [etc.] Blackwell Publishing 2011
39. Drews G.: Das Buch für Jungen – Alles, was ich wissen will über Erwachsenwerden, Liebe und Sexualität 2002
40. Emmerson G.: Ego-State-Therapie Aus dem Englischen übersetzt von R. Kloosterziel München 2015
41. Endres M., Maurer A.: Resilienz im Sozialen – Interdisziplinäre Diskussion eines in den Sozialwissenschaften zentralen Begriffes, Theoretische und empirische Analysen: Resilienz, 2015
42. Rampp, Benjamin, Endreß, Martin, Naumann, Marie (Eds.) Resilience in Social, Political and Cultural Spheres, Interdisciplinary discussion about one of the most important terms regarding social sciences: resilience 2019
43. Erben M.: Begriffswandel als Sprachhandlung – Der Beitrag Quentin Skinners zur Methodologie und Funktionsbestimmung der pädagogischen Geschichtsschreibung, Buchpublikation anläßlich der Dissertation an der Universität Lüneburg erschienen in Frankfurt am Main 2013
44. Faßbinder E.: Klein J. Ph., Sipos V., Schweiger B.U.: Depression erfolgreich behandeln – Therapie Tools Depression Weinheim 2015
45. Frederickson B. I.: Positive emotions broaden and built. Advances in experimental social psychology, 47, S. 1 . 53, 2013c
46. Frederickson B.I.: Die Macht der Liebe – Ein neuer Blick auf das größte Gefühl. Frankfurt a. Main 2013 b
47. Freud S.: Das Ich und das Es Studienausgabe Kapitel 1 bis 6, Bd. III, 44 Seiten (1st Edition) 1923. Aktuell erschienen Frankfurt a. Main 1975
48. Freud S.: Die wissenschaftliche Literatur der Traumprobleme – Traumdeutung Kapitel 1 bis 8, Studienausgabe Bd. I – Bd VIII Frankfurt a. Main (1st Edition) 1900, 593 Seiten. Aktuelles Erscheinungsjahr 1972
49. Freud S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie Kapitel 1 bis 20, (1st Edition) 1905, Seiten 103, Aktuell erschienen Frankfurt a. Main 1975

50. Freud S.: Massenpsychologie und Ich-Analyse – Studienausgabe Band IX, 70 Seiten, (1st) Edition 1921, Aktuell erschienen in Frankfurt a. Main 1974
51. Freud S.: Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiografisch beschriebenen Fall von Paranoia (dementia paranoides) Studienausgabe Band VII, Kapitel 1 bis 6, 65 Seiten, (1st) Edition 1911, Aktuell erschienen in Frankfurt a. Main 1973
52. Freud S.: Totem und Tabu – Studienausgabe Bd. IX 154 Seiten, (1st) Edition 1912 – 1913, Aktuell erschienen in Frankfurt a. Main 1974
53. Freud S.: Über Psychoanalyse – Kap. 1 bis 5, (1st) Edition 1910, Aktuell erschienen in Frankfurt a. Main 1975
54. Freud S.: Zur Psychotherapie der Hysterie, Kap. 1 bis 2, Studienausgabe Ergänzungsband (1st) Edition 49 Seiten 1895, Aktuell erschienen in Frankfurt a. Main 1975
55. Fröhlich-Gildhoff K./Rönnau-Böse M.: Resilienz – 4. aktualisierte Auflage München 2015
56. Fröhlich-Gildhoff, K. / Rönnau-Böse M.: Resilienz – 4. aktualisierte Auflage 2015
57. Frühe B.: Entwicklung und Validierung von Screeningverfahren zur Früherkennung depressiver Störungen bei Kindern. - Kumulative Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München 2013
58. Gasteiger-Klicpera B./Klein G.: Das Friedensstiftertraining – Grundschulprogramm zur Gewaltprävention 3. Auflage 2016
59. Glück J.: Weisheit – Die 5 Prinzipien des gelingenden Lebens 2016
60. Gruhl M.: Resilienz – Die Strategie der Stehauf-Menschen, Krisen meistern mit innerer Widerstandskraft, Freiburg im Breisgau 1. Auflage 2014
61. Gruhl M.: Resilienz für Lehrerinnen und Lehrer, Kraft für die Schule und für mich. 2016
62. Grün, A.: Die hohe Kunst des Älterwerdens DTB 6. Aufl. 2011
63. Hans Selye: A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. In: Nature, Band 138, 4. Juli S. 32, 1936.
64. Herpertz S. C.: Bertsch K.: The social-cognitive basis of personality disorders. Current Opinion in Psychiatry, in press
65. Hesse H.: Demian. Die Geschichte von Emil Sinclairs Jugend. Zwölfte Auflage 1980
66. Hilweg W./Ullman E.(Hg.): Kindheit u. Trauma, Trennung, Missbrauch, Krieg 2004
67. Hoefert H.W. et al.: Schmerzbehandlung Psychologische und medikamentöse Intervention, München Basel 1999
68. Hofer B.: Qualifizierungsangebote für Mitarbeiterinnen zur Elternarbeit – In: Unsere Jugend: 1/2005, S. 2 – 9
69. Höfer B.: Qualifizierungsangebote für MitarbeiterInnen zur Elternarbeit – Elternarbeit in der Heimerziehung – In: Unsere Jugend 1/2005 S. 2 – 9

70. Hünersdorf B., Hartmann J.: Was ist und wozu betreiben wir Kritik in der sozialen Arbeit – Disziplinäre und interdisziplinäre Diskurse in der sozialen Arbeit. 2012
71. Hünersdorf B., Maeder Ch.; Müller B. (Hrsg.): Ethnografie und Erziehungswissenschaft – Methodologische Reflexionen und empirische Annäherungen. Erstausgabe 2008
72. Hünersdorf B.: Der klinische Blick in der sozialen Arbeit. Systemtheoretische Annäherungen an eine Reflexionstheorie des Hilfesystems, Wiesbaden 2009
73. Hünersdorf B.: Reflexive Pädagogisierung – Ein phänomenologischer Entwurf, Zugänge zur Moderne. 2000
74. Huppert F.A. & So. T.C.: Flourishing across Europe: Application of an new conceptual Framework for Defining Well- Being. Social indicators research, 110(3), 837-861, doi: 10.1007/s11205-011-9966-7; 2013
75. Huppert F.A. & Wittington J.E.: Positive mental health in individuals and populations. The science of well being S. 307 – 340, 2005
76. International Health Conference (Ed.): Preamble to he constitution of the world health Organization as adopted by the International Health Conference, New Yorck, 19-22 June, 1946:signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 states (Offical records oft he World Health Organization, no. 2. P. 100) and entered into force on 7 April 1948. Offical Records oft he world health Organization: 2. P. http://www.who.int/about/definition/en/print.html.
77. Jellouschek H.: Die Rolle der Geliebten in der Dreiecksbeziehung Zürich 1997
78. Jellouschek H.: Warum hast Du mir das angetan? Untreue als Chance. München 1997
79. Jellouschek H.: Wie Partnerschaft gelingt – Spielregeln der Liebe . Beziehungskrisen sind Entwicklungschancen, Freiburg 1998
80. Jürgens A.;Lesting W.;Loer A.;Marschner R.:Betreuungsrecht kompakt – Systematische Darstellung des geeamten Betreuungsrechts, 2016 8. Auflage, 2016
81. Kabat-Zinn J.: „Gesund durch Meditation, Knaur Menssana, Neuasugabe 2013
82. Katzer K.: Wenn das Internet zur W@ffe wird 2013
83. Kern E.: Personenzentrierte Körperpsychotherapie München 2. Auflage 2015
84. Kirchhoff S., Kuhnt, S., Lipp, P., Schlawin, S.: Der Fragebogen - Datenbasis Konstruktion und Auswertung Empirische Sozialforschung konkret und verständlich 2015
85. Kirschbaum C.: Dresdener Burn Out Studie 2016 – Ergebnisse der ersten Erhebungswelle S. 1 bis 13
86. Knobbe Th, Leis M, Umnuss K.: Arbeitszeugnisse, Textbausteine und Tätigkeitsbeschreibungen, 2010
87. Körner T.: Ein guter Freund – Heinz Rühmann, Biographie – Mit einem Vorwort von Michael Verhoewen, 1. Auflage Berlin 2001

88. Kron Fr. W. (Hg.): Grundwissen Pädagogik - Fünfte verbesserte Auflage, Mit 18 Abbildungen; München 1996
89. Ladwein, S. & Schwickerath, J. (2014). Prozess- und Ergebnisqualität bei der Behandlung von pathologischem Glücksspielen in einem verhaltens-therapeutischen Setting. S. 84, Supplement 1, Sept. 2014. Sucht.
90. Langfeldt H.P.: Psychologie – Grundlagen und Perspektiven für die Soziale Arbeit 5. Aktualisierte Auflage München 2015
91. Lattwein W. Neue (Lebens)kompetenzen in einem Land der (fast) unbegrenzten Möglichkeiten – Ein Beitrag zum interkulturellen Lernen im Bereich der Migrationspädagogik, In: Unsere Jugend: 2/2001
92. Lattwein W.: Aufsatz: Der Stellenwert der empirischen Sozialforschung für die berufliche Erwachsenenbildung und die Reintegration auf den 1. und den 2. Arbeitsmarkt, In: Unsere Jugend Jahrgang 51, 1/1999 S. 2 – 9
93. Lattwein W.: Das saarländische Schoolworkerprogramm, ein bildungspolitischer Neubeginn im Saarland. Eine qualitative Systemstudie In: Unsere Jugend 3/2005 S. 122 – 130
94. Leipold B.: Resilienz im Erwachsenenalter – Mit einem Geleitwort von Werner Greve – Unter Mitarbeit von Tim Loepthien München 2015
95. Leipold B.: Resilienz im Erwachsenenalter Mit einem Geleitwort von Werner Greve – Unter Mitarbeit von Tim Loepthien 2015
96. Leppert K:, Koch B., Brähler E., Strauß B.: (2008). Die Resilienzskala (RS) - Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. Klinische Diagnostik und Evaluation, 2, 226-243.
97. Liedtke M.: Evolution und Erziehung Ein Beitrag zur integrativen pädagogischen Anthropologie 1976, Göttingen
98. Loew Th.: Auswirkungen von soziodemografischen und krankheitsspezifischen Patientenmerkmalen auf die Therapieaufnahme von Patienten mit psychosomatischen Krankheitsbildern.
99. Lorenz R.F.: Salutogenese – Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler – mit einem Geleitwort von Hilarion G- Petzhold 3. Durchgesehene Auflage 2015
100. Lorenz, R.-F.: Salutotgenese Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler Mit einem Geleitwort von Hilarion G. Petzold München 3. Auflage 2016
101. Lutz W. (Hg.): Lehrbuch der Paartherapie – Grundlagen paartherapeutischen Arbeitens – Mit 7 Abbildungen, 13 Tabellen und 59 Übungsfragen; München 2006
102. Lutz, W., Ehrlich, T., Rubel, J., Hallwachs, N., Röttger, M. A., Jorasz, C., Vocks, S., Schulte, D. & Tschitsaz-Stucki, A. (2013). The ups and downs of psychotherapy: Sudden gains and sudden losses identified with session reports. Psychotherapy Research, 23, 114-124.

103. Lutz, W., Hofmann, S., Rubel, J., Boswell, J., Shear, K., Gorman, J. M., Woods, S. W., & Barlow, D. H. (2014). Patterns of early change and their relationship to outcome and early treatment termination in patients with panic disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology. DOI: 10.1037/a0035535
104. Lutz,W., Böhnke, J. R., & Köck, K. (2011). Evaluation and feedback of recovery and non-response in psychotherapy. Community Mental Health, 47, 311-317.
105. Maslow A.: A THEORY OF METAMOTIVATION: THE BIOLOGICAL ROOTING Of THE VALUE – LIFE. Journal of Humanistic Psychology 1967
106. Maslow A.: Motivation and Personality. 3rd Edition, New York N.Y: Harper & Row 1987
107. Mattes, J.: Bewusstseinskultur und Gesundheit – Eine prospektive, randomisierte und kontrollierte Studie zur spirituellen Praxis von Brustkrebspatientinnen, Reihe Sozialwissenschaften ; Bd. 72, Marburg 2017
108. Melzl H.: Venenverbindungen, Klappenstellung und Venöse Strombahn Inaugural – Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin an der medizinischen Fakultät der Universität München 2012
109. Menzen K.H.: Grundlagen der Kunsttherapie - Mit 116 Abbildungen und 7 Tabellen München Basel 2001
110. Mergenthaler A.: Fuchs, Judith; Scheidt-Nave, Christa; Hinrichs, Timo; Stein, Janine; Riedel-Heller, Steffi G.; Grill, Eva : Indicators for Healthy Aging – A Debate. In: International Journal of Environmental Re-search and Public Health 10,12: 6630-6644 (2013)
111. Mergenthaler A.: Gesundheitliche Resilienz, Konzept und Empirie zur Reduzierung sozial bedingter Ungleichheit im Alter Reihe: „Gesundheit und Gesellschaft", Wiesbaden: VS Verlag 2015
112. Mergenthaler, Andreas (2013): Auf den Spuren des „Dritten Alters": Befunde zur Dauer eines Lebensabschnitts auf der Grundlage der „Third Age Life Exappectancy". In: Bevölkerungsforschung Aktuell 34,5: S. 2-10Mergenthaler, Andreas; Cihlar, Volker; Micheel, Frank; Sackreuther, Ines (28.-30.10.2015): Altern zwischen Produktivität und Rückzug: Ergebnisse eines Surveys zu den Lebensplänen und Potenzialen der 55- bis 70-Jährigen in Deutschland. Wissenschaftlicher Vortrag anläßlich des 17. Deutsch-Österreichisch-Schweizerisches Demografentreffen (DACH-Tagung), DJI, München
113. Meysel I.: Frei heraus mein Leben – Weinheim, Berlin 1991
114. Micus A.: Partnersuche Ü 60 Flirten, verabreden und glücklich bleiben Humboldt Verlag 2015
115. Micus A.: SEX Ü 60 So bewahren Sie sich Lust und Liebe – Der Ratgeber für ein erfülltes Sexualleben Humboldt Verlag 2015

116. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Soziales und Familie (Hg.): Erster Armuts- und Reichtumsbericht für das Saarland – Kurzfassung, 2015 Beauftragt Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie, gGmbH, 86391 Stadtbergen
117. Müller B.: Die Last der großen Hoffnungen – Methodisches Handeln und Selbstkontrolle in sozialen Berufen Edition Soziale Arbeit München 1991
118. Münker-Kramer E.: Traumazentrierte Psychotherapie mit EMDR 2015
119. Neumann E.: Kognitive Grundlegungen für integrative Kunst/Gestaltungstherapie und Imaginationsverfahren. In: Zeitschr. F. Musik, Tanz- und Kunsttherapie. (3), S. 142 – 146, 1998
120. Nickel H.: Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters – Ein Lehrbuch für Studierende der Psychologie, der Erziehungs- und Sozialwissenschaften Band 1, 3.duchgesehene , ergänzte Auflage, Bern/Stuttgart /Wien 1979
121. Nuss F. M.: Wie viel Wille ist gewollt? Beitrag zum philosophischen Verständnis von Selbstbestimmung und Willesnfeiheit im Kontext sozialer Arbeit, Reihe Sozialwissenschaften Bd. 75, Badden-Baden 2017
122. Oerter R.; Montada L.: Entwicklungspsychologie München, Wien, Baltimore 1982
123. Ortiz-Müller W. und Lenk J.: Wirkungen psychosozialer Beratung von Stalking-TäterInnen bei Stop-Stalking Berlin – eine qualitative Evaluation. In: Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung, 10. Jg. Heft 1, Januar 2014
124. Otto H.- U. u. Thiersch H. (Hg.) Herriger N.: Präventives Handeln und Soziale Praxis – Konzepte zur Verhütung abweichenden Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen – Edition Soziale Arbeit 1986
125. Parsons T.: The Social System – Haward University Cambridge in Massachussetts; USA, 1951
126. Parsons T.: The structure of Social Action – Haward University Cambridge in Massachusetts; USA, 1937
127. Pauls H.: Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung, 3. Auflage Weinheim, 2014
128. Polyklinische Psychotherapieambulanz Leitung: Prof. Dr. Wolfgang Lutz, Vorab Erhebung: Patient .Erhebungsbogen zu Wohlbefinden-Patient, zu Soziodemographie, zu Medikation Fassung 2014
129. Pörksen B.; Schulz von Thun Friedemann: Kommunikation als Lebenskunst – Philosophie und Praxis des Miteinander Redens, 2016 Zweite Auflage
130. Premper, V., Schwickerath, J., Missel, P., Feindel, H., Zemlin, U., Schwarz, S. & Petry, J. (2014). Multizentrische Katamnese zur stationären Behandlung von pathologischen Glücksspielern. Sucht, Vol. 60, Nr.6, S. 331-344
131. Püttjer Ch., Schnierda U.: Souverän im Vorstellungsgespräch – So schaffen Sie den Jobwechsel, Campus Verlag, Frankfurt/New York 2014

132. Rampp, Benjamin, Endreß, Martin, Naumann, Marie (Eds.): Resilience in Social, Political and Cultural Spheres 2019
133. Redlich A. u. Schley W.: Kooperative Verhaltensmodifikation im Unterricht – Schüler und Lehrer lösen ihre Probleme gemeinsam – Selbststeuerung als Prinzip – Entprofessionalisierung in der Schulberatung München Wien Baltimore 1. Auflage 1978
134. Regionalverband Saarbücken, (Hg.) Kooperationsleitfaden für Jugendhilfe und Schule zum Schutzauftrag bei Kinderwohlgefährdung.
135. Reitz M.: Helm Stierlin H.: Zeitzeuge und Pionier der systemischen Therapie 2014
136. Riemann F.: Grundformen der Angst: Eine tiefenpsychologische Studie 39. Auflage 2009
137. Rockstroh S.: Psychopharmaka 2015
138. Rogers C.: Der neue Mensch – Konzepte der Humanwissenschaften, 2015
139. Rogers C.: Die Entwicklung der Persönlichkeit – Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, 2002
140. Rogers, C. / Rosenberg, R.: Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit 1980
141. Rössel J. et al.: Lebensstilforschung – Bereichsspezifische Wirkung von Lebensstilen 2015
142. Schäfer K.-H.: Therapeutisches Bogenschießen München 2015.
143. Schuster M.: Verhaltenstherapie und Kunsttherapie – ein fruchtbarer Gegensatz? In: Zeitschrift der Praxis künstlerischer Therapien, 2, S. 80-87 (1997)
144. Schweitzer A. In: Älter werden im Landkreis Saarlouis – Depressionen im höheren Lebensalter, S. 19. Landkreis Saarlouis (Hg.) Amt für soziale Dienste und Einrichtungen Leitstelle Älter werden 2016
145. Schwickerath, J. & Carls, W. . Mobbing am Arbeitsplatz und Krank-heit. In G. Herold. Innere Medizin (S. 927-928). Köln: Gerd Herold. 2014.
146. Schwickerath, J. & Holz, M.: Mobbing a munkahelyi pszichoterror. Z-Press Kiadò Kft., Miskolc, Ungarn 2014.
147. Schwickerath, J.: Mobbing erfolgreich bewältigen. In vier Schritten aus der Mobbingfalle. Weinheim: 2014
148. Seikowski K. et al.: Einführung Psychodermatologie 2015
149. Seligman M. E. P.:Flourish. A visionary new understa nding of happiness and well being (1. Ed.), New York Free Press 2011b
150. Seligman M.E.P., Stern T.A., Park N.; & Peterson C.: Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. American Psychologist, 60(5), S. 410-421, doi.10/1037/00-066X.60.5.410 2011a
151. Seligman M.E.P.: Flourish – Wie Menschen aufblühen. München Kösel 2012
152. Skinner B.F.: The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis
153. Speicher J.: 7 Fragen zur Situation der sozialen Arbeit. In: Blätter der freien Wohlfahrt. 3/2006

154. Speicher J.: Der Rahmenvertrag zur Soziotherapie (§ 37a SGB V) in Rheinland – Pfalz. In: Psychosoziale Umschau Heft 2. Bonn 2003
155. Speicher J.: Lernprozesse in psychiatrischen Organisationen. In: Joachim Schweitzer et al.: Wenn Krankenhäuser Stimmen hören. Göttingen 2005
156. Speicher J.: Personenzentrierung in der praktischen Umsetzung. Anforderungen und Erfahrungen aus der Sicht der User. In: Zagotoczky, K./Graushuber A./Mechtler R.: (Hrsg.) Lebensstil als Gesundheitsfaktor. Institut für Soziologie der Universität Linz (Österreich) Linz 2005
157. Speicher J.: Tagesklinik – Institutsambulanz – Wohnverbund als Bestandteile einer integrierten Versorgung. In: Christa Wiedmeier-Berthold (Hrsg.) Gemeindepsychiatrie in Esslingen. Esslingen 2003
158. Spitz R.: Hospitalismus I, Eine Untersuchung der Genese psychiatrischer Krankheitsbilder in der frühen Kindheit. Vorläufiger Bericht; 1945 In: Bittner G., Schmid – Cords E. (Hrsg.) S. 77-98, 1970a
159. Spitz R.:Hospitalismus II, Katamnese zur 1945 veröffentlichten Untersuchung (1946), In: Bittner, G., Schmid-Cords E. (Hrsg.) S. 99-103, 1970b
160. Standop J.; Jürgens E. (Hg.): Einführung in die wichtigsten Konzepte der Werteerziehung 2005
161. Statistisches Bundesamt Wiesbaden - Destatis (Hg.):Statistisches Jahrbuch 2017
162. Tanner M.: Compassion focussed Therapy – Mitgefühl im Fokus München 2015
163. Vogelgesang W.: Jugendliche Video-Cliquen – Action- und Horrorvideos als Kristallisationspunkte einer neuen Fankultur – Dissertation im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften/Mathematik an der Universität Trier, Opladen 1991
164. Vogelgesang W. et al.: Meine Zukunft bin ich! – Alltag und Lebensplanung Jugendlicher – Habilitationsschrift an der Universität Trier im Fachbereich Soziologie; Frankfurt/New York 2004
165. Vogelgesang W./Kersch L.: Eifeljugend heute: Leben in der urbanisierten Provinz, Marburg 2017
166. Von Sydow K.: Systemische Therapie München 2015
167. Wellensiek Silvia Kéré: Handbuch Resilienz-Training. Widerstandskraft und Flexibilität für Unternehmen und Mitarbeiter, Basel Weinheim 2011
168. Wizorek A.: Weil ein Aufschrei nicht reicht – Für einen Feminismus von heute Frankfurt a. Main 2014
169. Zimbardo Ph. G. und Ruch Fl.: Lehrbuch der Psychologie New York, Heidelberg, Berlin 1978

XIII. Inhalt

Vorwort 4
I. Einleitung 6
II. Die systemorientierte Resilienz im sozial-gesellschaftlichen Zusammenhang .. 12
1. Der Weg in die Sucht 14
1.1. Die stoffgebundenen Suchtmittel 14
1.2. Die stoffungebundenen Suchtformen 15
2. Der Weg aus der Sucht 16
3. Die empirische Glücksforschung 17
III. Die systemische Resilienz als Grundlage zur Krisenbewältigung 20
1. Dresdener Burnout-Studie (DBS) von Prof. Clemens Kirschbaum, TU Dresden 20
2. Der systemresiliente Umgang mit Stressfaktoren im Alltag 23
3. Der „Weisheitsbegriff“ von Frau Prof. Dr. Judith Glück (Uni Klagenfurt) 27
IV. Vom Burnout zur Depression 29
V. Grundlagenforschung 32
1. Beginn der Forschungsaktivitäten zur „systemischen“ Resilienz 32
2. Das Resilienzmodell der Ressourcenorientierung 33
3. Worin ist der Vorteil der Systemresilienz gegenüber der Resilienz im traditionellen Verständnis zu sehen? 35
3.1. Die Geduld als eine menschliche Kategorie für systemresilientes Verhalten 40
3.2. Die radikale Selbstakzeptanz als ein resilienzstiftendes Persönlichkeitsmerkmal 41
3.3. Welche praktikablen Anwendungsmöglichkeiten gibt es für die systemische Resilienz im Alltag? 42
4. Wie wirkt sich die Stressthematik auf die Resilienz als Hilfemethodik aus? 46
5. Das Borderline Syndrom (BPS): Eine Persönlichkeitsstörung 50
VI. Das bundesdeutsche Therapiewesen in ambulanter und stationärer Form 52
1. Die systemische Resilienz als klassisches psychotherapeutisches Rezept 53
2. Die systemische Resilienz als Therapiechance bei Mobbing und Stalking ... 55
3. Die drei unterschiedlichen Stadien der Depression 56
3.1. Die einfache Depression als erstes Krankheitsstadium 57
3.2 Das zweite Krankheitsstadium der Depression 62
3.3 Das dritte Krankheitsstadium der Depression 66
VII. Therapieverfahren im Fall von Paarkonflikten 68
1. In welchen Fällen wird in der psychotherapeutischen Fachliteratur eine Paartherapie empfohlen? 69

2. Welche Bereicherung bei der Paartherapie ist durch die Methode der „acceptance work“ bei Depression zu erwarten? ... 69
3. Die psychoedukative Intervention mittels Coping als ein resilienzwirksamer Therapieansatz ... 70
3.1. Die Drei-Phasen-Methode ... 71
3.2. Die Entwicklungspotentiale liegen inmitten der Beziehungskrise? ... 73
3.3. Paartherapeutische Aspekte und Umgangsregeln mit dem Resilienzfaktor Macht in der Paarbeziehung ... 75
VIII. Erfreuliches aus der Resilienzforschung ... 78
1. Der ereigniszentrierte skalierte Stresswert und die erlebte oder gefühlte Stressintensität im Selbsttest ... 82
2. „Wie resilient bin ich?“ im Selbsttest ... 85
3. Systemische Resilienz im Unterschied zum neurolinguistischen Programmieren NLP und im Unterschied zur Elternarbeit in der klassischen Familientherapie ... 88
4. Die Salutogenese, das Gesundheitsmodell von Aaron Antonovsky ... 90
5. Eine modern(e)/istische Kritik an der strukturfunktionalistischen Rollentheorie von Jürgen Habermas und Talcott Parsons ... 92
6. „An apple a day keeps the doctor away“ ... 95
7. Was ist Flourishing? ... 97
7.1. Das Doppel Kontinuum der geistigen Gesundheit ... 97
7.2. Psychische Gesundheit und Flourishing (nach Huppert F. 2005) ... 101
7.3 Das PERMA Modell des Wohlbefindens Seligman 2011 ... 102
8. Das Verständnis von systemischer Resilienz als „innere Stärke“ und als sozialpsychologisches Erklärungsprinzip ... 104
9. Resilienz in der Neurophysiologie ... 104
10. Die Resilienz aus dem psychologischen Blickwinkel ... 105
11. Welche Funktion und welchen Stellenwert erfüllt die systemische Resilienz für die Erziehungswissenschaft (Pädagogik)? ... 107
12. Eine wissenschaftstheoretische Gegenüberstellung der systemischen Resilienz zur personenzentrierten Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers ... 108
13. Der exemplarische klassische Therapiealltag in einer Fachklinik für Psychosomatik in authentischer Berichterstattung aus Patientensicht ... 110
IX. Grundlagen der stationären Therapie ... 113
1. Die Antragstellung ... 114
2. Anschlussmaßnahmen ... 116
3. Burnout oder nur abgespannt? ... 122
4. Die Ablegung der Opfer-/Täterrolle ... 124
5. Soziale Isolation und sozialer Abstieg ... 127

X. Systemische Resilienz als Bereicherung für Schulsystem und Alltag 129
1. Grundüberlegungen zur statistischen Empirie in der Praxisforschung..... 130
2. Die Wegweiserfunktion der systemischen Resilienz im Alter als Grenzerfahrung..... 131
3. Ein neuer Weg in der Schmerztherapie 133
4. Suchtgefahr Pharmazeutika 135
5. Bedeutung von Kunst und Kultur für die systemische Resilienz..... 137
6. Die Rolle der bildnerischen Arbeit für die systemorientierte Resilienzstudie 141
XI. Anhang..... 143
1. Themenbezogene Kommentierung des Autors zu den gestiegenen Kosten der Krankenhäuser 2016, 2017 und 2018 in der Bundesrepublik Deutschland..... 143
2. Ausblick in die Zukunft der systemorientierten Resilienz und vorausschauende Kommentierungen..... 146
3. Internetadressen und andere überregional empfehlenswerte Einrichtungen der Sozialpsychiatrie und Psychosomatik..... 153
4. Krankenhauszahlen 154
XII. Literaturverzeichnis..... 156
XIII. Inhaltsverzeichnis 166
Nachwort 169
Titelbild 170

So mancher mag sich am Ende des Buches fragen, warum ich die Psychotherapie so stark gewichtet habe. Die Frage ist berechtigt. Resiliente Menschen benötigen keine Psychotherapie. Einer winterharten Pflanze schadet Frost schließlich auch nicht. Jedoch ist die Fähigkeit zur Resilienz nicht jedem angeboren, sondern wird meistens erst aus der Notwendigkeit geboren: „Was mich nicht umbringt, macht mich stärker" (Friedrich Nietzsche). Die Gesprächs- bzw. Psychotherapie sehe ich daher als probates Mittel, die Fähigkeit zur Resilienz zu entwickeln.

Resilienz erfordert die Bereitschaft loszulassen, d. h. zu akzeptieren, was nicht zu ändern ist. In der chronischen Form der Depression ist der Betroffene in einer Endlosschleife gefangen, weil er über die Stufe des Sich-Nicht-Abfindens nicht hinauskommt. Resignation ist nichts anderes als die Unfähigkeit, Gegebenheiten hinzunehmen und aus ihnen das Beste zu machen. Bei der manischen Depression sucht der Betroffene stattdessen sein Heil in Illusionen und trügerischen Hoffnungen, die ihn jedoch Tantalus-Qualen durchleiden lassen, sobald Euphorie und Vorfreude wieder in der unausweichlichen Ent-Täuschung enden. Freunde, Verwandte und Bekannte werden in diesem Stadium zum Feind, da diese den Kranken nicht bzw. nicht mehr in seiner unbegründeten Euphorie bestärken können und daher meinen, ihn vor seinen allzu hohen Erwartungen warnen zu müssen. Eine Gesellschaft, die Menschen darüber hinaus das Gefühl vermittelt, dass jedes Ziel erreichbar sei, wenn man es nur hartnäckig genug verfolge, macht aus der Enttäuschung dann zwangsläufig das Gefühl des persönlichen Versagens.

Unter Resilienz könnte man daher auch die Fähigkeit verstehen, sich von einer wie auch immer gearteten Erwartungshaltung zu lösen und das wärmende Licht der Liebe im eigenen Herzen zu entzünden, anstatt darauf zu hoffen, sich im Licht der Liebe anderer wärmen zu dürfen. Doch wofür ein Mensch „brennt", ist ein Brand, der niemals durch andere gelöscht werden kann. „Selbermachen" lautet die Devise, aber nicht jeder, der Musik liebt, ist auch ein begnadeter Musiker. Einen resilienten Menschen zeichnet daher Geduld aus, der Depressive hingegen entflammt schnell, aber er resigniert auch genauso schnell, wenn sich Erfolge nicht in absehbarer Zeit einstellen. Gleich Sisyphus entgleitet ihm kurz vor dem Ziel der Stein, so dass er immer wieder von vorne beginnen muss.

Erst wenn dem Depressiven klar wird, dass er im Grunde genommen ein Süchtiger ist (süchtig im Sinne eines Suchenden, der nicht findet, was er sucht bzw. der an der falschen Stelle sucht), ist ein erster Schritt getan.

Bild Einband: „Der friedliche Wal"

Der Wal ist als Motiv für den Einband und als Buchmetapher sehr bewusst gewählt. Er steht Pate für ein vom Autor erstelltes Bild in Acryl auf Leinwand im Format 80 x 60 und symbolisiert für mich geradezu ideal das Thema: Systemische Resilienz – Der Weg aus dem Burnout!

Er ist die malerische Verkörperung der Gelassenheit, der Entspannung und der Souveränität in der bildhaften Prosa gesprochen. In den Elementen Luft und Wasser ist er zu Haus. Entstanden ist das Bild in einer Lebensphase, in der mich eine tiefe Sehnsucht nach innerer Ruhe zur malerischen Kunst geführt hat.

Natürlich ist die intuitive Darstellung und die angestrebte Inspiration, die von der kräftigen Gestalt des Meersäugetiers sowie von der hellen und pastös aufgetragenen Farbgestaltung ausgehen kann, eine bewusste Zielsetzung im thematischen Kontext der systemischen Resilienz.

Die Bildbetrachtung bietet dem Leserkreis hoffentlich die wohlige Atmosphäre und gewünschte Konzentration, die er zur Einstimmung für eine entspannte Lektüre benötigt. Die Leuchtkraft von Farbe und Form möge Sie in eine angenehme Stimmung hineinbegleiten.

Wolfgang Lattwein