
TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Klinikum rechts der Isar

(Direktor: Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen)

Optimierung eines interventionellen Gruppenangebots zur Förderung von Ressourcen

Lina Sophia Carmen Kahan

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität
München zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Medizin

genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. E. J. Rummeny

Prüfer der Dissertation: 1. apl. Prof. Dr. M. Sack

2. Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen

Die Dissertation wurde am 13.06.2012 bei der Technischen Universität München
eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 30.01.2013 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	4
2	WISSENSCHAFTLICHER ÜBERBLICK.....	6
2.1	DER WEG ZUR RESSOURCENFÖRDERUNG	6
2.2	DAS RESSOURCENKONSTRUKT UND SEINE BEGRIFFLICHKEITEN.....	10
2.3	KONZEPTE DER RESSOURCENFÖRDERUNG	14
2.3.1	<i>Salutogenese nach Antonovsky</i>	<i>14</i>
2.3.2	<i>Anforderungs-Ressourcen-Modell nach Becker.....</i>	<i>18</i>
2.3.3	<i>Resilienz</i>	<i>22</i>
2.3.4	<i>Coping.....</i>	<i>26</i>
2.3.5	<i>Entchronifizierung.....</i>	<i>29</i>
2.3.6	<i>Kreativität, Spielerisches und Veränderungsbereitschaft.....</i>	<i>31</i>
2.3.7	<i>Klinisch-therapeutische Ansätze der Ressourcennutzung.....</i>	<i>35</i>
2.3.8	<i>Zusammenfassung.....</i>	<i>38</i>
3	KLINISCHE STUDIE.....	40
3.1	FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN.....	40
3.2	METHODIK.....	42
3.2.1	<i>Konzeption eines Gruppenangebots.....</i>	<i>42</i>
3.2.2	<i>Stichprobe.....</i>	<i>44</i>
3.2.3	<i>Messinstrument.....</i>	<i>46</i>
3.2.4	<i>Studiendurchführung und Design</i>	<i>49</i>
3.2.4.1	<i>Setting</i>	<i>49</i>
3.2.4.2	<i>Datenerhebung</i>	<i>49</i>
3.2.4.3	<i>Operationalisierung.....</i>	<i>50</i>
3.3	STATISTISCHE AUSWERTUNG	51

3.4	ERGEBNISSE.....	52
3.4.1	<i>Zur Reliabilität des Messinstruments.....</i>	<i>52</i>
3.4.2	<i>Ressourcenförderung in den einzelnen Programmen.....</i>	<i>55</i>
3.4.2.1	Altes Programm.....	55
3.4.2.2	Neues Programm	62
3.4.3	<i>Vergleich der Programme.....</i>	<i>63</i>
3.4.3.1	Allgemeiner Vergleich	63
3.4.3.2	Vergleich hinsichtlich der Beurteilungen	65
3.4.3.3	Effekte der Therapiedauer	67
3.4.4	<i>Zusammenfassung der Ergebnisse</i>	<i>71</i>
3.5	DISKUSSION.....	72
4	AUSBLICK	79
5	ZUSAMMENFASSUNG.....	81
6	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	83
7	TABELLENVERZEICHNIS.....	84
8	LITERATURVERZEICHNIS	85
9	ANHANG: THERAPEUTISCHES MANUAL.....	91
10	DANKSAGUNG	116

1 Einleitung

Ob in der Landwirtschaft oder der Pädagogik, in der Wirtschaft, der Umwelt-, oder der Gesundheitspolitik – Konzepte der Nachhaltigkeit sprießen wie junge Pflanzen und zeigen einen geistigen Aufbruch, ein Umdenken an. Die Thematik regenerierbarer Systeme ist so aktuell wie umstritten, so gefragt wie innovativ, und doch, und gerade deshalb bedarf es auf nahezu allen Gebieten weiterer intensiver Forschungsarbeit. Ganz in diesem Sinne lässt sich auch in der Medizin, insbesondere in der Psychosomatik und Psychotherapie, das Konzept der Ressourcenförderung entdecken und nutzen. Unter Ressourcen im therapeutischen Sinne werden dabei all jene Fähigkeiten und Möglichkeiten eines Menschen verstanden, die zu positivem Denken, Fühlen und Wollen beitragen. Anstelle eines lösungsorientierten Vorgehens, das ein zu bewältigendes Problem als Ausgangslage hat, setzt die Ressourcenförderung an der salutogenetischen Frage nach dem Ursprung von Gesundheit an und versucht vergessene oder anderweitig verloren geglaubte Strategien und Kraftquellen zu reaktivieren oder neu zu etablieren. Stellt man sich die Probleme eines Menschen in der einen Schale einer Balkenwaage vor, so kann man die Ressourcen in der anderen ruhend sehen. Um ein Gleichgewicht herzustellen, kann nun in alter Tradition versucht werden, die eine Waagschale, die der Probleme, zu leeren – oder aber es wird versucht neue Perspektiven zu öffnen und die andere Waagschale zu füllen. Eine weitere Metapher wäre ein erstarrter und unflexibler, verhärteter Körper, der durch Manipulation von außen bearbeitet, oder aber durch aktivierende Wärme von innen bewegt werden kann. Diese Aktivierung innerer Fähigkeiten ist Ziel der Ressourcenförderung. Gerade in Situationen, aus denen akut kein Ausweg ersichtlich ist, und bei traumatisierten Patienten, die überdurchschnittlich häufig somatoforme Symptome zeigen (Sack et al., 2007), sowie bei chronifizierten Prozessen scheint die Ressourcenförderung ein frischer und offener Weg zu sein.

Das Feld der wissenschaftlichen Arbeiten hierzu ist weit; verwandte Ansätze wie das der Salutogenese nach Antonovsky (1987) sind längst bekannt und verbreitet, und

dennoch besteht auf diesem Gebiet ein großer Forschungsrückstand (Strauß, 2007). Nahezu vergebens sucht man nach praktisch-therapeutischen Manualen, die sich für die konkrete, klinische Anwendung eignen. So entstand die Idee – unter bestmöglicher Nutzung der eigenen Ressourcen – ein Programm zur Ressourcenförderung zu entwickeln, um es in der psychosomatischen Tagesklinik des Klinikums rechts der Isar in München einsetzen zu können (Gerlach, Kulinna, & Sack, 2009). Aus therapeutischen Beobachtungen und Überlegungen heraus wurde die anfänglich bunt durchmischte Rohfassung, die neben kreativ-assoziativen noch viele kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente enthielt, neu konzipiert, indem die wöchentlich zweimal abgehaltenen Gruppentherapiestunden aufgeteilt wurden. So entstand daraus ein verhaltenstherapeutisches „Skillstraining“ auf der einen Seite, auf der anderen wurde eine „Ressourcengruppe“ mit einem kreativ-assoziativen Ansatz gebildet.

Nach einem Überblick verwandter wissenschaftlicher Konzepte, sind die Erstellung, Einführung und Evaluation der spielerischen Interventionen für die „Ressourcengruppe“, insbesondere im Vergleich zu dem vorausgehenden, bunt durchmischten Programm, Gegenstand dieser Studie.

2 Wissenschaftlicher Überblick

2.1 Der Weg zur Ressourcenförderung

Die ursprünglich selbstverständliche Einheit von Körper und Seele wurde bereits durch Descartes aufgebrochen, der den Körper als auf mechanischen Prinzipien beruhend und die Seele mit dem wesentlichen Merkmal des Denkens in einem dualen System beschrieb (Beckermann, 2011). Im Zuge der rasanten Entwicklung der Naturwissenschaften kam es zu einer zunehmend mechanistischeren Denkweise in der Medizin, wie sie im 18. Jahrhundert in der Formel des ‚L’homme machine‘ oder im 19. Jahrhundert in der Zellulärpathologie Rudolf Virchows ihren Ausdruck fand (Seidler & Leven, 2003). Man ging davon aus, dass alle Geschehnisse im Menschen und der Mensch selbst bis ins kleinste hinab auf materieller Ebene erklärbar seien. Auch die Behelfsdenkweise in Modellen wie demjenigen der Molekül-Rezeptor-Reaktion, wie sie in den naturwissenschaftlichen Fächern etabliert ist, entspricht dem Gedankengut dieser Epoche.

Ebenfalls in dieser Zeit entwickelte Freud sein Konzept der Psychoanalyse, das zunächst auf erheblichen Widerstand seitens der etablierten Universitätsmedizin stieß, um danach zu einer Berechtigung der Seele und Psyche als zweites „Denksystem des Menschen“ parallel zu dem biologischen System zu führen. Dieser psycho-physische Parallelismus, der auf die materialistischen Thesen des durch physikalische Gesetzmäßigkeiten erklärbaren Welt- und Menschenbildes von Piaget zurückgeht (Pohlenz, 1977), führte zu einer starken Kluft in der Medizin, über die bereits der Kant’sche Dualismus eine Brücke zu schlagen versuchte, der eine Wechselwirkung zweier, wenn auch verschiedenartig interpretierter, Systeme in Betracht zieht (Pohlenz, 1977). Dieses Leib-Seele-Problem, welches einmal durch physikalisch-materialistische Modelle, einmal durch psycho-physische Interaktionen erklärt wird (Kutschera, 1993), und welches letztlich ein philosophisches Problem darstellt,

versucht die Psychosomatik mit einem ganzheitlichen Konzept von bio-psycho-sozialen Verknüpfungen und einem integrativen Ansatz zu überwinden (Uexküll, 2003).

Doch auch die Psychosomatik wurde als eigenständige Disziplin der medizinischen Fachbereiche im Sinne eines Teiledenkens etabliert, obgleich dies bereits aus ihrer Definition heraus als unbefriedigend und geradezu unzulässig erscheint. Die Konsequenz eines ganzheitlichen Modelles wäre ein integrativ denkender „Allgemeinmediziner“, der den körperlich funktionierenden, aber auch denkend-fühlenden Menschen in all seinen sozialen und biographischen Bezügen, also den „ganzen Menschen“ im Blick hat. Da dies aufgrund der zunehmenden Spezialisierung jedoch völlig unmöglich erscheint, fordert Uexküll nach einem „System klar gegliederter Integrationsebenen ..., in dem Spezialisten noch insoweit Generalisten sind, dass sie die psychosozialen Zusammenhänge sehen und deren Bedeutung für die Probleme ihres Fachgebiets sowie vor allem die Bedeutung der Probleme ihres Fachgebiets für die psychosozialen Zusammenhänge ihrer Patienten beurteilen können“ (Uexküll, 2003). Uexküll verweist weiter darauf, dass es nicht, wie oft behauptet, die zunehmende Technisierung der Medizin ist, die die Humanität schwinden lässt, sondern die Vorstellung, die Technisierung könne einen Teil der ärztlichen Tätigkeit ersetzen; es ist im Gegenteil vielmehr notwendig einem „Mehr an Technik“ mit einem „Mehr an Arzt“, mit „Zuwendung, Wärme und menschlichem Verstehen“ zu begegnen (Uexküll, 2003).

Es geht also um ein Menschenbild, das den Menschen nicht als eine Vielzahl zusammengefügter Einzelteile betrachtet und die Psychosomatik als Ergänzung in einer dualistischen Denkweise anfügt, es geht vielmehr um eine Integration, ganz besonders auch aus ethischen Aspekten. Es geht sowohl um eine Integration in der Betrachtung des Menschen als Ganzes, im Zusammendenken und -verstehen von dem Wissen um die Biologie der Zellen, Organe, bis hin zu seelischen, geistigen und sozialen Faktoren, die zu ein und demselben Wesen gehören, die dasselbe Wesen sind und ausmachen. Und es geht auch um einen integrativen Ansatz in der Medizin als Beruf, die vor allem durch die immer größere Spezialisierung auf Organgebiete bis hin zu kleinsten Einheiten von Zellen und Molekülen Gefahr läuft, den Menschen als Ganzes aus den Augen zu verlieren. Neben der außer Frage stehenden Notwendigkeit fundierten

Fachwissens ist es vor allem von Bedeutung, woraus sich dieses Fachwissen ergibt – weder biologisches noch seelisch-psychisches kann hier alleine den Menschen als Ganzes erfassen. Das flexible und individuelle Ineinanderdenken von dem naturwissenschaftlich ergründbaren Aspekt des Menschen mit seiner seelisch-geistigen Wesenheit ist eine große Herausforderung in unserer gegenwärtigen Medizin. Aber auch für den Arzt als Menschen bedeutet dies für seine ärztliche Tätigkeit mehr als bloßes Wissen: „Der Arzt trägt Verantwortung für die Entwicklung seiner Fähigkeit, sich als diagnostisches und therapeutisches Werkzeug in die Interaktion mit dem Patienten einzubringen und eine gemeinsame Wirklichkeit mit ihm aufzubauen. Die Entwicklung dieser Fähigkeit ist von dem Prozess der persönlichen Reifung nicht abzulösen. Humanmedizin ist Beziehungsmedizin und Beziehungen zwischen Menschen lassen sich nicht durch technische Surrogate ersetzen“ (Uexküll, 2003).

Aus der Geschichte und der Entwicklung der Psychosomatik lässt sich erkennen, wie wichtig der Blick auf „das Ganze“ ist. Und nicht nur im „Menschenbild“, auch im Verständnis von „Krankheit“, als dem zentralen Thema der Medizin, herrschte lange Zeit Einseitigkeit, und es entwickelte sich nur allmählich eine Erweiterung der Perspektive. Die Aufhebung des Gesundheit-Krankheit-Dualismus zugunsten der Vorstellung eines Kontinuums durch eine salutogenetische Betrachtungsweise (Antonovsky, 1997) führte in Ihrer Konsequenz schließlich auch zur Wahrnehmung und Wertschätzung von Ressourcen als den der Gesundheit zuträglichen Potentialen. Ebenso wie dem mechanistischen Denken mit einem integrierenden, psychosomatischen Ansatz begegnet wird, ändert sich hier die Perspektive weg von dem „Fehlersuchen“ in der Pathogenese zu einer Suche nach den Ursachen und Möglichkeiten der Entwicklung von Gesundheit. Der Fokus liegt dabei auf dem Weg zur Genesung. Dennoch ist die Ressourcenförderung nach wie vor klinisch wenig verbreitet und ein Exot in einem von pathologischem Denken geprägten, komplexen System – was nicht zuletzt an tradierten Abläufen und Einstellungen der Akteure liegen mag. Die Ressourcenförderung ist darüber hinaus auch von einem sozialgesellschaftlichen Blickwinkel aus betrachtet weit entfernt von der Praxis der medizinischen Versorgung. Die Erkenntnisse der Psychosomatischen Medizin beziehen sich aber gerade auf die

Entstehung medizinisch relevanter und kostenintensiver Syndrome, die letztlich auf dem Boden „ungesunder“, traumatischer Beziehungserfahrungen entstehen, oder ihren Ursprung haben in der unreflektierten Übertragung mechanistischer Abläufe auf das Verständnis von Krankheit und Heilung, welche zu einer iatrogenen Fixierung beitragen. Hier genau kann interaktionelle Ressourcenförderung ansetzen. Anstatt auf Verdacht in komplexe Mechanismen punktuell einzugreifen, ist es das Ziel für die Selbstregulierungskräfte optimale Bedingungen zu schaffen. So kann im Sinne der Salutogenese ein Boden bereitet werden, auf dem sich Gesundheit aus einer tiefen inneren Weisheit heraus entwickeln kann. Es ist für die klinische Forschung somit von Bedeutung Erfahrungen aus Gebieten, die sich mit der Ressourcenförderung als Konzept und Methode schon länger befassen, wie die Pädagogik oder die Psychologie, in eine moderne Medizin zu integrieren. Erkenntnisse über therapeutisches Spielen zur Ressourcenförderung haben folglich hohe medizinische Relevanz, da durch sie die Egalität zwischen pathogenetischer und lange vernachlässigter salutogenetisch-ganzheitlicher Betrachtung im Arzt-Patient-Kontakt verdeutlicht wird.

2.2 Das Ressourcenkonstrukt und seine Begrifflichkeiten

„Als Ressourcen werden alle Mittel gesehen, durch die Systeme sich lebens- und funktionsfähig erhalten (operating), Probleme bewältigen (coping), ihre Kontexte gestalten (creating) und sich selbst im Kontextbezug entwickeln können (development)“ (Petzold, 1997).

Wer beginnt, sich mit dem Begriff der „Ressource“ auseinander zu setzen, findet schnell eine Bandbreite an Erklärungsmodellen – sie reichen von ökonomischen über soziale bis hin zu psychologischen Definitionen. Grenzt man den Bereich nun weiter ein, um zu dem Begriff der therapeutisch nutzbaren „Ressource“ zu gelangen, so erwartet einen eine neuerliche Fülle an Konzepten.

Nach Flückiger (2009) zeichnen sich Ressourcen vor allem dadurch aus, dass sie das „positive Potential“ eines Individuums darstellen, einen „Möglichkeitsraum“, mit dessen Hilfe die Grundbedürfnisse befriedigt werden können. Laut Grawe & Grawe-Gerber (1999) zeigt sich der Ressourcenaspekt vor allem auch in der therapeutischen Haltung und scheint neben der Problembearbeitung einen ebenbürtigen Platz in der Therapie zu verdienen. Sie fordern, dass zusätzlich zu einem ressourcenorientierten Setting ganz besonders die therapeutische Weiterentwicklung zu fördern und Raum für eine regelmäßige Supervision zu schaffen sei.

Um einen Eindruck von den aktuellen wissenschaftlichen Theorien zu erhalten, stellten Schemmel & Schaller (2003) das Buch „Ressourcen – Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit“ zusammen, in welchem sie zeitgenössische Ressourcentheoretiker und -praktiker zu Wort kommen ließen. In ihrem abschließenden Bericht (Schaller & Schemmel, 2003) tragen die Verfasser die aktuellen Auffassungen zusammen:

So stellen beide zunächst fest, dass es zwei verschiedene Strömungen zu geben scheint, die „Ressourcenorientierung“ und die „Ressourcenaktivierung“. Während die

Verfechter der Ressourcenorientierung von bereits vorhandenen Ressourcen ausgehen und die Aufgabe des Therapeuten vor allem darin sehen, auf Ressourcen aufmerksam zu machen und durch eine Veränderung der Perspektive lediglich als zurückhaltende Begleiter für die zu Behandelnden zu fungieren, die die „eigentlichen Experten für den Veränderungsprozess“ sind, sehen sich die Vertreter der Ressourcenaktivierung als aktive Steuerer der Therapie durch gezielte Ressourcenaktivierung, der sie eine sorgfältige Diagnostik vorangehen lassen. Diese Diagnostik wird von den Anhängern der Ressourcenorientierung weitgehend abgelehnt, da sie einen zu manipulativen Charakter habe, und da Ressourcen ihrer Meinung nach nichts objektiv fassbares seien, sondern „in der Interaktion (meist durch Sprache) gemeinsam konstruiert werden. Einig sind sich jedoch VertreterInnen beider Modelle, dass Ressourcen nicht an sich wirken, sondern nur, wenn sie von KlientInnen als verfügbar und hilfreich für ihr Ziel erlebt werden“ (Schaller & Schemmel, 2003). Als Differenz der beiden Richtungen ließe sich wiederum ausmachen, dass der Ressourcentherapie in der Ressourcenorientierung ein alleiniger, zentraler Stellenwert beigemessen wird, während sie in der Ressourcenaktivierung einen zusätzlichen Weg zur gleichzeitig durchzuführenden Problemfokussierung und -bearbeitung darstellt. Es lassen sich jedoch nicht alle Ressourcenkonzepte so unterscheiden, sodass man von Mischtypen sprechen kann.

Bei dieser Heterogenität der Bedeutungen empfiehlt es sich, das eigene Begriffsverständnis klar zu umreißen. Da in dieser Studie jedoch keine Festlegung auf eines der beiden oben genannten Konzepte geschehen kann, da in kreativ-spielerischen Prozessen Anteile aus beiden Richtungen einfließen und wirken, wird im Folgenden von „Ressourcenförderung“, einem Begriff, der noch weitgehend unbelastet zu sein scheint, die Rede sein.

Mit der Vielschichtigkeit des Begriffs „Ressource“ wird auch die Schwierigkeit der Definition deutlich. Neben dem Aspekt des Positiven und Zielführenden für ein Individuum werden Ressourcen im allgemeinen zur Problemlösung eingesetzt, entsprechen im Allgemeinen dem Zweck, dem sie dienen sollen, und „müssen zudem als solche erkannt und bewertet werden“ (Schiepek & Cremers, 2003), „wobei es sich um individuelle und soziale, ideelle und materielle, intentionale und nichtintentionale

Ressourcen handeln kann“ (Schiepek et al., 2001). Smith und Grawe schränken den Begriff der Ressourcen ein, indem sie den Begriff der „potentiellen Ressource“ ins Spiel bringen; als solche kann nur in Betracht kommen, was der Bedürfnisbefriedigung und der Lebensverbesserung dienlich ist (Smith & Grawe, 2003).

Flückiger (2009) betrachtet die einzelnen Aspekte genauer, die unterschiedlich stark in die Therapie einfließen können. So gibt es neben der Möglichkeit „Fähigkeiten und Fertigkeiten“ zu nutzen, die Gewichtung „Ziele und Wünsche zu integrieren“; es können vermehrt die „individuellen Ressourcen“ verstärkt oder die „interpersonalen Ressourcen“ gefördert werden.

„Ressourcenförderung“ bezeichnet all jene Interventionen, die zu einer Steigerung von Ressourcen führen, ganz gleich, ob dies primär durch das Individuum selbst oder den Therapeuten geschieht. Sinn der Ressourcenförderung ist es, Fähigkeiten und Möglichkeiten aufzutun, anzuwenden und zu aktivieren, die die Lebensqualität verbessern und das Leben mit Glück bereichern. Dazu zählen Lösungsstrategien ebenso wie Kreativität, Selbstwahrnehmung, Wertschätzung und zwischenmenschliche Kompetenzen. Sack (2007) verweist in Bezug auf die Therapie von Traumafolgestörungen auf die sinnvolle Betrachtung der Ressourcen auf drei Ebenen, nämlich internaler, externaler und biologischer Ressourcen. Er stellt fest, dass zwar durch pharmakologisch-biologische Interventionen durchaus ein ressourcenaktivierender Effekt auf der biologischen Ebene möglich ist, dass aber der große Vorteil der ressourcenaktivierenden Therapie darin besteht, dass Ressourcen auf allen drei von ihm genannten Ebenen gefördert werden können.

In der vorliegenden Studie wird insbesondere auf den therapeutischen und ressourcenfördernden Aspekt von Spielen eingegangen werden, die durch ihre Eigenart, nämlich an verschiedenen Punkten individuelle Entscheidungsmomente zu ermöglichen und sich gemäß der ganz persönlichen Bedürfnisse und Ressourcen der Spielenden zu entwickeln, einen neuen und bislang brachliegenden Aspekt der Ressourcenförderung darstellen. Neben der gelegentlichen therapeutischen Intention Ressourcen im Spiel anzuwenden, beispielsweise die Selbstwirksamkeit bewusst werden zu lassen, ist es gerade und besonders auch das Ziel durch die Abwesenheit

von konkreten therapeutischen Vorhaben einen Möglichkeitsraum zu gestalten und einen fruchtbaren Boden zu schaffen, auf dem neurobiologische, seelische, geistige und soziale Regulationen geschehen, auf dem Ressourcen keimen und wachsen und schließlich zu Gesundheit führen können.

2.3 Konzepte der Ressourcenförderung

2.3.1 Salutogenese nach Antonovsky

Mit seinem Entwurf des Salutogenese-Modells gelang es Antonovsky 1979 in „Health, Stress and Coping“ den Grundstein für sein heute weit verbreitetes Konzept des Kohärenzgefühls (SOC – Sense Of Coherence) zu legen, welches inzwischen ubiquitäre Anwendung und Anerkennung findet. Die Salutogenese beschäftigt sich im Gegensatz zur gängigen Pathogenese nicht mit der Frage nach dem ‚Warum‘ einer Krankheit, sondern vielmehr mit dem ‚Wodurch‘ von Gesundheit. Dieser Betrachtungsweise liegt „die grundsätzliche Annahme von Heterostase, Unordnung und ständigem Druck in Richtung auf zunehmende Entropie als *dem* prototypischen Charakteristikum des lebenden Organismus“ (Antonovsky, 1997, S. 22) zugrunde. Die Tendenz hin zu Krankheit ist somit keine außergewöhnliche. In seiner Theorie geht Antonovsky anstelle von Dichotomie von einem zweipoligen „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ (Antonovsky, 1997, S. 23) aus, welches durch „generalisierte Widerstandsressourcen (GRRs)“ (Antonovsky, 1997, S. 16) hin in Richtung Gesundheit und durch „Ressourcendefizite“ hin in Richtung Krankheit verschoben werden kann. Ressourcendefizite sind hier jedoch nicht gleichzusetzen mit Stressoren. Antonovsky verweist in diesem Zusammenhang auf Selyes Konzept des Eustressors und der Potenzierung (Antonovsky, 1997, S. 26), nach welchem ein Stressor nicht zwangsläufig negativ wirken muss, sondern auch eine durchaus positive, beispielsweise aktivierende Funktion ausüben kann. Verfügt eine Person über einen hohen Stand an Ressourcen, können Stressoren die Gesundheit fördern, indem sie als Herausforderungen wahrgenommen und gemeistert werden, und quasi als Ressourcen wirken (Antonovsky, 1997, S. 43-44). Um zu beschreiben, wodurch das „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ in Richtung Gesundheit gelenkt wird, entwickelte Antonovsky aufbauend auf Tiefeninterviews und Fragebögen mit traumatisierten Patienten sein Konzept des Kohärenzgefühls (SOC), bei welchem ein hoher Grad an Gesundheit mit

einem hohen SOC korreliert. Dazu berief er sich in seinem Konzept der Geschichte auf Cassels profunde Analyse von 1979, welcher zufolge alle Lebensereignisse einer Person zu ihrem momentanen Gesundheitszustand beitragen (Antonovsky, 1997, S. 22-28). Anhand der Analyse seiner wissenschaftlichen Erkenntnisse konzipierte er das SOC folgendermaßen:

„Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß

- die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
- einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
- diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ (Antonovsky, 1997, S. 36)

Für diese drei Komponenten entwickelte Antonovsky die Begriffe „Verstehbarkeit“, „Handhabbarkeit“ und „Bedeutsamkeit“ und untersuchte, inwieweit sie miteinander in Beziehung stehen und zu einem hohen SOC beitragen. Als entscheidende Komponente kristallisierte sich dabei die „Bedeutsamkeit“ heraus (Antonovsky, 1997, S. 39), da Prozesse, die als verstehbar und handhabbar wahrgenommen werden, denen jedoch keinerlei Bedeutung beigemessen wird, in der Folge das SOC erniedrigen, während bedeutungsvolle Aufgaben, die im Moment nicht verstehbar und handhabbar erscheinen, die Fähigkeit fördern, „Verständnis und Ressourcen zu gewinnen“ (Antonovsky, 1997, S. 38). Ob die „Haupttätigkeit“ einer Person von dieser als bedeutsam erachtet wird, oder nicht, hängt nicht von der Größe und Reichweite der Aufgabe ab, vielmehr lassen sich die Grenzen um das Gebiet, das als individueller Lebensbereich empfunden wird, frei stecken. Dies ist der Grund, warum auch Personen, die „nicht die gesamte umgebende objektive Welt als kohärent ansahen“ (Antonovsky, 1997, S. 39), über ein hohes SOC verfügen konnten.

Zur Analyse des Kohärenzgefühls veröffentlichte Antonovsky 1987 seine 29-Item-SOC-Scala „Fragebogen zur Lebensorientierung“ (Antonovsky, 1997, S. 191-198), auf welcher jede Frage eine der drei Komponenten „Verstehbarkeit“, „Handhabbarkeit“ und „Bedeutsamkeit“ widerspiegelt.

Obwohl Antonovskys Konzept der Salutogenese und des Kohärenzgefühls viel Mühe auf die Klassifizierung des SOC verwendet und die Ausgangsposition einer Person sehr genau deutlich macht, fehlen doch die Antworten darauf, wie das SOC in der Praxis vermehrt und gefördert werden kann. In ihrem Rückblick auf 25 Jahre Salutogenese verweisen Lindström & Eriksson (2005) besonders auf die Evidenz und das Potential des SOC-Konzeptes im Hinblick auf Stresswirkung und mentale Gesundheit. Das Salutogenese-Modell dient somit als ein guter Grundstein der Ressourcenförderung, indem es ein Messinstrument und eine Definition der Wirkung von Ressourcen bereitstellt.

Vielfältige Konzepte zur Anwendung salutogenetischer Prinzipien in der Therapie wurden umgesetzt. So entwickelten beispielsweise Albus und Köhle (1994) ein ambulantes Programm für Koronarkranke und versuchten das pathogenetische Denken eines „Weniger an Risikofaktoren“ in ein salutogenetisches „Mehr an Kohärenzgefühl“ zu verwandeln. Sack und Lamprecht (1994) untersuchten die Beeinflussbarkeit des „sense of coherence“ und erkannten die Möglichkeit der Änderung des Kohärenzgefühls in der „Anregung eines neuen Musters der Lebensbewältigung“. Im Gegensatz zu der von Antonovsky publizierten relativen Konstanz des Kohärenzgefühls, konnten sie im Therapieverlauf durchaus eine Veränderung des SOC zum Positiven hin feststellen. Lediglich die Komponente der „Bedeutsamkeit“ scheint eine relative Konstanz aufzuweisen und am wenigsten durch Zeit oder Behandlung beeinflussbar zu sein.

Eine neuere Umsetzung des Konzeptes von Antonovsky ist das des „HEDE-Training®: Manual zur Gesundheitsförderung auf Basis der Salutogenese“ (Franke & Witte, 2011), in welcher ein multimodales Modell, unter anderem mit Arbeitsblättern und Hausaufgaben zur Förderung von „Verstehbarkeit“, „Handhabbarkeit“ und „Bedeutsamkeit“ in der ambulanten Gruppentherapie zur Anwendung kommt.

Es zeigt sich die breite Etablierung des Salutogenese-Modells und die Herausarbeitung von zentralen Zielvariablen, die eine gute Messbarkeit ermöglichen, im selben Zuge aber eine weniger individuelle und flexible Therapiegestaltung bedingen. Insgesamt ist das Modell der Salutogenese dem der Ressourcenförderung eng verwandt, ganz besonders in seiner Hinwendung zum „Positiven“.

2.3.2 Anforderungs-Ressourcen-Modell nach Becker

Ähnlich wie Antonovsky gehen Becker, Schulz und Schlotz (2004) in ihrem Konstrukt eines systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells (SAR-Modell) von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus, das sie als „Resultat von Anpassungs- und Regulationsprozessen zwischen einem Individuum und seiner Umwelt“ bezeichnen. Demnach lassen sich verschiedene Komponenten unterscheiden, die die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum beeinflussen: zum einen wirken externe Anforderungen auf ein Individuum, die durch interne und externe Ressourcen bewältigt werden können, zum anderen stellt das Individuum Anforderungen an seine Umwelt, die wiederum durch Ressourcen aus der Umwelt befriedigt werden können. Die Grundannahme des SAR-Modells nach Becker, Schulz und Schlotz (2004) ist, dass „Der Gesundheitszustand eines Individuums...“ davon abhängt, „...wie gut es diesem gelingt, externe und interne Anforderungen mit Hilfe externer und interner Ressourcen zu bewältigen.“ Die unmittelbare Reaktion auf bewältigte oder unbewältigte Anforderungen zeige sich in Emotionen, die wiederum mit biologischen Abläufen im Organismus verknüpft seien. Dem Begriff „Stress“ wird in diesem Zusammenhang jedoch keine positive Komponente zugebilligt wie bei Antonovsky (1987), vielmehr verstehen Becker, Schulz und Schlotz (2004) unter Stress ausschließlich Faktoren, die eine schädigende Wirkung auf den Organismus haben.

Mit internen bzw. personalen Ressourcen bezeichnen Becker, Schulz und Schlotz (2004) hier „die einer Person zur Verfügung stehenden psychischen und physischen Mittel (Verhaltens- und Erlebensweisen, Kompetenzen, Kognitionen, Einstellungen, Überzeugungen, Bewertungen, physische Voraussetzungen), die sich bei der Bewältigung von Anforderungen im Allgemeinen als vorteilhaft erweisen.“ Persönlichkeitseigenschaften können demnach in ihrer Entsprechung sowohl als Ressourcen als auch als Ressourcendefizite wirken. Die Wirkung dieser internen Ressourcen erforschten Becker, Schulz und Schlotz (2004) in ihrer Studie zu *„Persönlichkeit, chronischer Stress und körperliche Gesundheit“* – „Ressourcen sind dabei als gesundheitliche Schutzfaktoren, Ressourcendefizite hingegen als

gesundheitliche Risikofaktoren zu betrachten (Becker et al., 1996)“. Sie unterscheiden schließlich „generalisierte Problemlösungsressourcen“, die Intelligenz, Selbstvertrauen und Realitätsbezug beinhalten, „interpersonale Ressourcen“, die die zwischenmenschlichen Kompetenzen abdecken, und „Selbststeuerungsressourcen“, zu denen sie Willenskraft und Sorgfältigkeit rechnen.

Zur Datenerfassung wandten sie unterschiedliche Skalen und Fragebögen an, um die gesundheitliche Relevanz der einzelnen internen Ressourcen durch Kreuzkontrollen zu analysieren. Der Grad der aktuellen (über Wochen) und der habituellen Gesundheit (über Jahre) wurde durch Selbsteinschätzung erfasst – „In jüngerer Zeit setzt sich die Auffassung durch, dass Selbstauskünfte zum Gesundheitszustand über eine beachtliche Validität verfügen (z. B. Matthews et al., 2003).“.

Entsprechend den internen Ressourcen untersuchten Becker, Schulz und Schlotz (2004) auch den Einfluss von internen Anforderungen eines Individuums, also der Wirkung von beispielsweise überhöhter Selbstanforderung auf die Gesundheit – es ergaben sich jedoch keine relevanten Ergebnisse. Ebenso gingen sie der Frage nach, welchen Einfluss externe Anforderungen, beispielsweise chronischer Stress, ausübten. Hierbei zeigte sich, dass ein Mangel an Bedürfnisbefriedigung („Mangel an sozialer Anerkennung“, „Arbeitsunzufriedenheit“, „soziale Isolation“ und „soziale Spannungen“) sehr viel schwerwiegendere Folgen nach sich zog, als überhöhte Anforderungen („Leistungsdruck bei der Arbeit“, „Leistungsdruck in sozialen Situationen“ und „Arbeitsüberlastung“). Becker, Schulz und Schlotz (2004) schlossen ihre Studie mit der Feststellung: „Besonders aufschlussreich ist die differenzierte Analyse interner psychischer Ressourcen bzw. Ressourcendefizite auf der Ebene von Persönlichkeitseigenschaften. Hier bewähren sich die Hypothesen, dass Defizite im Realitätssinn („Ungerechtigkeitsgefühl“ in Verbindung mit Undankbarkeit, „magisches Denken“, „Misstrauen“), in interpersonalen Ressourcen („Ablehnungssensibilität“, „Unselbstständigkeit“, „Nachgiebigkeit/Nicht-Nein-Sagen-Können“, „starke Gefühlsschwankungen/Launenhaftigkeit“, „Verlassensangst“, „Gehemmte Gefühle“, „Nachtragendsein“ und „verbale Aggressivität“) sowie in Selbststeuerungsressourcen („Grübeln“, „Konzentrationsstörungen“, übermäßiges „Geldausgeben“) die Wahrscheinlichkeit gesundheitlicher Beeinträchtigungen erhöhen. Hingegen scheinen

die generalisierte Problemlösungsressource „Selbstvertrauen“, die Selbststeuerungsressource „Ausdauer/Sorgfalt“ und, tendenziell, die interpersonale Ressource „Selbstbehauptung“ als gesundheitliche Schutzfaktoren zu fungieren. Nicht bestätigt haben sich hingegen die Hypothesen einer Gesundheitsförderlichkeit von „Einfühlsamkeit“ und einer Gesundheitsgefährdung durch „Gewalttätigkeit“.

In diesem komplexen Modell von internen und externen Anforderungen und Ressourcen spiegelt sich das Gesundheitsniveau jedes Einzelnen. Eine gute „habituelle Gesundheit“ geht so mit einer guten Nutzung der vorhandenen Ressourcen zur Bewältigung der vorhandenen Anforderungen einher. Somit lassen sich Stressoren in direktem Bezug zu Ressourcen betrachten und verstehen und ermöglichen neben gesundheitsprophylaktischen insbesondere auch gesundheitsfördernde Ansätze (Reimann, 2006).

Zur Erfassung von „hohen Anforderungen“ oder „mangelnden Ressourcen“ innerhalb der letzten drei Monate als Hinweis auf den Gesundheitszustand wurde das „Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS)“ entwickelt, welches im Ergebnis durch ein TICS-Profil einer Person zum Beispiel über die sozialen Spannungssituationen berichtet (Becker, 2006). Mithilfe dieses Messinstrumentes lässt sich somit eine komplexe Bestimmung der Stresssituation erfassen.

Die Erweiterung des Anforderungs-Ressourcen Modells nach Becker (Becker, 2006) im Vergleich zu dem Salutogenese-Modell Antonovskys zeigt sich insbesondere in dem systemischen Ansatz, der Einbeziehung prozessualer Wechselwirkungen und dem umfassenden körperlichen wie psychischen Gesundheitskonzept.

Die Relevanz des Einflusses, den interne Ressourcen auf die Gesundheit ausüben, zeigt sich nicht nur in der Bestätigung der Hypothese von Becker, Schulz und Schlotz (2004), sie gibt indirekt auch Hinweise darauf, welche Rolle die Ressourcenförderung in der Therapie spielen könnte. So würde mit dem Aufbrechen alter Gewohnheiten und der Förderung positiven Denkens und Handelns der Weg Richtung Genesung geebnet und eine Voraussetzung für eine insgesamt positive Gesundheitsentwicklung geschaffen. Die Frage nach der praktischen Umsetzung dieser gewonnenen Erkenntnisse bleibt in Beckers Konzept bislang allerdings wie bei Antonovsky unbeantwortet. Es scheint, als

ob praxisbezogene Techniken zur Ressourcenförderung das fehlende Glied in einer neuen, bereits durchdachten, aber noch unerprobten, therapeutischen Kette darstellen, das nach Umsetzung verlangt.

2.3.3 Resilienz

Nähert man sich dem Begriff der Resilienz, so stößt man zunächst auf eine Qualität der Materialkunde, die die Eigenschaft des elastischen Zurückspringens eines Stoffes in seinen ursprünglichen Zustand bezeichnet. Übertragen auf die Resilienz im psychologischen Sinne lässt sich diese Eigenschaft mit dem Bild eines Stehaufmännchens umschreiben (Scharnhorst, 2008), das trotz eines heftigen Stoßes in seine Ausgangslage zurückkehrt. Resilienz meint ein Erholen trotz Widrigkeiten und sogar ein Erstarken aus einer schwierigen Situation. Dieses Konzept wurde in der Vergangenheit auf verschiedene Weise interpretiert und erforscht, und obgleich kontrovers diskutiert wird, ob Resilienz eine Charaktereigenschaft, ein Verlauf, oder ein Resultat ist, wird sie von vielen Autoren als dynamischer Prozess von Faktoren des Individuums, seiner Umwelt und einem Ausgang gesehen (Ahern, Ark, & Byers, 2008).

Um auf eine möglichst allgemeingültige und unabhängige Begriffsbestimmung von Resilienz zu kommen, führte Earvolino-Ramirez (2007) eine Konzeptanalyse publizierter Literatur durch und zeigte gemeinsame Grundannahmen auf:

Der Ursprung des Resilienz-Konzeptes ist im Bereich der frühen psychiatrischen Literatur zu finden, er galt Kindern, die in widrigen Umständen „unverwundbar“ erschienen und rasch wieder auf die Beine kamen, ja sogar erfolgreich ihr Leben meisterten. Dieser Begriff der „Unverwundbarkeit“ (im Original „invulnerable“) wurde allmählich durch den Begriff der „Resilienz“ ersetzt. Aus dem ursprünglichen Verständnis der Resilienz als Persönlichkeitszug entstand die Vorstellung eines dynamischen, beeinflussbaren Prozesses. Nach der Methode von Walker und Avant erstellte Earvolino-Ramirez (2007) eine Konzeptanalyse mithilfe der Untersuchung der Anwendungsbereiche sowie der Voraussetzungen und der Konsequenzen des Konstrukts „Resilienz“. Sie fand die Verwendung des Begriffes im psychologischen Sinne in unterschiedlichsten Bereichen – darunter im Zusammenhang mit Kindern, dem Altern, Traumatisierungsproblematik, Brustkrebs-Überlebenden oder Patienten nach einem Stent-Einsatz – und eliminierte die altersabhängigen Faktoren. Eine Gemeinsamkeit war, dass jeweils ca. ein Drittel der Personen, die widrigen Umständen

ausgesetzt gewesen waren, erfolgreich aus diesen hervorging und über spezielle protektive Faktoren verfügte, die individuell und nicht verallgemeinerbar waren. Auch Petermann & Schmidt (2006) sprechen von bereichsspezifischen Resilienzen; diese „sind nicht angeboren, sondern entwickeln sich allmählich im Kontext der Kind-Umwelt-Interaktion; sie entsprechen erworbenen Ressourcen, (...). Erfolgreicher Einsatz von Resilienzen begünstigt deren Weiterentwicklung, Verstärkung und Ausdifferenzierung.“

Earvolino-Ramirez (2007) zog eine Reihe konsistenter Charakteristika des Resilienz-Begriffes aus ihren Recherchen. Demnach stellt Resilienz das Zurückspringen nach schädigenden Umgebungsfaktoren dar, die Wiedereingliederung in das ‚Normale‘, eine positive Anpassungsfähigkeit. Bezeichnend ist eine große Selbstentschlossenheit und die Überzeugung durchzuhalten, sowie eine optimistische, Erfolg erwartende Haltung – sei es durch das Individuum selbst oder durch seine Umwelt. Dazu kommt mindestens eine positive Bezugsperson bzw. Beziehung, eine große Flexibilität – Toleranz, Freundlichkeit und Kooperation inbegriffen –, Humor, bezogen auf Lebenssituationen und sich selbst, der eine wichtige Rolle bei der Förderung von Bewältigungsstrategien spielt, sowie ein gutes Selbstwertgefühl und die Überzeugung von Selbstwirksamkeit. Als Voraussetzung für das Auftreten von Resilienz und resilienten Eigenschaften erwiesen sich widrige Umstände wie Ablehnung, Veränderungen oder Brüche. Das Ergebnis und die Folgen von Resilienz zeigen sich durch Bewältigung, Meistern (im Sinne von förderlichen Fähigkeiten und Wissen) und positiver Adaptation. Es bleibt Diskurs der Theoretiker, ob es für das Merkmal „resilient“ reicht, auf einem Gebiet Erfolg zu verzeichnen, oder ob dazu mehrere Bereiche abgedeckt werden müssen. Earvolino-Ramirez (2007) führte weiterhin Fallgeschichten an, die durch Darstellung absoluter bis hin zu abwesender Resilienz die zentralen Mechanismen veranschaulichen und einzuordnen ermöglichen. Als verwandtes Konzept stellte sie das der „Hardiness“ vor, welches im Unterschied zur Resilienz einen persönlichen Zug eines Individuums meint und in seiner Definition keine positive Veränderung einer Person beinhaltet, sondern lediglich das Durchstehen einer schwierigen Situation. Als empirisches Messinstrument der Resilienz verwies Earvolino-Ramirez (2007) auf den RSA (Resilience Scale for adults) von Friborg et al.

(2003), einen Fragebogen, positiv mit dem SOC nach Antonovsky korrelierend, der fünf Kategorien abdeckt: Persönliche Kompetenz, soziale Kompetenz, familiärer Zusammenhalt, soziale Unterstützung und Persönlichkeitsstruktur. Mithilfe dieses Bogens lässt sich die Anwesenheit protektiver Ressourcen feststellen, die die Entstehung von Resilienz bedingen. Earvolino-Ramirez (2007) schloss ihre Analyse mit der Bemerkung, dass die Forschung trotz dieser nun eingegrenzten Konzeptualisierung die Entwicklung von Resilienz-basierten Interventionen weiterverfolgen sollte.

In der deutschsprachigen Literatur findet sich bei der Suche nach einem äquivalenten Fragebogen zur Resilienzmessung eine Veröffentlichung von Leppert et al. (2008), wobei eine klare Positionierung hin zur Resilienz als einem unbeeinflussbaren Persönlichkeitsmerkmal auffällt. Leppert et al. (2008) stellen verschiedene, aktuelle Fragebogenkonzepte vor, sowohl zur Resilienz als veränderbarem Prozess zwischen Individuum und Umwelt, zur Resilienz als Persönlichkeitsmerkmal, als auch zur Resilienz als einem multidimensionalen Konstrukt.

Eine weitere Studie zur Resilienz von Philippe, Lecours und Beaulieu-Pelletier (2009) untersuchte einen anderen Aspekt. Die Wissenschaftler betrachteten Resilienz als Produkt eines emotionalen Gedächtnisses und vermuteten, dass dieses eine wichtige Rolle bei der Erzeugung positiver Emotionen spielt. Sie belegten diese Hypothese durch zwei Studien, in welchen das Erleben von Traurigkeit bzw. Angst durch eine Verknüpfung mit erinnerten Emotionen verarbeitet wurde. Hierbei zeigten sie, dass autobiographische Erinnerungen an Gefühle einen prädiktiven Aussagewert zur Gefühlsregulierung haben und eine Vermittlerrolle zwischen Resilienz und positiven Gefühlen einnehmen.

In Anlehnung an dieses Konzept der Resilienz von Philippe, Lecours und Beaulieu-Pelletier (2009) lässt sich auch die Vorstellung der Ressourcenförderung verstehen. Durch das Empfinden und Erleben positiver Gefühle im Spiel soll eine Neuverknüpfung von Bewältigungsstrategien und eine Aktivierung von Fähigkeiten und Möglichkeiten initiiert werden, die in das reale Leben übertragen werden können. Diese Form der Ressourcenförderung ist ihrem Charakter nach auch als eine Förderung der Resilienz im Sinne eines beeinflussbaren, dynamischen Persönlichkeitsmerkmals zu verstehen;

positive Emotionen sowohl als Mittel als auch als Ergebnis der Nutzbarmachung von Lösungsstrategien sind bereits zwei gemeinsame Faktoren. Anstatt die Unterschiede der beiden Konzepte detailgenau aufzuspüren und sie voneinander abzugrenzen scheint es vielmehr angebracht aus den jeweiligen Erkenntnissen zu lernen. Eine Verwandtschaft der beiden Konzepte ist offensichtlich und zumindest in den Überschneidungspunkten ist die Möglichkeit der gemeinsamen Nutzung von Forschungsergebnissen äußerst vielversprechend.

2.3.4 Coping

Ein Konzept, welches sich mit Bewältigungsstrategien und dem Bewältigungsverhalten als Reaktion auf Stress auseinandersetzt, ist das des „Coping“. Taylor und Stanton (2007) befassen sich eingehend mit der Entwicklung des Begriffs, aktuellen Forschungsergebnissen sowie Interventionsversuchen zur Förderung des Coping:

Einer der Urväter des Coping ist Lazarus, der den Begriff in seinem transaktionalen Stressmodell einsetzte. Lazarus und Folkman (1984 zit. in Taylor & Stanton, 2007) bezeichneten Coping als den prozesshaften Versuch, Bedürfnisse, die durch stressvolle Ereignisse entstanden sind, mithilfe von personenbezogenen Ressourcen zu bewältigen. Diese Bemühungen können nach Lazarus & Launier (1978 zit. in Taylor & Stanton, 2007) handlungsorientiert oder innerpsychisch erfolgen und haben zum Ziel, die gestellten Anforderungen zu bewältigen, anzunehmen oder zu reduzieren. Bewältigungsstrategien oder Copingressourcen, von denen Taylor und Stanton (2007) sprechen, können sich als aktives Anpacken und Angehen, als Auseinandersetzen mit der Problematik oder aber auch als Vermeidungsverhalten und durch Verdrängung präsentieren; sie können sich als hilfreich oder aber auch als auf Dauer hinderlich erweisen, sie können die mentale und physische Gesundheit fördern oder in ihrer Folge krank machen. In ihrem Modell zu Ursprung und Auswirkungen von Copingressourcen weisen Taylor und Stanton (2007) darauf hin, dass eine frühe familiäre Umgebung, die durch Konflikte und einen rauen Umgang gekennzeichnet ist, in der Folge mit Defiziten an Copingressourcen und mit Schwierigkeiten im Umgang mit anspruchsvollen Herausforderungen assoziiert ist. Neben der frühkindlichen familiären Umgebung rechnen Taylor und Stanton (2007) auch genetische Prädispositionen des Serotonin- und Dopaminsystems zu den prägenden Determinanten des Copingverhaltens. Es entwickelt sich ein Spannungsbogen zwischen chronisch negativen Affekten auf der einen Seite (depressive Symptome, Angst, Neurotizismus) und Copingressourcen auf der anderen (soziale Unterstützung, Optimismus, Kontrollüberzeugung und Selbstwertgefühl). Über neuronale Antworten und Copingprozesse folgen daraufhin psychologische, autonome, neuroendokrine und

immunologische Reaktionen auf die gestellten Anforderungen und führen schließlich zu Auswirkungen auf die geistige und körperliche Gesundheit. Taylor und Stanton (2007) führen unter anderem Studien von Kubzansky et al. (2002 zit. in Taylor & Stanton, 2007), Scheier et al. (1989 zit. in Taylor & Stanton, 2007) und Matthews et al. (2004 zit. in Taylor & Stanton, 2007) an, die die Auswirkungen von Optimismus untersuchten und herausfanden, dass er zu einem größeren psychologischen Wohlbefinden und zu schnellerer Genesung sowie besseren Verläufen bei körperlicher Krankheit führt. Dagegen können maladaptive Strategien wie beispielsweise Verleugnung zwar kurzfristig hilfreich und nützlich sein, sie führen langfristig aber zu gesundheitlichen Problemen, insbesondere durch neuroendokrine Rückkopplungsmechanismen. Demzufolge könnten sich lösungsorientierte gegenüber verdrängenden Strategien als positive beziehungsweise negative Indikatoren eignen, die auf stressbezogene Folgen hindeuten (Taylor & Stanton, 2007).

In einer Studie zu Coping bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wollten Herrmann et al. (2005) Copingmechanismen aufdecken, konnten aber lediglich zeigen, dass sich eine passive Verarbeitungsweise negativ auf die Lebensqualität auswirkt. Insgesamt mussten sie feststellen, dass es eines sehr differenzierten Studiendesigns bedarf, um den individuellen Copingmechanismen der einzelnen Patienten gerecht zu werden.

Taylor und Stanton (2007) verweisen auf eine Reihe von therapeutischen Programmen, die zum Ziel haben, Copingressourcen durch psychosoziale Interventionen aufzubauen: Eine Gruppe von Forschern um Chesney (2003 zit. in Taylor & Stanton, 2007) konnte bei HIV-positiven Patienten infolge eines Coping-Effektivitäts-Programmes eine Zunahme an Optimismus feststellen, die in der Vergleichsgruppe ausblieb. Dasselbe stellte eine Forschungsgruppe um Antoni (2001 zit. in Taylor & Stanton, 2007) bei Brustkrebspatienten nach einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Stressmanagement fest. Es wurde zusätzlich bemerkt, dass der Effekt umso höher ausfiel, je niedriger der Ausgangswert an Optimismus war. Ähnliche Ergebnisse wurden bei chronischen Schmerzpatienten und Patienten mit rheumatoider Arthritis beobachtet. Auch Kompetenztraining in Erziehung und Familienmanagement bei Eltern mit kleinen Kindern in ärmeren Großstadtbezirken durch Tolan et al. (2004 zit. in

Taylor & Stanton, 2007), Eltern-Kind-Interaktionstherapie bei körperlichem Missbrauch von Chaffin et al. (2004 zit. in Taylor & Stanton, 2007), sowie eine Kommunikationsförderung bei Jugendlichen mit Misshandlungsvergangenheit durch Wolfe et al. (2003 zit. in Taylor & Stanton, 2007) führten zu positiven Resultaten.

Copingtraining ähnelt in seiner Zielsetzung insofern der Ressourcenförderung, als es auf interventioneller Ebene versucht neue Impulse zu geben. Während sich Coping jedoch sehr stark an Lösungsmöglichkeiten der Problematik orientiert und nur im Zusammenhang mit dieser verstanden wird, dient die Ressourcenförderung der allgemeinen Stabilisierung der Person unabhängig von einem spezifischen Problem. Ressourcenförderung wiegt gleichsam die „gegenüberliegende Waagschale“ auf, während Coping die belastete „Waagschale“ zu leeren oder zumindest erträglicher zu gestalten versucht. In der Zusammenstellung der Forschungsliteratur zu „Stress, Health, and Coping“ weist Folkman (2011) im Rückblick auf die vergangenen 30 Jahre Forschung nochmals auf die starke Betonung von Vergangenheits- und Gegenwartsbewältigung und auf die Notwendigkeit eines zukunftsorientierten Coping hin sowie auf die Bedeutsamkeit von multidisziplinärer Forschung mit neuen Methoden, um biologischen, psychischen und sozialen Faktoren gerecht zu werden.

Es gibt große Schnittmengen der beiden Programme – sowohl was die Zielgruppen angeht, was die therapeutischen Strategien betrifft, als auch was die Vorstellung einer erfolgreichen Therapie anbelangt. Der Therapieerfolg ist häufig nicht mit einem Rückgängigmachen der Problematik bewerkstelligbar, sondern hat strukturell einzusetzen – nicht zuletzt darum können Vertreter der beiden Konzepte voneinander lernen und profitieren. Das erfolgreich durchgeführte Copingtraining wird mit einer Zunahme an Ressourcen einhergehen und die Ressourcenförderung mag positive Copingstrategien initiieren.

2.3.5 Entchronifizierung

Wenn krankhafte Symptome zu einem Dauerzustand werden, so wird dies häufig als ein unaufhaltsamer, tragischer Prozess eines Krankheitsverlaufs angesehen. Ab dem Zeitpunkt, ab dem man von „Chronifizierung“ spricht, scheint der medizinische „Drehtürmechanismus“ bereits endgültig eingeleitet und unvermeidbar. Diese eingefahrenen Spuren zu verlassen, die Konzentration auf das Negative und Pathogene umzukehren, ist wesentlicher Aspekt der ressourcenfördernden Arbeit.

Seemann et al. (2002) konstatieren, dass chronischer Kopfschmerz als „protektive Reaktion des Zentralnervensystems auf Reizüberlastung“ verstanden werden kann und durch Habituation chronifizieren kann. Durch ressourcenorientierte, hypnotherapeutische Verfahren, die auf die autonomen Funktionssysteme abzielen, wurde in einer „kindzentrierten Einzeltherapie in der Gruppe“ und in Elterngesprächen versucht, einen Weg aus der chronischen Kopfschmerzspirale bei Kindern zu finden. Neben einer Veränderung der Selbstwahrnehmung schien insbesondere die Änderung der familiären Interaktionsmuster hilfreich zu sein. So konnten Seemann et al. (2002) aufzeigen, dass es für einen Therapieerfolg notwendig ist, negative Selbststimulierungsprozesse frühzeitig wahrzunehmen und zu vermeiden und die gruppentherapeutischen Interventionen in ein ganzheitliches Konzept zu integrieren.

In ihrem Review „Psychologische Mechanismen im Prozess der Schmerzchronifizierung - Unter- oder überbewertet?“ konnten Hasenbring et al. (2001) eine im Gegensatz zu somatischen, sozioökonomischen und arbeitsplatzbezogenen Mechanismen deutlich stärker ausgeprägte Vorhersagekraft der psychologischen Mechanismen zum Chronifizierungsrisiko feststellen. So kann beispielsweise ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten oder ein auffälliges „nichtverbales Schmerzverhalten“ im sozialen Kontext im Vergleich zur „direkten Bitte um soziale Unterstützung“ die Gefahr der Chronifizierung deutlich steigern.

Frick und Seidl (2005) untersuchten die Entstehungsmechanismen in einer Studie zum chronischen orofazialen Schmerzsyndrom und erkannten, dass eine Chronifizierung

meist aus einer Situation heraus entsteht, in der ein medizinischer Eingriff während „krisenhafter, zu einer Veränderung drängender Lebenssituationen“ durchgeführt wird. Sie fanden in diesem Patientenkollektiv weiterhin eine „bizarre Symptomschilderung, eine hartnäckige somatische Fixierung in der subjektiven Krankheitstheorie und ein anklagend-entwertendes Verhalten Ärzten gegenüber“.

Beutel et al. (2007) registrierten eine Häufung von biographisch-traumatisierenden Erlebnissen und einer daraus resultierenden Affektregulationsstörung bei der Entstehung von somatoformen Krankheitsbildern, die häufig einen chronischen Verlauf nehmen. „Eine maßgebliche Rolle für die Chronifizierung spielen iatrogene Einflüsse, Störungen der Arzt-Patient-Beziehung, häufig auch sozialrechtliche Problemlagen.“ Beutel et al. (2007) stellten wie Frick und Seidl (2005) einen engen Bezug der Chronifizierung zu iatrogen verletzenden Beziehungen fest und forderten die „Herstellung eines Arbeitsbündnisses“. Ziel ist die gemeinsame Vereinbarung von kleinen Schritten im Therapieverlauf, um der Idealisierung und Entwertung zu entgehen und neben einer feinfühligem ärztlichen Grundhaltung auch ein multimodales Behandlungskonzept zu etablieren, das auf einem bio-psycho-sozialen Ansatz beruht.

In Anbetracht dieser Forschungsergebnisse wird deutlich, wie bedeutungsvoll eine psychodynamisch-orientierte Therapie bei (Ent-) Chronifizierungsprozessen ist, um eine Veränderung zu bewirken. Insbesondere eine positive Grundhaltung, wie sie in der Ressourcenförderung trainiert werden soll, scheint ein wichtiger protektiver und nachhaltiger Aspekt zu sein.

2.3.6 Kreativität, Spielerisches und Veränderungsbereitschaft

„Mehr als alles andere ist es die kreative Wahrnehmung, die dem einzelnen das Gefühl gibt, daß das Leben lebenswert ist.“ (Winnicott, 1973, S. 78). Und obgleich zur Beschäftigung mit Kreativität nahezu jedes andere Medium angebracht wirkt, scheint es doch notwendig, auf Kreativität in diesem Rahmen einen wissenschaftlichen Ausblick zu geben und insbesondere auf die Möglichkeit der Förderung der kreativen Wahrnehmung und ihren therapeutischen Wert einzugehen.

Eine einheitliche, klare Definition von Kreativität lässt sich schwer formulieren und wird unweigerlich auf Kritik stoßen, da sich in der Literatur sehr unterschiedliche Gewichtungen ausmachen lassen, was die Auffassung von Kreativität betrifft (Griffths, 2008). So kann man bei Kreativität von einer privilegierten Fähigkeit von Künstlern ausgehen oder aber man sieht, in der erweiterten Betrachtung, bereits „im kindlichen Spiel ein Grundmodell kreativen Verhaltens“ und findet beim Erwachsenen „spielerische Freude aus der Kinderzeit in produktiver und kreativer Arbeit wieder“ (Holm-Hadulla, 2005, S. 9-10). Diese weiter gefasste Annahme weist auch auf Kreativität als eine existentielle Bedingung hin, auf die man nicht nur in Evolutionstheorien stößt, sondern die sich im alltäglichen Leben zeigt, in dem ständig unerwartete und unkalkulierbare Ereignisse bewältigt werden müssen – ein kreativer Akt. Kreativität im Alltag zeigt sich dann in der Fähigkeit neue, effektive Wege aufzuspüren und neue Lösungswege für Probleme zu entwickeln, sie ermöglicht es in der Phantasie alternative Möglichkeiten vorab zu erproben und auf ihren Nutzen hin zu überprüfen (Creek, 2008). Eine kreative Betätigung setzt demnach Phantasie voraus und führt zu einem neuartigen, lohnenswerten Produkt – einem Gedanken, einer Theorie, einem Ding, einem Kunstwerk. Dieses ist aber nicht nur irgendetwas Neues, dann wäre jeder wilde Gedanke kreativ, sondern steht auch mit dem Wissen oder der Erfahrung einer Person in Zusammenhang (Tengland, 2001, S. 119-120). Diese Form der Kreativität ist jedem Menschen normaler Intelligenz zu einem gewissen Anteil verfügbar (Nickerson, 1999), der Grad der Ausprägung und Umsetzung scheint jedoch

breit gefächert. Csikszentmihalyi (1988) beschäftigte sich insbesondere mit dem kreativen Prozess, der in seiner Vollkommenheit als „Flow“ erlebt werden kann. „Flow“ beschreibt das Erleben von Glück als Zustand von subjektivem Einssein mit der Aktivität, beziehungsweise eine äußerst befriedigende Fokussierung des Bewusstseins auf eine Tätigkeit, die es um ihretwillen wert ist getan zu werden. Während dieses Zustandes gelingt dem Individuum sein Tun hervorragend, ohne dass es sich dessen oder sich selbst gewahr ist, sodass es seine volle Aufmerksamkeit für den Prozess nutzen kann. „Eine der am häufigsten erwähnten Dimensionen des *flow*-Erlebnisses ist, daß man dabei alle unangenehmen Aspekte des Lebens vergessen kann. Dieses Kennzeichen von *flow* ist ein wichtiges Nebenprodukt der Tatsache, daß man sich auf Aktivitäten, die Freude bereiten, vollständig konzentrieren muß – und daher im Verstand kein Raum für unwichtige Information bleibt.“ (Csikszentmihalyi, 1992, S. 85-86). Bezeichnend für „Flow“ sind die Konzentrationsfähigkeit auf die Aktivität, ein verändertes Zeiterleben und der gleichzeitige Verlust von Befangenheit und Sorgen, von Kontrollempfinden und von dem bewussten Gefühl der Zweckhaftigkeit. Es scheint also, dass genau diese Zweckhaftigkeit, die eine Therapie ihrem Wesen nach erfüllen soll, zumindest „vergessen“ sein will, wenn durch Kreativität therapeutischer „Nutzen“ erzielt werden soll: Von Bedeutung für Kreativität ist die intrinsische Motivation, durch die eine Aktivität um ihrer selbst willen betrieben wird, weil das Individuum diese Aktivität als interessant, einnehmend, befriedigend oder als persönlich fesselnd erlebt; der Fokus liegt auf der Herausforderung und dem Genuss der Arbeit selbst (Collins & Amabile, 1999). Dies spannt den Bogen zu Carl Roger's (1954 zit. in Hennessey & Amabile, 1988) „conditions of creativity“, in denen er die Wichtigkeit eines psychologisch sicheren und freien Rahmens ohne Bewertung von außen betont. Als Bedingung für den therapeutischen Nutzen einer Beschäftigung legt Gray (1998) dagegen fest, dass diese für das Individuum Zweck, Wert und Bedeutsamkeit haben muss. Dies wiederum erinnert an Antonovskys „Bedeutsamkeit“ (Antonovsky, 1997, S. 39), die beim Kohärenzgefühl eine zentrale Rolle einnimmt und somit als Voraussetzung für eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung gesehen werden kann. Somit wird ein Balanceakt gefordert und eine Neuauslegung des Begriffes ‚Zweck‘ oder eine situationsbezogene Zuordnung werden nötig. Es erscheint hilfreich,

„Zweck“ zwar außerhalb des kreativen Prozesses in der Therapie durch Kreativität zu sehen; während eines erfüllten, kreativen Prozesses verliert Zweck jedoch seinen Stellenwert, der kreative Prozess wird zum Selbstzweck und das Zweckbedürfnis aufgehoben. Zu der Frage, welchen Zweck Kreativität im therapeutischen Rahmen haben kann, gibt es eine Reihe von Antwortmöglichkeiten. So schreibt bereits Winnicott (1973, S. 78), „daß kreativ leben ein Zeichen von Gesundheit ist und daß Übergefügigkeit eine krankhafte Basis für das Leben darstellt.“ Oder so zeigen Morgan und Wampler (2003), dass Kreativität Problemlösevermögen, Flexibilität und Anpassungsfähigkeit fördert, was zu einem positiven therapeutischen Ergebnis beiträgt. Sie fanden außerdem eine signifikant positive Korrelation zwischen Interventionen, die einen positiven Affekt bewirken, und kreativem Verhalten, das von Optimismus und Spielfreude gekennzeichnet ist. Csikszentmihalyi (1992, S. 87) zitiert eine Tänzerin „... ich habe mehr Selbstvertrauen als zu jeder anderen Zeit. Möglicherweise ist es ein Versuch, meine Probleme zu vergessen. Tanz ist wie Therapie.“

Ob und wie Kreativität und kreatives Verhalten gefördert werden können, ist ein weiteres Forschungsgebiet, mit dem sich Nickerson (1999) auseinandergesetzt hat. Er stellt fest, dass kreativer Ausdruck grundsätzlich wünschenswert ist, da er für gewöhnlich positiv zu der Lebensqualität eines Individuums beiträgt, das sich damit beschäftigt, und häufig auch das Leben anderer bereichert. Er bezeichnet die Suche nach Wegen zur Förderung der Kreativität und des persönlichen Potentials als begründet und durchaus nicht aussichtslos und weist darauf hin, dass es eine – wenn auch schwache – Evidenz dafür gibt, dass Kreativität förderbar ist. Die Frage *wie* Kreativität gefördert werden kann, scheint bisher nicht eindeutig geklärt; Nickerson (1999) verweist aber darauf, dass es durchaus Möglichkeiten gibt, die eine weitere Exploration verdienen.

Es scheint einen Versuch wert, möchte man Kreativität fördern, als Hilfestellung zunächst einen Rahmen zur kreativen Entfaltung, einen Spiel-Raum zu schaffen, der sicher ist und in dem experimentiert werden darf. Und insbesondere bei dem Einsatz von Spielen scheint es von Bedeutung ihre Freiheitsaspekte zu beachten (Buland,

1997), die je nach Ausmaß mehr oder weniger Potential der kreativen Entfaltung ermöglichen.

„Aus dem Gesagten folgt, dass es weniger unsere Aufgabe ist, den Menschen für irgendwelche gesellschaftlichen Aufgaben zu ‚trainieren‘, als vielmehr alles dafür zu tun, dass sich jeder angemessen entfalten kann.“ (Dürr, 2009).

2.3.7 Klinisch-therapeutische Ansätze der Ressourcennutzung

Mögliche Ansätze der Aktivierung von Ressourcen führt Gromes (2010) in „Schonende Traumatherapie“ (Sack, 2010) auf und unterscheidet dabei Interventionen nach dem „Anknüpfen an vorhandene Ressourcen“, der „Mobilisierung von inneren Ressourcen“, dem „Finden neuer Bewältigungsressourcen“, der „Ressourcenaktivierung durch Psychoedukation“, der „Verankerung“ und der „Mobilisierung von äußeren Ressourcen“. Je nach Zielsetzung empfiehlt sie dafür Gespräche, Psychoedukation, imaginative oder verhaltenstherapeutische Verfahren, oder Kontaktvermittlung. Flückiger & Wüsten (2008) liefern ebenfalls praktische Vorschläge und Anweisungen zum Einsatz ressourcenaktivierender Gesprächsführung und zu Strukturinterventionen in die Psychotherapie, um dem Mangel an Literatur zum „Wie“ in Ergänzung des bereits vielfältig publizierten „Was“ mit ganz konkreten Vorgehensanweisungen zu begegnen. Beide vorgestellten Manuale verweisen auf Methoden, die für die Einzeltherapie geeignet sind.

Es lassen sich auch einige Konzepte finden, die versuchen Ressourcen klinisch-therapeutisch in der Gruppentherapie nutzbar zu machen. Zu diesen zählen beispielsweise die lösungsorientierten und hypnotherapeutischen Verfahren, die Seemann et al. (2002) bei Kindern und Jugendlichen, die an chronischen Kopfschmerzen litten, einsetzten. Diese kamen im anfallsfreien Intervall zur Anwendung und zielten insbesondere auf eine Schulung der Selbstwahrnehmung und Selbstregulation, um neuerlichen Kopfschmerzen frühzeitig entgegenwirken zu können. Die Interventionen erfolgten durch ressourcenorientierte, hypnotherapeutische Darbietung, um die autonomen Funktionssysteme gezielt anzusprechen, eine kognitive „Zensur“ der Entspannungs-, Reizabschirmungs- und Imaginationsübungen zu umgehen, und so das Vertrauen in die selbstregulativen Fähigkeiten und den eigenen Körper zu stärken.

Ein weiteres ressourcenorientiertes Programm entwarfen Hanna et al. (2010) zur persönlichen „Zielanalyse und Zieloperationalisierung (ZAZO)“ in der beruflichen Wiedereingliederung. In vier Modulen lernten die Betroffenen zunächst ihre persönlichen Ziele und Wünsche in bildhafter Form zu entwickeln, danach folgten eine Zielanalyse im Sinne einer Konkretisierung und Ausformulierung, sowie die Operationalisierung der einzelnen zum Ziel notwendigen Schritte. Schließlich folgte die konkrete Zielannäherungsplanung durch individuelle Ressourcenaktivierung. Mit diesem Programm konnte eine signifikante Steigerung der Arbeitsmotivation erreicht werden, die wiederum auf dem Messinstrument zur „subjektiven Prognose der Erwerbsfähigkeit“ hoch mit der beruflichen Wiedereingliederung korrelierte.

Eine Stabilisierungsgruppe für traumatisierte Patienten, die unter einer Störung der Emotionsregulation litten, wurde von Müller et al. (2007) am Universitätsspital Zürich durchgeführt. Hier wurde mit acht freiwilligen Patientinnen ein 8-wöchiges Gruppentherapiekonzept mit Terminen zu je 1,5 Stunden durchgeführt, das imaginative und psychoedukative Elemente enthielt, um die Alltagsbewältigung zu unterstützen. Dies führte zu einer hohen Therapiezufriedenheit. Die gesammelten Erfahrungen dieser Studie führten zu einer Verlängerungen des Konzeptes von 8 auf 14 Wochen und der Raum für „Austausch“ und „individuelle Einzelarbeit innerhalb der Gruppe“ wurde erhöht.

Ein anderer Versuch einer unterstützenden Gruppentherapie wurde ebenfalls in der Schweiz von Goetzmann et al. (2006) mit einer „Life-Management-Gruppe“ für lungentransplantierte Patienten durchgeführt. In diesem achtwöchigen Konzept kam es zu einem Erfahrungsaustausch von Betroffenen unter Unterstützung von Ärzten und Sozialarbeitern. Es kamen körperliche, soziale und psychische Belange in der existentiell bedrohlichen Situation nach einer Lungentransplantation zur Sprache. Der supportive Aspekt der Sitzungen stieß auf großen Zuspruch und insbesondere die Fragen nach der Identität erlangten einen besonderen Stellenwert.

Ein Konzept von Haug et al. (2010) befasste sich mit der Ressourcenaktivierung in Internetchatgruppen durch Minimalinterventionen bei Patienten in der Nachsorge. Hier wurde nach einer anfänglichen Evaluation des Befindens eine Schreibaufgabe aus

der lösungsorientierten Kurzzeittherapie in einer Gruppenchatsituation gestellt und anschließend eine Chatsituation geschaffen, an die sich ein Evaluationsfragebogen anschloss. Neben der klassisch-direktiv durchgeführten Interventions-Chatsituation, in welcher eine ressourcenaktivierende „Priming-Intervention“ vorangestellt wurde, gab es auch eine Kontrollgruppe, in der lediglich eine Chatsitzung abgehalten wurde. Als Ergebnis dieser Studie konnte durch Nachsorgeinterventionen vor allem eine gute Kurzzeitwirkung der Ressourcenaktivierung festgestellt werden.

Diese ersten Erfolge zeigen, dass die Potentiale der Ressourcenförderung noch weiter ausgeschöpft werden und insbesondere für den therapeutischen Bereich nutzbar gemacht werden sollten. Die Studien zeigen auch, wie wertvoll und notwendig eine methodische Herangehensweise und damit Erfahrungssammlung für die Weiterentwicklung von ressourcenfördernden Konzepten ist.

2.3.8 Zusammenfassung

Mit seinem Konzept der Salutogenese legte Antonovsky den Grundstein einer neuen Denkrichtung - weg von Krankheit und hin zu Gesundheit. Als wichtigste Faktoren der Entstehung von Gesundheit erkannte er „Verstehbarkeit“, „Handhabbarkeit“ und „Bedeutsamkeit“ im Erleben eines Individuums, wobei „Bedeutsamkeit“ eine übergeordnete Rolle spielt. Durch Bestimmung dieser drei Ebenen lässt sich der Grad des Kohärenzgefühls („sense of coherence - SOC“) ermitteln, das die gesundheitsförderlichen Einflüsse einer Person repräsentiert.

Das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR) nach Becker arbeitet mit einem komplexen Konstrukt aus internen und externen Anforderungen eines Individuums und seiner Umwelt sowie internen und externen Ressourcen, die zu deren Erfüllung geeignet sind. Je mehr Bewältigungsmöglichkeiten bestehen, umso größer ist der Grad der Gesundheit. Im SAR-Modell werden mit dem Begriff der „Stressoren“ im Gegensatz zu Antonovskys Salutogenesekonzept grundsätzlich nur negative Aspekte belegt.

Mit dem Begriff der „Resilienz“ wird die Widerstandsfähigkeit, wörtlich die „Wiederaufstehfähigkeit“ bezeichnet, also jene Eigenschaft von Personen, unbeschadet, wenn nicht sogar gestärkt, aus eigentlich schädigenden Umständen hervorzugehen. Diskutiert wird, ob Resilienz eine angeborene Qualität oder eine erworbene Eigenschaft darstellt. Ungeachtet dieses Diskurses ist Resilienz grundsätzlich als positiv und als Ressource zu bewerten.

Im Gegensatz zur „Resilienz“ können mit „Coping“ sowohl positive wie auch negative Mechanismen bezeichnet werden, die zur Lösung eines Problems eingesetzt werden. Diese Mechanismen können auch als die „Bewältigungsstrategien“ einer Person bezeichnet werden. Im Gegensatz zur Ressourcenförderung orientiert sich Coping-Training grundsätzlich indirekt an der negativen Seite, dem Problem, das es zu lösen gilt, während es in der Ressourcenförderung um das gesamte Feld der positiven Möglichkeiten und Fähigkeiten eines Individuums geht, die gesundheitszuträglich sind.

Ein negativer Prozess, den es aufzuhalten und umzukehren, am besten gar nicht erst zu induzieren gilt, ist der der Chronifizierung. Werden Krankheiten chronisch, scheint der Weg zur Genesung nahezu unerreichbar und abgeschnitten. Hier ist eine wichtige Strategie die der Ent-Chronifizierung, durch die die Negativspirale umgekehrt und durch die Realisation von „Licht am Ende des Tunnels“ in Richtung Gesundheit gelenkt werden soll. Ganz besonders die Wahrnehmung des Positiven ist hierbei von Bedeutung.

Kaum etwas scheint dazu derart gut geeignet wie das kreative Spiel, in welchem der Mensch ganz im Glück der Betätigung aufgeht, in welchem Krankheit und Gesundheit keine Rolle spielen, sondern nur das momentane freudige Empfinden ebenso positiv wie unbemerkt seine aufbauende Wirkung entfalten kann.

Ganz in diesem Sinne lässt sich nun die Intention der Ressourcenförderung begreifen. Es geht um die Entstehung von Gesundheit in einem multimodalen Modell, die Aktivierung von Potentialen, von gesundheitsprotektiven Faktoren und die Entwicklung eines optimistischen Blickes. All dies soll auf intuitive Weise gefunden werden, und dazu gilt es einen Rahmen zu schaffen, einen Experimentier- und Spielraum, in dem jeder Mensch seinen individuellen Weg suchen und erkennen kann.

3 Klinische Studie

3.1 Fragestellungen und Hypothesen

Die Konzepte, die in der Literatur beschrieben sind, weisen deutlich auf den positiven Nutzen, den der Einsatz von Spielen zur Ressourcenförderung bedeutet. Dennoch mangelt es an der praktischen Umsetzung; es lassen sich kaum ein konkretes, praktisches Manual und nur wenige klinische Studien zu diesem Thema finden, sodass weitere Forschung auf diesem Gebiet dringend notwendig erscheint (Strauß, 2007).

Zur Überprüfung der Eignung von Spielen zur Ressourcenförderung sollte ein Gruppenprogramm von metaphernbasierten Spielen in der psychosomatischen Tagesklinik zum Einsatz kommen und durch die Probandengruppe evaluiert werden. Durchgeführt wurde eine Studie im Prä-post-Design, eine Vergleichsgruppe gibt es bis dato nicht.

Das Programm der Tagesklinik für Stabilisierung und Ressourcenförderung am Klinikum rechts der Isar, München, ist als Gesamtkonzept angelegt, welches zur umfassenden Patientenversorgung neben Einzel- und Gruppentherapien auch EMDR (Sack et al., 2008), soziale, körpertherapeutische und kreative Bereiche mit einbezieht. Das wöchentlich stattfindende Angebot zur Förderung von Ressourcen bestand zunächst aus einer Reihe kognitiver, verhaltenstherapeutischer Übungen, in welchen mit Instruktionen, Hausaufgaben und Rollenspielen gearbeitet wurde (Gerlach, Kulinna, & Sack, 2009), in der Studie als „Altes Programm“ bezeichnet. Im Zuge der Weiterentwicklung des Konzeptes wurde dieses Angebot unterteilt in ein Skills-Training einerseits, sowie andererseits eine wöchentlich abgehaltene, therapeutisch geleitete „Ressourcengruppenstunde“. Letztere besteht aus Rollenspielen, die – in eine Metapher eingebettet – weniger auf der kognitiven als vielmehr auf der emotionalen Ebene wirken sollen. Schlussendlich wurde eine Homogenisierung des Programmes angestrebt. Dieses Angebot zur Förderung der Ressourcen durch Spiele wird im

Rahmen der Studie als „Neues Programm“ bezeichnet. Die Erstellung dieser Spiele, die Evaluation des alten und des neuen Programmes, sowie die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse sind Gegenstand dieser Studie.

Folgenden Fragen soll in dieser Studie nachgegangen werden:

- 1. Eignen sich metaphernbasierte Spiele zur Ressourcenförderung? Das bedeutet im Sinne dieser Studie: Fördern Spiele Ressourcen und die Interaktion in der Gruppentherapie, führen sie zu einer gesteigerten Therapiezufriedenheit?*
- 2. Zeigt eines der beiden eingesetzten Therapiekonzepte zur Ressourcenförderung – das alte, durchmischte Programm, oder das neue, auf Spielen basierende Programm – klare Vorteile gegenüber dem anderen?*
- 3. Lässt sich der Interventionskatalog der beiden Konzepte jeweils durch internen Programmvergleich optimieren oder eine verbesserte Neuzusammenstellung erzielen?*

Aus der Analyse der gegenwärtigen wissenschaftlichen Literatur und den klinischen Erfahrungen ergeben sich für die Studie folgende Hypothesen:

- 1. Metaphernbasierte Spiele eignen sich zur Ressourcenförderung, was anhand der jeweils am Ende der Intervention erhobenen Evaluation gezeigt werden soll. Die Spielinterventionen ergeben demnach deutlich positive Ergebnisse für alle Items.*
- 2. Im Vergleich mit dem bisherigen Programm zeigt das Therapiekonzept der metaphernbasierten Spielinterventionen klare Vorteile im Hinblick auf die Ressourcenförderung, Interaktion und Therapiezufriedenheit in den Ergebnissen der Evaluation.*
- 3. Der Interventionskatalog der beiden Programme zeigt jeweils signifikante Unterschiede hinsichtlich der gemessenen Variablen je Intervention, sodass ein Vergleich und damit eine Optimierung beziehungsweise Neuzusammenstellung im Sinne einer Homogenisierung des Angebotes möglich werden.*

3.2 Methodik

3.2.1 Konzeption eines Gruppenangebots

Ziel des Programmes, welches in der psychosomatischen Tagesklinik des Klinikums rechts der Isar, München, umgesetzt wurde, war es, mithilfe von metaphernbasierten Spielen Ressourcen aufzudecken, anzuregen und zu aktivieren. Der Weg des Spielerischen lag insofern nahe, als er auf der emotionalen Ebene einen viel schnelleren, treffenderen, intuitiv richtigen Zugang zu den individuellen Ressourcen zu ermöglichen schien, als dies auf rein rationaler Ebene der Fall wäre. Gerade auch die Einbettung des Spieles in eine Metapher sollte der „Absicherung des Spielraumes“ dienen und einen individuellen Zugang zur eigenen Thematik schaffen, da „Metaphern eine zentrale Funktion in der Reprozessierung vorbewusster und unbewusster, affektiv gesteuerter Kognitionen in den bewussten Bereich hinein haben“ (Fabregat & Krause, 2008). Dadurch, dass im Spiel individuelle Bedürfnisse unmittelbar klar sind und kommuniziert werden – zwar nur im Rahmen des Spieles, aber dennoch mit direktem, persönlichen Bezug –, weist das Spiel einen Weg zu Fähigkeiten und Möglichkeiten, zu Ressourcen des Spielenden und fördert zugleich ihren Einsatz. Das Spiel in einer geschützten Gruppe kann als Generalprobe für den Alltag dienen und neue Ideen und Lösungswege initiieren. Es ermöglicht das Erleben von Freude, kann die Chronifizierungsspirale umkehren und den Blick weg von Problemen und hin zu Positivem lenken. In seinen Studien zur mentalisierungsgestützten Gruppentherapie bei Borderline-Patienten verweist Schultz-Venrath (2008) darauf, dass „Mentalisierung nirgendwo besser als in der Gruppe gelingt“ und dass sich „Rollenspiele als besonders hilfreich erwiesen haben“.

Eine weitere Motivation des Einsatzes von Spielen war der verhaltenstherapeutische Aspekt der Verstärkung von Veränderungen durch Erfolgserlebnisse (Mattheß & Sack, 2010). Diese Veränderungen können im Spiel zunächst völlig ohne Konsequenzen

erlebt, weiterentwickelt, umgesetzt und schließlich für den Alltag als nützlich befunden und integriert werden.

Die Anforderungen an die zu entwickelnden Spiele reichten von „individuell berührend“, „Spaß bereitend“, „interaktiv“, über „wiederholbar“, „ohne viel Material durchführbar“, „geeignet für eine Gruppe von etwa 10 Personen“ und „dem zeitlichen Rahmen von 75 Minuten angemessen“ bis hin zur Forderung nach „Einbettung in eine Geschichte, Metapher bzw. Rahmenhandlung“ und nach „Freiraum für Kreativität und Selbstentfaltung“. Insbesondere sollten „Ressourcen“ zum Einsatz kommen und gefördert werden, was durch ein abgestimmtes Maß an Freiheitsmomenten (Buland, 1997) geschehen sollte.

Da Spiele mit diesen Anforderungen, insbesondere für Erwachsene, nicht vorbeschrieben waren, wurden ebensolche nach der Recherche und Sichtung von historischen Spielen, Interaktionsspielen (Volpel, 1992), Kooperationspielen, Partyspielen, Theaterpädagogik, Forderungen für Spielinterventionen (Russ, 1998) und dem Playing Arts Konzept (Riemer, 2009) im Rahmen dieser Studie neu erstellt.

Auf diese Weise entstand eine Sammlung von 11 Spielen zur Gruppenintervention, angepasst an die erwartete Aufenthaltsdauer der Patienten in der Tagesklinik für Stabilisierung und Ressourcenförderung am Klinikum rechts der Isar, München. (Therapeutisches Manual siehe Anhang, S. 91)

3.2.2 Stichprobe

Das Angebot der Tagesklinik richtete sich an Patienten in krisenhaften Situationen, die einen Verlust der Alltagsstabilität zeigten und in der Regel folgende Störungsbilder aufwiesen:

Depressive Störungen

Angststörungen und Posttraumatische Belastungsstörung

Komplexe Traumafolgestörungen

Ess-Störungen (unter bestimmten Voraussetzungen)

Somatoforme Störungen

Persönlichkeitsstörungen (z.B. emotional instabile Persönlichkeitsstörung)

„Zu den Kontraindikationen für eine Aufnahme in die Tagesklinik gelten eine akute Suizidalität, fehlende soziale Grundkompetenzen sowie instabile soziale Verhältnisse. Akute psychotische Erkrankungen, Suchterkrankungen, akute körperliche, behandlungsbedürftige Erkrankungen gehören ebenfalls dazu“. (Henningesen, 2007)

Das Patientenkollektiv der Studie war dasjenige der Tagesklinik in dem Erhebungszeitraum von August 2008 bis Dezember 2009 und umfasste eine Gruppe von durchschnittlich neun Patienten bei acht bis zwölf möglichen Behandlungsplätzen, die während der Durchführung im Mittel fünf bis sechs Wochen ganztags an das Therapiekonzept angebunden waren und die Abende sowie die Wochenenden zuhause verbrachten. Volljährige Patienten beider Geschlechter nahmen teil, es waren jedoch zu einem überwiegenden Teil weibliche Personen:

Aus den statistischen Daten, die durch die elektronische Basisdokumentation erhoben wurden, welche die Klinik ab September 2008 etablierte, geht hervor, dass sich ab diesem Erfassungszeitraum 54 Patienten, davon 45 Frauen (83,3%) und 9 Männer (16,7%), in tagesklinischer Behandlung befanden. Das Alter der Patienten lag zwischen 21 und 70 Jahren und betrug im Mittel 41 Jahre (Standardabweichung 10,54).

Die Frage nach dem Familienstand zeigte, dass 51,2% der Patienten ledig, 23,3% verheiratet, 20,9% geschieden und 4,7% verwitwet waren. Bezüglich der Partnersituation ergaben sich 50% ohne Partner, 26,2% getrennt lebend vom festen Partner und 23,8% zusammenlebend mit dem festen Partner.

Kinderlos waren 55%, 27,5% hatten ein Kind, 12,5% zwei Kinder und 5% drei oder mehr Kinder.

Bezüglich des Ausbildungsstandes hatten 4,8% keinen Schulabschluss, 9,5% die Volk- oder Hauptschule ohne abgeschlossene Lehre besucht. 14,3% hatten eine abgeschlossene Lehre, 31% einen Realschulabschluss, 16,7% Abitur bzw. (Fach-) Hochschulreife und 23,8% ein abgeschlossenes Studium.

Vollzeit erwerbstätig waren 31%, halbtags 9,5%, arbeitslos bzw. arbeitssuchend 23,8%. 4,8% waren Rentner, 7,1% Hausfrau bzw. Hausmann, 7,1% in Ausbildung und 16,7% anderweitig beschäftigt.

Hinsichtlich der Diagnose erfüllten 66,7% der Patienten die Kriterien einer (rezidivierenden) depressiven Episode (F32, F33), 7,4% zeigten eine phobische oder anderweitige Angststörung (F40, F41), 1,9% eine Zwangsstörung (F42), 61,1% Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43). 11,1% zeigten Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) (F44) und 9,3% somatoforme Störungen (F45).

3.2.3 Messinstrument

Einige Projektgruppen arbeiten bereits mit verschiedenen, an das jeweilige Programm angepassten Messinstrumenten der Ressourceneinschätzung. Ein Beispiel hierfür zeigen Schiepek et al. (2001) mit einem neu entwickelten Ressourceninventar (RI) zur Einschätzung der individuellen Ressourcen oder auch Wolf und Bongartz (2009), die ein hypnotherapeutisch basiertes Instrument zur „Bestimmung des emotionalen Ressourcenpotentials (BER)“ (Bongartz, 2003) untersuchten.

Da es jedoch kein verfügbares Instrument zur Messung von Ressourcen gab, welches gezielt den Erfolg des neu erstellten Behandlungskonzepts von Stunde zu Stunde messen konnte, musste ein Evaluationsbogen neu entworfen werden. Dieser sollte möglichst praktikabel, das heißt von seinem Umfang her überschaubar sein, um im Anschluss an jede Stunde im tagesklinischen Ablauf verwendet werden zu können. Entwickelt wurde ein Fragebogen mit 7 Items; 6 davon mit einer Skala von 1-5, der letzte mit einer Skala von 1-3; Aufenthaltswoche und das Datum wurden ebenfalls erfasst. Die Bearbeitung wurde anonymisiert durchgeführt, um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen und ein ehrliches Antwortverhalten zu gewährleisten, bei welchem seitens der Patienten keinerlei Konsequenzen für den weiteren therapeutischen Verlauf befürchtet werden mussten. Gemessen werden sollte die „Ressourcenförderung“. Nach Flückiger (2009) zeigen sich Ressourcen dadurch, dass sie „1. mit einem ‚guten Gefühl‘ einhergehen (positiver Affekt)“, dass sie „2. für die Person hilfreich und nützlich sind (Funktionalität)“ und dass sie „3. zeitlich umgrenzt (temporär)“ sind. Kersting et al. (2002) fanden insbesondere einen hohen prädiktiven Wert für die Wirkfaktoren „Selbständigkeit und Optimismus“ und „Wohlbefinden“ in Bezug auf den Therapieerfolg. Darauf aufbauend und an die Hypothesen dieser Studie anknüpfend wurde ein Evaluationsinstrument (vgl. S. 48) entwickelt, das folgende Inhalte beurteilt:

- das Empfinden von „Spaß“ als Merkmal für den positiven Affekt, in welches die individuelle Möglichkeit ‚Freude zu empfinden‘ ebenso eingeht wie die subjektive Bewertung der Intervention
- das Leicht- bzw. Schwerfallen der „Einbringbarkeit in die Gruppe“ als Marker für Selbstvertrauen, Flexibilität und Offenheit ebenso wie zur subjektiven Bewertung der Intervention
- inwieweit ein „Austausch“ mit den anderen Gruppenteilnehmern stattgefunden hat, als Hinweis auf die soziale Kompetenz des Probanden einerseits und auf die Interaktivität des Spieles andererseits
- das Gefühl, dass eine persönliche „Aktivierung der Ressourcen“ stattgefunden hat, was sowohl einen Rückschluss auf die Qualität der Intervention zulässt, als auch auf die Selbstwahrnehmung, die Selbstwirksamkeit und das Verständnis von Ressourcen insofern, als es mit den anderen als Ressourcen zu wertenden Items übereinstimmen sollte
- die Einschätzung, ob die gemachten Erfahrungen in der Gruppe „hilfreich aktuell“ für die eigene Situation sind, als unmittelbarer Hinweis auf die praktische Relevanz, die Funktionalität der Intervention und als indirekter Hinweis auf die Transferfähigkeit der Testperson
- ebenso die Einschätzung, ob die gemachten Erfahrungen in der Gruppe „hilfreich für die Zukunft“ sind, welche auch den zeitlichen Aspekt mit einbezieht, und zusätzlich Aufschluss über die optimistische bzw. pessimistische Grundhaltung des Probanden geben kann
- zuletzt Bewertung der „Ausführlichkeit der Anleitung“ (zu wenig, angemessen, zu viel), welche einen Anhaltspunkt dafür geben kann, inwieweit die Freiheitsaspekte (Buland, 1997) der Intervention für therapeutische Zwecke angemessen gestaltet sind

Evaluationsbogen:

Anonyme Evaluation der Ressourcengruppe: Bitte bewerten Sie durch Ergänzung der folgenden Aussagen die Gruppenstunden der heute beendeten Themeneinheit.

Dies ist meine ___ Woche in der Tagesklinik. Datum: _____

1. Die Gruppe (aktuelle Themeneinheit) hat mir ... Spaß gemacht.

gar keinen nur wenig teilweise ziemlich viel sehr viel

2. Es fiel mir ... mich einzubringen.

sehr schwer ziemlich schwer teils leicht, teils schwer ziemlich leicht sehr leicht

3. Ich habe mich mit den anderen Gruppenteilnehmern ... ausgetauscht.

überhaupt nicht ziemlich wenig mal viel, mal wenig ziemlich viel sehr viel

4. Meine persönlichen Ressourcen wurden ... aktiviert.

überhaupt nicht nur wenig teilweise ziemlich voll und ganz

5. Die Erfahrungen aus der Gruppe (aktuelle Themeneinheit) sind ... hilfreich für meine aktuelle Situation.

überhaupt nicht nur wenig teilweise ziemlich sehr

6. Die Erfahrungen aus der Gruppe (aktuelle Themeneinheit) sind ... hilfreich für zukünftige Situationen.

überhaupt nicht nur wenig teilweise ziemlich sehr

7. Die Ausführlichkeit der Anleitung war mir ...

zu wenig angemessen zu viel

3.2.4 Studiendurchführung und Design

3.2.4.1 Setting

Der therapeutische Rahmen war auf jeweils 75 Minuten ausgelegt. Die Sitzung wurde mit der durchschnittlich 9-köpfigen Patientengruppe einmal wöchentlich unter therapeutischer Leitung abgehalten. Es bestand keine Teilnahmepflicht, jedoch wurde zumindest die Anwesenheit im Nebenraum gefordert, wie es durch das therapeutische Gesamtkonzept der Tagesklinik vorgesehen ist. Der Raum konnte jederzeit verlassen werden, was aber insgesamt eine seltene Ausnahme darstellte.

3.2.4.2 Datenerhebung

Nach einer Einführung in die Ressourcenthematik und der Erläuterung des Ablaufes und der Regeln, wurde eine Intervention aus der jeweiligen Themensammlung durchgeführt. Zu Beginn des Erhebungszeitraumes kam danach das „alte Programm“, im späteren Anwendungszeitraum das „neue Programm“ aus metaphornbasierten Spielen zur Anwendung. Dabei fanden sich je nach vorgesehenem Ablauf die Spieler selbst in Gruppen zusammen oder wurden durch den Therapeuten der Sitzrunde entlang aufgeteilt. Während des Spieles war es Aufgabe des Therapeuten sich im Hintergrund zu halten, gelegentlich Impulse zu geben, um das Spiel weiterzuentwickeln sowie individuelle Probleme wahrzunehmen und zu entschärfen. Im Anschluss an das Spiel wurde der Evaluationsbogen herumgereicht, anonym ausgefüllt und wieder eingesammelt. Insgesamt gingen 364 Evaluationsbögen ein.

3.2.4.3 Operationalisierung

Bei der Studie handelt es sich um eine deskriptive, empirische Studie, in welcher im wöchentlichen Wechsel die Einheiten eines alten respektive eines neuen Gruppentherapiekonzeptes jeweils im Zyklus mit den zu diesem Zeitpunkt in der Tagesklinik behandelten Patienten durchgeführt wurden. Es wurde mit einem personenorientierten Skalierungsverfahren operiert, indem ein Fragebogen mit 6 Items der persönlichen Bewertung als abhängigen Variablen auf einer Likert-Skala von 0-4 zur Anwendung kam, zusätzlich wurde eine dreistufige Skala zur Bewertung der Ausführlichkeit der Therapie eingesetzt und die Behandlungswoche erfragt (vgl. Evaluationsbogen S. 48). Als unabhängige Variablen wurden die jeweils durchgeführten Therapieprogramme bzw. die darin enthaltenen Interventionsthemen sowie die Behandlungsdauer betrachtet.

3.3 Statistische Auswertung

Tests auf Normalverteilung der kontinuierlichen Variablen wurden mit dem Kolmogorow-Smirnow-Test und visuell mittels Histogrammen beurteilt.

Um die 6 Beurteilungskriterien (Items) des verwendeten Instruments zwei Faktoren zuzuordnen, wurde eine konfirmatorische Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) gerechnet. Die interne Konsistenz der so ermittelten Skalen (Interaktion und Ressourcen) und des Gesamtwertes Therapiezufriedenheit wurde mit Cronbach's Alpha bewertet. Korrelationen zwischen den Items bzw. den Skalen und dem Gesamtwert werden mittels des Korrelationskoeffizienten nach Pearson (r) berichtet.

Als Outcome-Parameter werden die 6 Einzelitems, die 2 Faktoren (Skalen Interaktion und Ressourcen) und der Gesamtwert Therapiezufriedenheit betrachtet.

Die Stichprobe wurde bezüglich der Variable „Behandlungswoche“ in drei gleich große Untergruppen geteilt: „Therapieanfänger“ (1. - 3. Behandlungswoche), „Therapieerfahrene“ (4. - 7. Behandlungswoche) und „Therapiefortgeschrittene“ (8. - 15. Behandlungswoche), sodass trotz anonymisierter Durchführung und dadurch fehlender patientenbezogener Zuordnungsmöglichkeit ein potenzieller Einfluss der Therapieerfahrung bzw. bisherigen Behandlungsdauer auf die Beurteilungen abgeschätzt werden konnte.

Mittelwertvergleiche der Outcome-Parameter in 2 Gruppen wurden mittels t-Tests, in mehr als 2 Gruppen mittels F-Tests auf Signifikanz der Unterschiede getestet.

Um die Effekte der Faktoren „Programm“ und „Behandlungsdauer“ auf die Beurteilungsmaße gleichzeitig zu testen, wurden 2-faktorielle Varianzanalysen gerechnet.

Alle Tests wurden 2-seitig durchgeführt. Als signifikant erachtet wurden p-Werte $<0,05$.

Die statistischen Analysen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS (Statistical Package for Social Sciences), Version 18.0 für Windows, durchgeführt.

3.4 Ergebnisse

3.4.1 Zur Reliabilität des Messinstruments

Da es bis zum Zeitpunkt der Erhebung keinen vergleichbaren, für die beabsichtigten Interventionen geeigneten Fragebogen gab, und das erstellte Messinstrument erstmalig angewandt wurde, hatte die Studie, insbesondere was die Einordnungsmöglichkeit der erhobenen Messwerte anging, einen explorativen Charakter.

Obwohl der Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung für alle 6 Items, für die 2 Skalen und den Gesamtwert keine Normalverteilung ergab, zeigten die Histogramme (vgl. Abbildung 1-9, S. 54) weitgehend glockenförmige Verteilungen, sodass parametrisches Testen unter Unterstellung der Normalverteilung erfolgte.

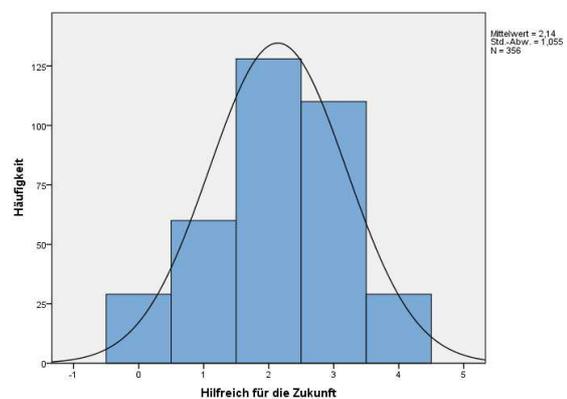
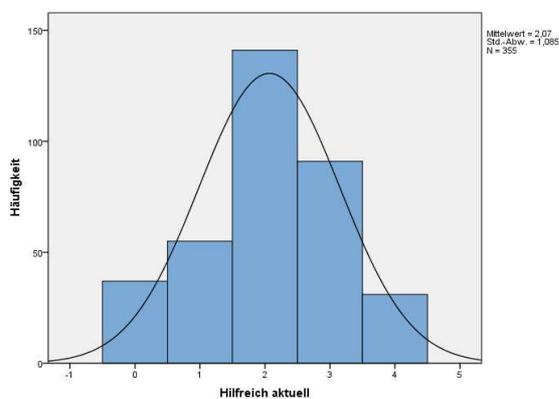
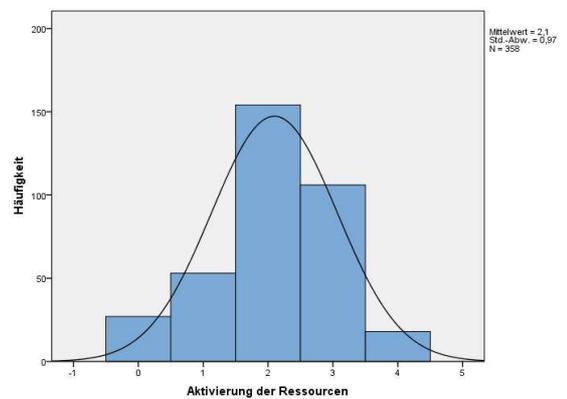
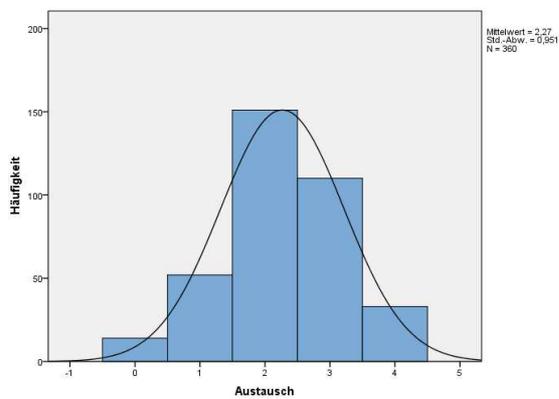
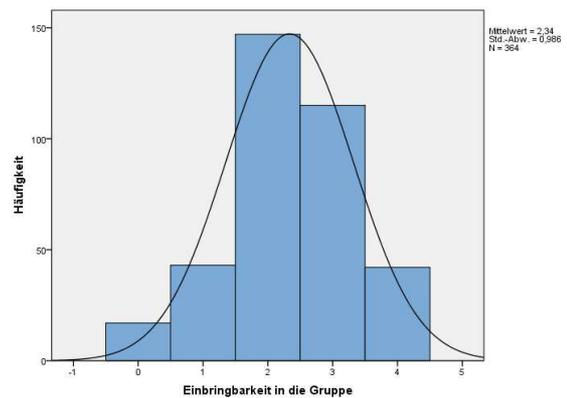
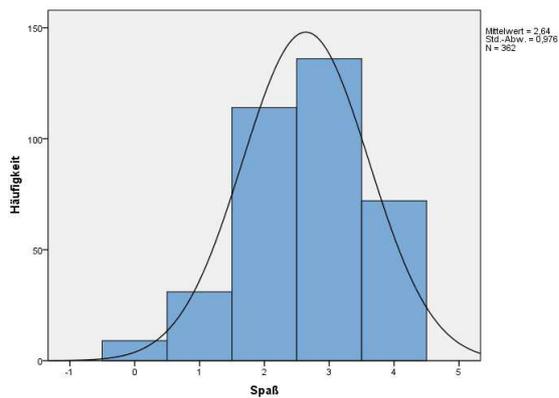
Die Prüfung der Interkorrelation der Items ergab Korrelationen zwischen $r = 0,278$ und $r = 0,794$ mit Signifikanzen $p < 0,001$, sodass es gerechtfertigt erschien, die 6 Items zu einer Skala „Therapiezufriedenheit Gesamt“ zusammenzufassen. Die interne Konsistenz dieser Skala war gut (Cronbach's Alpha = 0,86); durch Weglassen eines Items konnte keine Verbesserung erzielt werden.

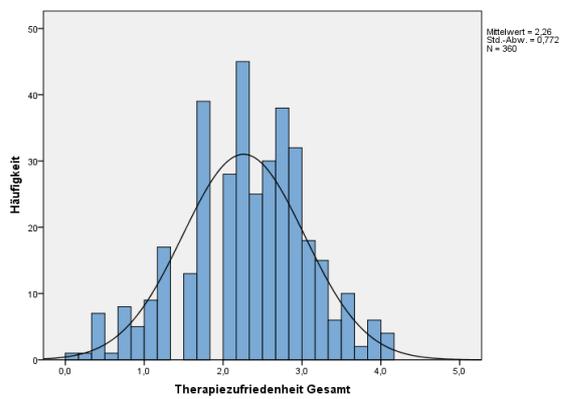
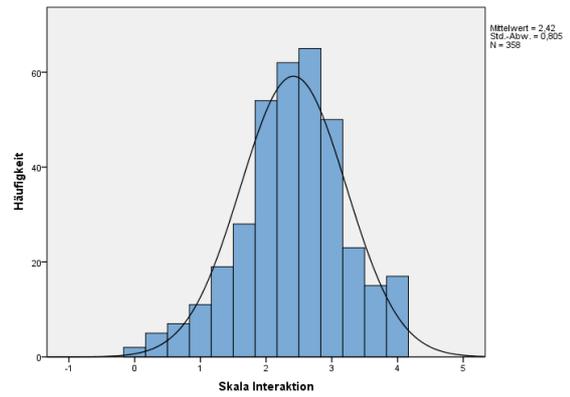
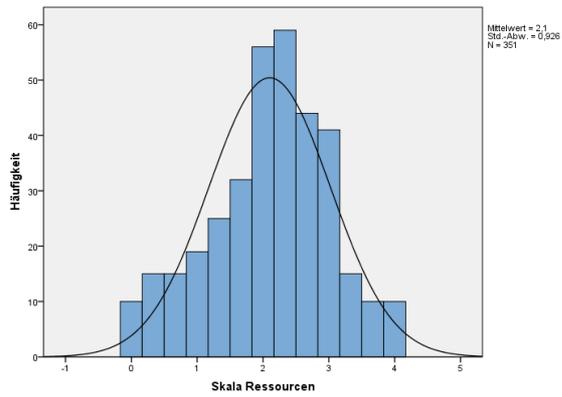
Der Gesamtwert wurde als arithmetisches Mittel der Item-Werte berechnet. Wenn in einem Fragebogen mehr als 2 Items fehlten, wurde der Skalenwert als fehlend bzw. nicht berechenbar betrachtet. Bei einem oder zwei fehlenden Items wurden diese durch den Mittelwert der übrigen gültigen Item-Werte in diesem Fragebogen ersetzt.

Darüber hinaus wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt, die bei Vorgabe von zwei Faktoren zu der klinisch plausiblen Aufteilung in einen „Ressourcenfaktor“ einerseits und einen „Interaktionsfaktor“ andererseits führte. In dem „Ressourcenfaktor“ fielen die drei Items „Aktivierung der Ressourcen“, „Hilfreich aktuell“ und „Hilfreich für die Zukunft“ zusammen, der „Interaktionsfaktor“ setzte sich aus den drei Items „Spaß“, „Einbringbarkeit in die Gruppe“ und „Austausch“ zusammen. Diese beiden 3-Item-

Faktoren korrelierten signifikant ($p < 0,001$) mit $r = 0,613$. Die Reliabilitätsanalyse ergab eine interne Konsistenz von $\text{Alpha} = 0,87$ für den Faktor „Ressourcen“ und von $\text{Alpha} = 0,78$ für den Faktor „Interaktion“.

Bei der Auswertung der Ergebnisse wurden sowohl die einzelnen Items, als auch die Faktoren und der Gesamtwert betrachtet.





Abbildungen 1-9: Verteilungen der 6 Items, der beiden Skalen und des Gesamtwertes Therapiezufriedenheit insgesamt zur visuellen Beurteilung der Abweichungen von einer Normalverteilung

3.4.2 Ressourcenförderung in den einzelnen Programmen

3.4.2.1 Altes Programm

Vergleich der Beurteilungskriterien:

Zunächst wurde die Gesamtheit der Evaluationen des alten Programmes betrachtet. Der Vergleich der einzelnen Beurteilungskriterien innerhalb des Programmes ergab Mittelwerte für alle Items und Faktoren $> 2,15$. Das Item „Spaß“ zeigte die beste Bewertung (vgl. Tab. 1, S. 57).

Beurteilung in Abhängigkeit von der Behandlungswoche:

Um eine Veränderung über den Therapieverlauf abschätzen zu können, wurde die Stichprobe in drei gleich große Untergruppen geteilt: „Therapieanfänger“ (1. - 3. Behandlungswoche), „Therapieerfahrene“ (4. - 7. Behandlungswoche) und Therapiefortgeschrittene (8. - 15. Behandlungswoche). Hier zeigte sich ein signifikanter Unterschied des Item-Wertes „Aktivierung der Ressourcen“; dieser war bei den „Therapiefortgeschrittenen“ am größten, am niedrigsten war er in der Gruppe der mittellang therapierten „Therapieerfahrenen“. Darüber hinaus zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen (vgl. Tab. 2a, S. 58).

Beurteilung der einzelnen Themen:

Zur Abschätzung der Homogenität und Akzeptanz des Programmes wurden die Bewertungen der einzelnen Themeneinheiten miteinander verglichen. Es ergaben sich sowohl für die „Skala Ressourcen“, als auch für die „Skala Interaktion“ und den Gesamtwert „Therapiezufriedenheit“ signifikant unterschiedliche Bewertungen der 9 Themen (vgl. Tab. 3, S. 60).

Im Mehrfachvergleich zeigten sich folgende signifikante Unterschiede in der Beurteilung der Themen:

Bei der „Skala Ressourcen“ erhielt das Thema „Skillstraining“ die beste Bewertung, signifikant im Vergleich mit den Themen „Persönliche Ressourcen 2“ (p 0,004), „Gruppentraining sozialer Kompetenzen“ (p 0,009), „Psychoedukation“ (p 0,001) und „Achtsamkeit“ (p 0,001). Alle übrigen Vergleiche waren nicht signifikant.

Bei der „Skala Interaktion“ gab es zwei besonders gut evaluierte Themen. „Urlaub“ wurde signifikant besser evaluiert gegenüber „Persönliche Ressourcen 2“ (p 0,033), „Gruppentraining sozialer Kompetenzen“ (p 0,011) und „Stresstoleranz“ (p 0,013). Das „Skillstraining“ erhielt ebenfalls signifikant bessere Werte gegenüber „Persönliche Ressourcen 2“ (p 0,038), „Gruppentraining sozialer Kompetenzen“ (p 0,010) und „Stresstoleranz“ (p 0,016). Alle übrigen Vergleiche waren nicht signifikant.

Auch im Gesamtwert „Therapiezufriedenheit“ zeigten die Themen „Skills“ und „Urlaub“ die besten Werte. „Skillstraining“ unterschied sich signifikant von „Persönliche Ressourcen 2“ (p 0,006), „Gruppentraining sozialer Kompetenzen“ (p 0,004), „Psychoedukation“ (p 0,019) und „Achtsamkeit“ (p 0,006). Alle übrigen Vergleiche waren nicht signifikant. Eine Homogenisierung im Sinne einer Optimierung und Anpassung des Interventionskatalogs ist demnach für das alte Programm möglich.

Tabelle 1: Vergleich der Programme hinsichtlich Item- und Faktorenbewertung

Outcome-Parameter	Altes Programm n = 126		Neues Programm n = 238		p
	M	SD	M	SD	
Items					
Spaß	2,59	,827	2,66	1,046	0,455
Einbringbarkeit in die Gruppe	2,41	,832	2,29	1,058	0,241
Austausch	2,30	,842	2,25	1,006	0,590
Aktivierung der Ressourcen	2,15	,804	2,07	1,048	0,403
Hilfreich aktuell	2,28	,928	1,95	1,144	0,006
Hilfreich für die Zukunft	2,44	,858	1,98	1,114	<0,001
Faktoren					
Skala Ressourcen	2,29	,757	2,00	,990	0,002
Skala Interaktion	2,44	,655	2,40	,875	0,682
Gesamtwert Therapiezufriedenheit	2,37	0,608	2,20	0,843	0,038
<p><u>Legende zu Tab. 1:</u></p> <p><i>n</i>: Fallzahl <i>M</i>: Mittelwert <i>SD</i>: Standardabweichung <i>p</i>: Signifikanz (t-Test) Skalierung: von 0 (= negativ) bis 4 (= positiv) Skala Interaktion: aus den Items "Spaß", "Einbringbarkeit", "Austausch" Skala Ressourcen: aus den Items "Aktivierung der Ressourcen", "Hilfreich aktuell", "Hilfreich für die Zukunft" Gesamtwert Therapiezufriedenheit: Mittelwert aus allen Items</p>					

Tabelle 2a: Beurteilung der Programme in Abhängigkeit von der Therapieerfahrung

Outcome-Parameter	Behlungswoche						
	Therapieanfänger (1. bis 3. Bhw.) n = 34		Therapieerfahrene (4. bis 7. Bhw.) n = 37		Therapiefortgeschrittene (8. bis 15. Bhw.) n = 35		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
Altes Programm							
Items							
Spaß	2,59	,743	2,61	,934	2,66	,765	,939
Einbringbarkeit in die Gruppe	2,53	,706	2,22	1,084	2,60	,695	,131
Austausch	2,15	,857	2,30	,968	2,54	,701	,154
Aktivierung der Ressourcen	2,18	,673	1,95	,998	2,44	,660	,037
Hilfreich aktuell	2,21	,770	2,27	1,018	2,54	,852	,249
Hilfreich für die Zukunft	2,33	,736	2,51	,901	2,57	,815	,466
Faktoren							
Skala Ressourcen	2,26	,545	2,24	,888	2,51	,663	,235
Skala Interaktion	2,42	,668	2,38	,801	2,60	,490	,342
Gesamtwert Therapiezufriedenheit	2,330	,4670	2,310	,7720	2,560	,4760	,146
Neues Programm							
Items							
Spaß	2,51	1,076	2,64	1,052	2,86	1,018	,113
Einbringbarkeit in die Gruppe	2,01	1,063	2,22	1,064	2,68	,953	<0,001
Austausch	2,05	1,036	2,28	,907	2,46	1,026	,037
Aktivierung der Ressourcen	1,83	1,028	2,07	1,079	2,30	1,047	,024
Hilfreich aktuell	1,77	1,238	1,94	1,060	2,17	1,154	,101
Hilfreich für die Zukunft	1,78	1,187	1,97	1,100	2,20	1,058	,073
Faktoren							
Skala Ressourcen	1,78	1,043	2,00	,962	2,22	,963	,027
Skala Interaktion	2,19	,896	2,38	,849	2,67	,832	,003
Gesamtwert Therapiezufriedenheit	1,99	,880	2,12	,810	2,45	,810	,004

Legende zu Tab. 2a:

n: Fallzahl

M: Mittelwert

SD: Standardabweichung

p: Signifikanz (F-Test bzw. t-Test)

Skalierung: von 0 (= negativ) bis 4 (= positiv)

Skala Interaktion: aus den Items "Spaß", "Einbringbarkeit", "Austausch"

Skala Ressourcen: aus den Items "Aktivierung der Ressourcen", "Hilfreich aktuell", "Hilfreich für die Zukunft"

Gesamtwert Therapiezufriedenheit: Mittelwert aus allen Items

Tabelle 3: Vergleich der einzelnen Themen hinsichtlich der Beurteilungskriterien Ressourcen, Interaktion und Therapiezufriedenheit gesamt (Heterogenität)

Outcome-Parameter		Skala Ressourcen			Skala Interaktion			Summe Therapiezufriedenheit		
Themen altes Programm	N	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
Psychoedukation	18	2,04	,656		2,44	,750		2,241	,6697	
Persönliche Ressourcen 2	15/16	2,09	,761		2,19	,557		2,154	,5795	
Urlaub	9	2,26	,619		3,04	,716		2,648	,5977	
Emotionsmanagement	14/15	2,45	,662		2,50	,485		2,461	,4989	
Gruppentraining sozialer Kompetenzen	17/18	2,19	,607	0,001	2,12	,513	<0,001	2,154	,4252	0,001
Achtsamkeit	9	1,78	,667		2,26	,465		2,019	,4444	
Persönliche Ressourcen 1	17	2,31	,759		2,53	,698		2,422	,6295	
Skillstraining	12/15	3,17	,522		2,91	,427		2,942	,4831	
Stresstoleranz	9	2,48	1,015		2,00	,667		2,241	,7027	
		Skala Ressourcen			Skala Interaktion			Summe Therapiezufriedenheit		
Themen neues Programm	N	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
Eventmanager	20	2,35	,895		2,72	,728		2,533	,7063	
Geheiltes Kind	25	1,84	1,072		2,15	1,014		1,993	,9736	
Schatz der Piraten	28/29	2,08	1,106		2,76	,921		2,422	,8964	
Schamanentreffen	30	1,81	1,057		2,09	,951		1,950	,9460	
Zugelaufenes Tier	24	1,88	,785		2,25	,870		2,063	,7643	
Eigener Laden	25/26	1,89	,989	0,399	2,38	,798	0,032	2,138	,7844	0,144
Humanosaurier	25/26	2,01	,836		2,54	,890		2,282	,7786	
Kontaktanzeigen	9	2,44	,782		2,70	,455		2,574	,5535	
Familienunternehmen	14	2,21	1,106		2,05	,738		2,131	,8528	
Paarinterview	16/17	2,23	,948		2,63	,725		2,436	,7019	
Märchen	14	1,62	1,146		2,31	,811		1,964	,9109	

Legende zu Tab. 3:

M: Mittelwert

SD: Standardabweichung

p: Signifikanz (t-Test; bezieht sich auf den Vergleich der Beurteilung der Themen)

Skalierung: von 0 (= negativ) bis 4 (= positiv)

Skala Interaktion: aus den Items "Spaß", "Einbringbarkeit", "Austausch"

Skala Ressourcen: aus den Items "Aktivierung der Ressourcen", "Hilfreich aktuell", "Hilfreich für die Zukunft"

Gesamtwert Therapiezufriedenheit: Mittelwert aus allen Items

3.4.2.2 Neues Programm

Vergleich der Beurteilungskriterien:

Auch im neuen Programm zeigte das Item ‚Spaß‘ die höchsten Werte, gefolgt von der „Skala Interaktion“. Daneben fanden sich auch zwei weniger gut beurteilte Kriterien („Hilfreich aktuell“, „Hilfreich für die Zukunft“) (vgl. Tab. 1, S. 57).

Beurteilung in Abhängigkeit von der Behandlungswoche:

Die 3 Therapieerfahrungsgruppen („Therapieanfänger“, „Therapieerfahrene“, „Therapiefortgeschrittene“) zeigten in 6 der 9 Beurteilungskriterien signifikante Unterschiede. Sowohl bei den Items „Einbringbarkeit in die Gruppe“, „Austausch“ und „Aktivierung der Ressourcen“, als auch bei den Faktoren „Skala Interaktion“, „Skala Ressourcen“ und dem Gesamtwert „Therapiezufriedenheit“ ergab sich durchgehend eine Zunahme des Effektes mit Fortschreiten der Therapie (vgl. Tab. 2a, S. 58).

Beurteilung der einzelnen Themen:

Im Vergleich der durchgeführten Themeneinheiten zur Abschätzung der Homogenität des Programmes zeigte sich lediglich ein signifikanter Unterschied in der „Skala Interaktion“ (vgl. Tab. 3, S. 60), sodass Mehrfachvergleiche auch nur für diese Skala durchgeführt wurden. Es zeigten sich dabei jedoch keine signifikanten Ergebnisse, sodass lediglich festgestellt werden kann, dass sich die Themen bezüglich ihres Effekts auf die Interaktion insgesamt unterscheiden. Das Ziel der Homogenisierung war somit bereits erreicht.

3.4.3 Vergleich der Programme

3.4.3.1 Allgemeiner Vergleich

Insgesamt gingen verhältnismäßig viele Fragebögen von Patienten in die Messung ein, die sich in den ersten Behandlungswochen befanden. 62% befanden sich innerhalb der ersten 6 von maximal 15 Behandlungswochen. Im Mittel betrug die Behandlungsdauer im alten Programm 5,9 (SD 3,6) Wochen, im neuen Programm 5,5 (SD 3,4) Wochen; die Therapiezeiten während der beiden Programme unterschieden sich nicht signifikant voneinander.

Etwa ein Drittel (n = 126) der Messungen beziehen sich auf das alte, zwei Drittel (n = 238) auf das neue Programm.

Die einzelnen Themen des alten Programmes wurden im Mittel 1,7-mal, die Themen des neuen Programmes durchschnittlich 2,5-mal durchgeführt (vgl. Tab. 4, S. 64).

Die „Ausführlichkeit der Anleitung“ wurde in beiden Programmen jeweils zu 94% als „angemessen“ beurteilt; zu etwa 5% wurde sie als „zu wenig“, zu etwa 1% als „zu viel“ empfunden. Es gab somit keine Unterschiede zwischen den Programmen hinsichtlich der Bewertung der Instruktionen ($p = 0,971$).

Tabelle 4: Häufigkeit der Durchführungen der einzelnen Elemente jedes Programmes

Outcome-Parameter	Durchgeführte Termine
Themen altes Programm	n
Psychoedukation	2
Persönliche Ressourcen 2	2
Urlaub	1
Emotionsmanagement	2
Gruppentraining sozialer Kompetenzen	2
Achtsamkeit	1
Persönliche Ressourcen 1	2
Skillstraining	2
Stresstoleranz	1
Insgesamt	15
Themen neues Programm	
Eventmanager	2
Geheiltes Kind	3
Schatz der Piraten	3
Schamanentreffen	4
Zugelaufenes Tier	3
Eigener Laden	3
Humanosaurier	3
Kontaktanzeigen	1
Familienunternehmen	2
Paarinterview	2
Märchen	2
Insgesamt	28
<i>Legende zu Tab. 4:</i>	
<i>n: Anzahl</i>	

3.4.3.2 Vergleich hinsichtlich der Beurteilungen

Es erfolgte der Vergleich der beiden Programme ohne Berücksichtigung des Therapiefortschrittes bzw. die bisherige Behandlungsdauer. Hierbei zeigte sich hinsichtlich „Spaß“, „Einbringbarkeit in die Gruppe“, „Austausch“ und „Ressourcen“, sowie der „Skala Interaktion“ kein signifikanter Unterschied der Mittelwerte zwischen den beiden Programmen. Für die beiden Items „Hilfreich aktuell“ und „Hilfreich für die Zukunft“, sowie für die „Skala Ressourcen“ und für den Gesamtwert „Therapiezufriedenheit“ ergaben sich signifikant höhere Werte für das alte Programm. Dieses wurde somit insgesamt besser bewertet als das neue Programm, das im Vergleich vor allem als „weniger hilfreich“ empfunden wurde, wobei sich im neuen Programm eine, wenn auch nicht signifikante Tendenz zu einer höheren Beurteilung des Items „Spaß“ beobachten ließ. (Vgl. Tab. 1, S. 57, Abbildungen 10 und 11, S. 66)

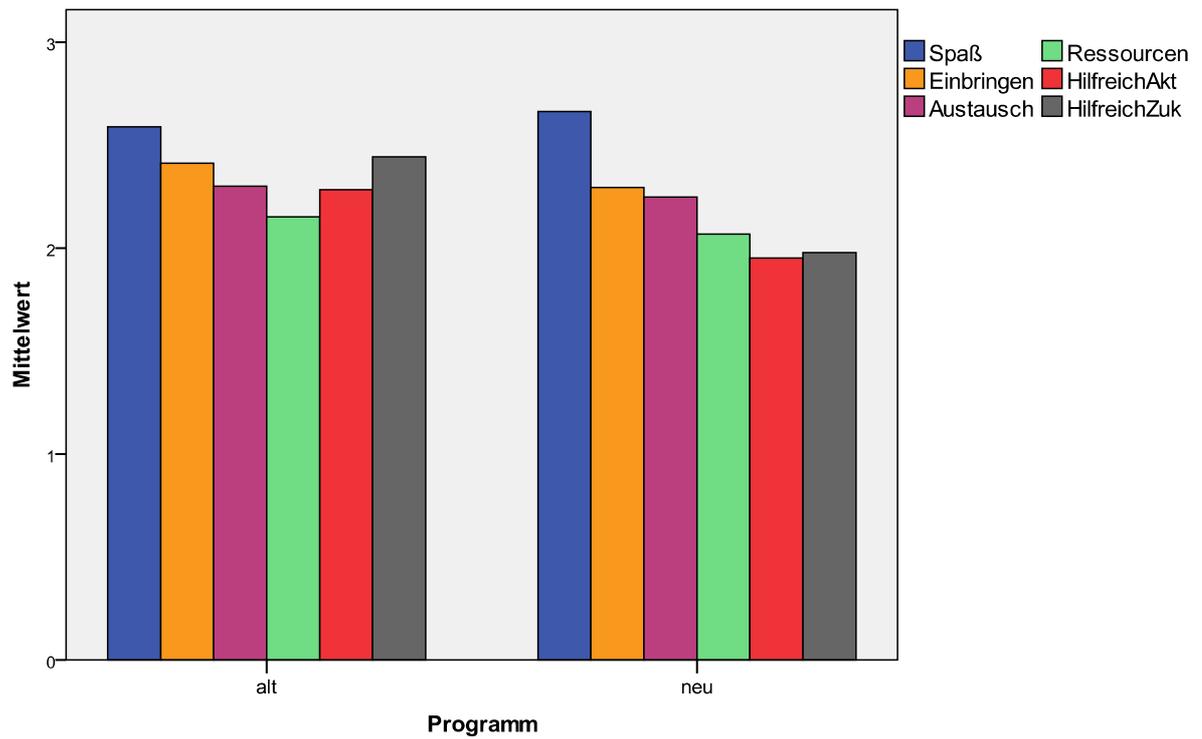


Abbildung 10: Vergleich der Programme hinsichtlich der Beurteilungseitems

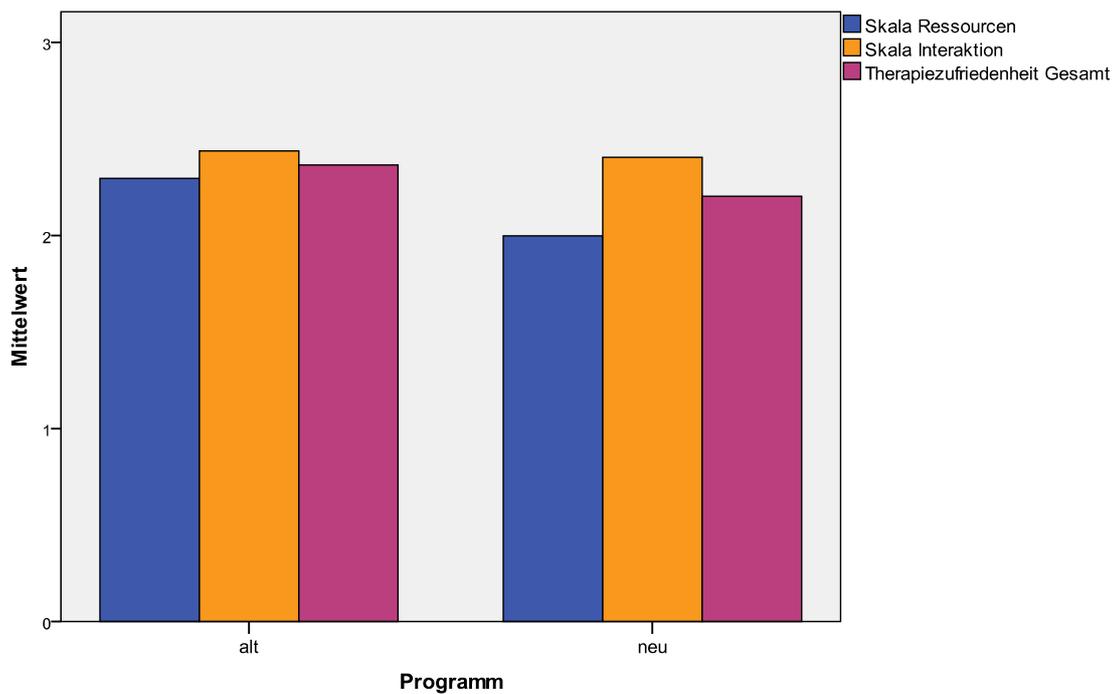


Abbildung 11: Vergleich der Programme hinsichtlich der Beurteilungsskalen und des Gesamtwertes Therapiezufriedenheit

3.4.3.3 Effekte der Therapiedauer

Im Vergleich der Patientenkollektive derjenigen Patienten, die sich am Anfang ihrer Behandlung befanden (Behandlungswoche 1-3) mit denjenigen, die sich in der mittleren Phase der Behandlung (Behandlungswoche 4-7), beziehungsweise in der fortgeschrittenen Behandlungsphase (Behandlungswoche 8-15) befanden, wurde im Rahmen der zur Verfügung stehenden Daten untersucht, ob es über den Therapieverlauf hinweg eine Veränderung gab und inwieweit sich die beiden Programme darin unterscheiden.

Insgesamt ließ sich im neuen Programm über den Behandlungsverlauf hinweg eine stetige Zunahme der Bewertungen beobachten, während sich die Bewertungen für das alte Programm vergleichsweise konstant auf einem hohen Niveau einpendelten. So zeigte sich im alten Programm nur für eines von neun Beurteilungskriterien ein signifikanter Anstieg über den Therapieverlauf hinweg, während sich im neuen Programm die Bewertungen für insgesamt sechs von neun Kriterien signifikant verbesserten. Darüber hinaus konnte über den Behandlungsverlauf hinweg weder im alten noch im neuen Programm eine signifikante Veränderung festgestellt werden (vgl. Tab. 2a, S. 58).

Betrachtete man nur die Gruppe derjenigen Patienten, die sich am Ende der Therapie befanden, also die Gruppe der „Therapiefortgeschrittenen“ in der 8. bis 15. Behandlungswoche, so war kein signifikanter Unterschied in der Bewertung der beiden Programme feststellbar (vgl. Tab. 2b, S. 68, Abbildung 12, S. 69).

Tabelle 2b: Vergleich der Bewertungen der Programme bei therapiefortgeschrittenen Patienten (8. bis 15. Behandlungswoche)

Outcome-Parameter	Therapiefortgeschrittene (8. bis 15. Behandlungswoche)				p
	Altes Programm n = 35		Neues Programm n = 71		
	M	SD	M	SD	
Items					
Spaß	2,66	,765	2,86	1,018	,302
Einbringbarkeit in die Gruppe	2,60	,695	2,68	,953	,675
Austausch	2,54	,701	2,46	1,026	,686
Aktivierung der Ressourcen	2,44	,660	2,30	1,047	,460
Hilfreich aktuell	2,54	,852	2,17	1,154	,095
Hilfreich für die Zukunft	2,57	,815	2,20	1,058	,071
Faktoren					
Skala Ressourcen	2,51	,663	2,22	,963	,122
Skala Interaktion	2,60	,490	2,67	,832	,663
Gesamtwert Therapiezufriedenheit	2,560	,4760	2,45	,810	,442
<p><u>Legende zu Tab. 2b:</u></p> <p>n: Fallzahl M: Mittelwert SD: Standardabweichung p: Signifikanz (F-Test bzw. t-Test) Skalierung: von 0 (= negativ) bis 4 (= positiv) Skala Interaktion: aus den Items "Spaß", "Einbringbarkeit", "Austausch" Skala Ressourcen: aus den Items "Aktivierung der Ressourcen", "Hilfreich aktuell", "Hilfreich für die Zukunft" Gesamtwert Therapiezufriedenheit: Mittelwert aus allen Items</p>					

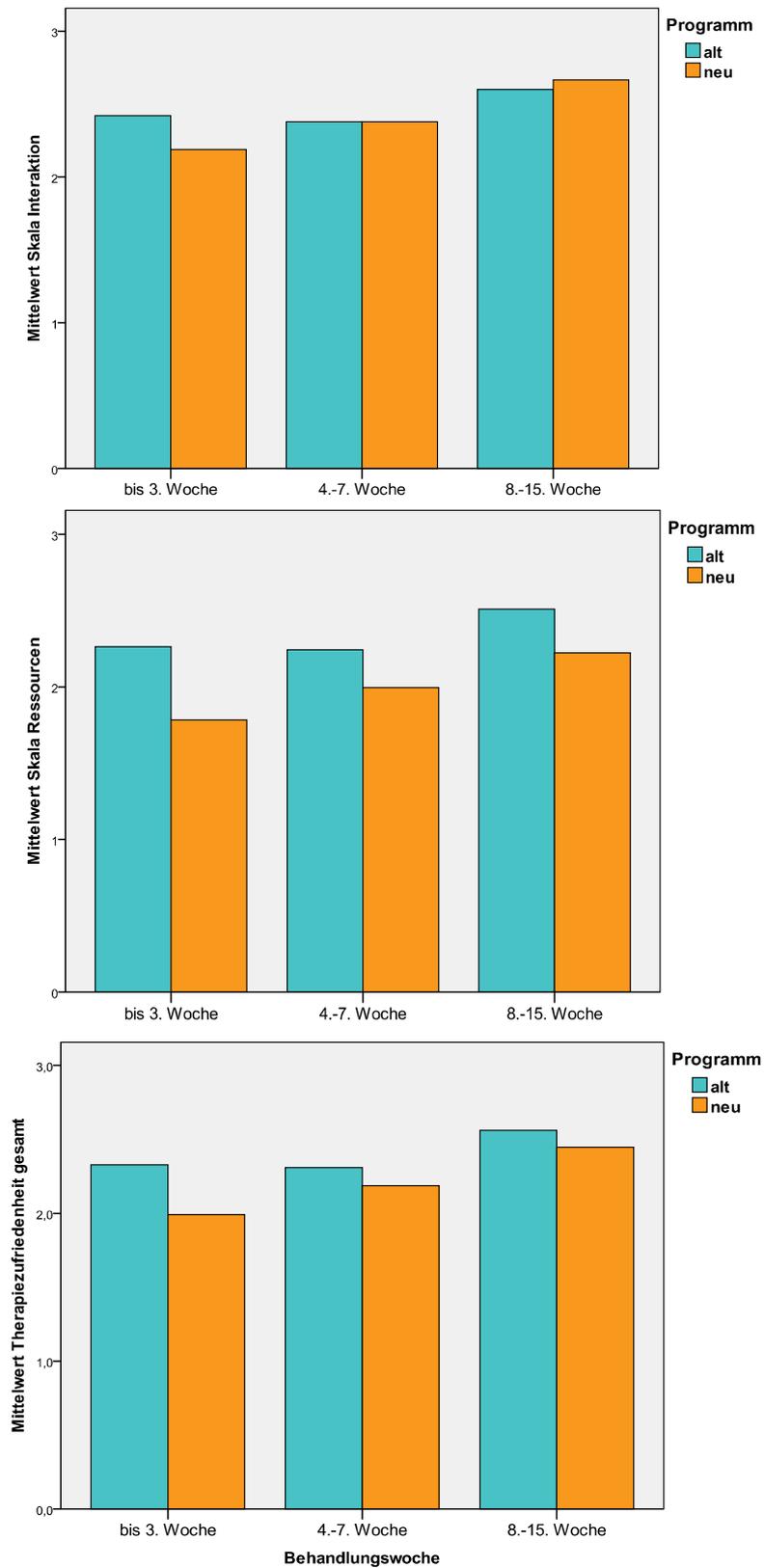


Abbildung 12: Vergleich der Beurteilungen des alten und neuen Programmes in Abhängigkeit von der Therapieerfahrung

Um die Effekte der Faktoren „Programm“ und „Behandlungsdauer“ (3 Gruppen) auf die Beurteilungsmaße gleichzeitig zu testen, wurden 2-faktorielle Varianzanalysen gerechnet:

Für die „Skala Ressourcen“ als abhängige Variable ergaben sich jeweils signifikant höhere Werte derjenigen Bögen, die aus der fortgeschrittenen Behandlung beider Programme stammten ($p = 0,032$); im alten Programm waren die Werte über die Behandlungsdauer hinweg signifikant höher als im neuen Programm ($p = 0,002$). Es gab keine Wechselwirkungen der beiden Faktoren „Programm“ und „Behandlungsdauer“ ($p = 0,648$).

Die „Skala Interaktion“ wurde von Patienten in der fortgeschrittenen Behandlung beider Programme signifikant höher evaluiert ($p = 0,014$). Es gab keinen signifikanten Unterschied in der Bewertung der Programme ($p = 0,563$) und keine Wechselwirkungen der beiden Faktoren „Programm“ und „Behandlungsdauer“ ($p = 0,406$).

Auch für den Gesamtwert „Therapiezufriedenheit“ zeigte sich in der fortgeschrittenen Behandlung eine signifikant bessere Bewertung ($p = 0,007$). Die Bewertung des alten Programmes war gegenüber dem neuen Programm signifikant besser ($p = 0,036$). Es gab keine Wechselwirkungen der beiden Faktoren „Programm“ und „Behandlungsdauer“ ($p = 0,523$).

3.4.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Bei der Betrachtung der Ergebnisse fiel auf, dass die Gesamtbewertung des alten Programmes insgesamt über die gesamte Behandlungsdauer (ohne Berücksichtigung des Fortschrittes der Therapie) gemittelt positiver ausfiel, als die Bewertung des neuen Programmes. Insbesondere die nach Ressourcen fragenden Beurteilungskriterien waren hier signifikant (vgl. Tab. 1, S. 57, Abbildung 10 und 11, S. 66).

Bei differenzierterer Analyse zeigte sich, dass das alte Programm über den gesamten Therapieverlauf hinweg gleichmäßig hohe, statische Ergebnisse erzielte, während im Verlauf des neuen Programmes, das in der Anfangsphase der Therapie noch schlechtere Ergebnisse erzielte, eine Dynamik entstand, sodass sich die anfangs noch negativeren Beurteilungen im Laufe der Therapie deutlich ins Positive steigerten (vgl. Tab. 2a, S. 58, Abbildung 12, S. 69).

Es konnte festgestellt werden, dass sich die Ergebnisse über den Behandlungszeitraum hinweg dergestalt veränderten, dass sich gegen Ende der Therapie äquivalent hohe Werte in beiden Programmen finden ließen (vgl. Tab. 2b, S. 68).

In der Berechnung einer 2-faktoriellen Anova ließ sich zeigen, dass es in beiden Programmen gemeinsam zu einem signifikanten Anstieg in der Bewertung der Faktoren und des Gesamtwertes ohne Wechselwirkungen mit der Behandlungswoche kam.

Im Themenvergleich der beiden Programme konnte festgestellt werden, dass es im alten Programm sowohl signifikant positivere wie signifikant negativere Inhalte des Themenkataloges gab, während das neue Programm eine homogenere, nicht signifikant unterschiedliche Zusammenstellung von Spielinterventionen darstellte. Während also beim alten Programm eine Selektion von geeigneten und ungeeigneten Interventionen aufgrund der Statistik möglich und empfehlenswert erscheint, gibt es im neuen Programm keinen evidenten Hinweis dafür, dass einzelne Interventionen besser funktionieren als andere (vgl. Tab. 3, S. 60).

3.5 Diskussion

Inwieweit die Umsetzung des kreativ-assoziativen Ansatzes der Ressourcenförderung durch Spielinterventionen gelungen ist, soll zunächst anhand des Abgleichs der Ergebnisse mit den Hypothesen überprüft werden.

Eine pauschale Aussage lässt sich aus den ausgewerteten Daten zunächst nicht ableiten, da sich die Ergebnisse je nach Standpunkt unterschiedlich interpretieren lassen, insbesondere im Hinblick darauf, ob der Gesamtwert über alle Termine gemittelt oder ein angedeuteter Therapieverlauf betrachtet werden. Wie schon in der Studie zu Coping von Herrmann et al. (2005) wird deutlich, dass es eines komplexeren Studiendesigns bedarf, um einem derart multidimensionalen Geschehen gerecht zu werden.

Die erste Hypothese zielte darauf ab, dass Spielinterventionen zu einer Ressourcenförderung beitragen. Dies sollte mit durchweg positiven Ergebnissen in der Evaluation belegt werden. Es zeigten sich jedoch lediglich Werte um die Mitte der Skala herum, zwar in der Tendenz, aber nicht einschlägig positive Ergebnisse, sodass diese Hypothese einer weiteren differenzierten Untersuchung bedurfte. Hier wurde bei der genaueren Betrachtung des Begriffs der „Förderung“ die Bedeutung der zeitlichen Komponente genauer berücksichtigt, die in der Studie zwar nur ansatzweise – da nicht zu einem Individuum zuordenbar – erfasst, aber durchaus durch die Zuweisung zu einer Behandlungswoche beobachtbar war. Unter diesem Aspekt wurde deutlich, dass sich die Ressourcenförderung durch die Spielinterventionen über den Therapieverlauf hinweg steigerte und zu zunehmend besseren Ergebnissen führte. Die Studienergebnisse von Kersting et al. (2002) zeigen, dass für den Therapieeffekt die positive Veränderung über den Therapieverlauf entscheidend ist, sodass es durchaus berechtigt erscheint die erste Hypothese, nämlich die postulierte Förderung der Ressourcen durch metaphernbasierte Spiele, als bestätigt zu betrachten.

Bei der Prüfung der zweiten Hypothese – nach welcher das Konzept der Spiele zur Ressourcenförderung klare Vorteile gegenüber dem alten, bunt durchmischten

Programm zeige – ergab sich von neuem die Frage, ob zur Beurteilung der durchschnittliche Gesamtwert über alle Evaluationen oder eine nach Therapieabschnitten unterteilte Messung herangezogen werden sollten. Der Vergleich der gemittelten Werte zeigte ähnliche Ergebnisse für beide Programme, wobei das alte Programm in allen Beurteilungskriterien, die sich signifikant unterschieden, jeweils besser abschnitt. Bei Betrachtung der Entwicklung über den Therapieverlauf hinweg zeigte das alte Programm nahezu keine Veränderung, während die Bewertungen für das neue Programm von Abschnitt zu Abschnitt besser wurden. Bei gesonderter Betrachtung derjenigen Patienten, die am weitesten in der Therapie fortgeschritten waren, zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Programmen mehr. So konnte festgestellt werden, dass das alte Programm konstant hohe Werte, jedoch statische Werte aufwies, während sich die Bewertungen der Spielinterventionen des neuen Programmes von anfänglich schlechteren zu gegen Ende der Therapie hin äquivalent hohen Werten entwickelten. Dieser Gesichtspunkt der Entwicklung schien – ebenfalls im Hinblick auf die zeitliche Dimension des Begriffs der „Ressourcenförderung“ – zumindest ein klarer Hinweis auf einen möglichen Vorteil, wenn auch eine definitive Bestätigung wegen der fehlenden Zuordenbarkeit aussteht. So lässt sich konstatieren, dass sich unter differenzierter Betrachtung auch die zweite Hypothese bestätigen ließ.

Die dritte Hypothese – dass eine Optimierung beziehungsweise Neuzusammenstellung des Interventionskataloges für beide Programme im Sinne einer Homogenisierung des Angebotes möglich sei – konnte so nicht vollständig bestätigt werden. Zwar ließe sich für das alte, durchmischte Programm eine derartige Neuzusammenstellung durch Selektion der am besten funktionierenden Interventionen erzielen, da zwischen den Interventionen signifikante Unterschiede beobachtet werden konnten, im neuen Programm jedoch, das den therapeutischen Zielen insgesamt besser nachkam, ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Interventionen feststellen. So erscheint eine Optimierung im Sinne einer Neuzusammenstellung bestenfalls aufgrund klinischer, erfahrungsfundierter Überlegungen, nicht jedoch aufgrund der Statistik sinnvoll. Insgesamt kann jedoch die Erneuerung des Programmes

an sich von einem durchmischten Programm hin zu einem kreativen, spielerischen Modell der Ressourcenförderung durchaus als Optimierung interpretiert werden.

Dem Charakter einer Pilotstudie entsprechend gab es in der Durchführung der Studie durchaus einige kritische Momente, die im Folgenden diskutiert werden sollen.

So birgt bereits das erstmals eingesetzte Messinstrument eine erhebliche Unsicherheit, was die Qualität der erhobenen Daten anbelangt, und warf schon zu Beginn einige Fragen auf: Lässt sich eine Wirkung auf die Psyche mit dem Verstand beurteilen, oder bewertet der Verstand vor allem kognitive Aspekte der Interventionen als relevant? Sind kognitive Fragen und Antworten hier überhaupt möglich bzw. passend? Oder ist die positive Regung der Seele der eigentliche Erfolg? Müsste man die Mimik filmen, statt einen Evaluationsbogen ausfüllen zu lassen? So erscheint es fraglich, inwieweit eine Selbsteinschätzung der Patienten überhaupt möglich ist, inwieweit tatsächlich die „Ressourcenförderung“ gemessen werden kann anhand dieses subjektiven, auf der kognitiven Ebene messenden Fragebogens. Hier kann auf den Diskussionsbeitrag von Dick und Kringler (2007) hingewiesen werden, die in der therapeutischen Forschung nach Methoden verlangen, die die Standards und die Forderung nach „Evidenz“ nicht direkt an denen der Pharmaforschung messen und diese zu übernehmen versuchen, sondern die geeignet sind zur Beurteilung von Therapie in der klinischen Praxis.

In ihrer differenzierten Auseinandersetzung zur evidenzbasierten Medizin konstatieren Henningsen und Rudolf (2000): „Verkürzt gesagt hat sich hier im Zuge der Kodifizierung von EBM als spezifischer Methodik eine Bewertungshierarchie herausgebildet, an deren Spitze experimentelle vergleichende Therapiestudien mit randomisierter Patientenzuweisung (randomized controlled trials, RCT) als der Goldstandard externer Evidenzen und an deren Ende die Expertenmeinungen und Kasuistiken stehen. Ihre historische Wurzel hat diese Hierarchie der Evidenzen in der Bewertung von pharmakologischen Behandlungen und der dort notorischen Schwierigkeit, Wirkstoff- und Placeboeffekt zu unterscheiden.“ Im weiteren Diskurs wird deutlich, dass die begründete Forderung nach evidenzbasierter Medizin zum Scheitern verurteilt ist, wenn nicht die wichtige Grundvoraussetzung erfüllt ist, dass „der Gegenstand und die

Randbedingungen angemessen sind“. Gleichzeitig ist der möglichst objektive Nachweis der Wirksamkeit aber eine Forderung des Gesundheitswesens, ohne welches die finanziellen Mittel einer Therapie nicht zur Verfügung stehen (Henningsen & Rudolf, 2000).

Um eine Brücke zu schlagen von der subjektiven Empfindung zur Messbarkeit, wurde ein Fragebogen entworfen, der den Transfer bestmöglich gestatten sollte. In diesem Sinne lässt sich erklären, weshalb die Daten zum einen „schwach“ weil „neuartig“ wirken, weshalb es aber durchaus notwendig erschien, eine derartige Studie durchzuführen, einen Fragebogen „maßzuschneidern“ und parallel zur klinischen Beobachtung ein relativ objektives Messinstrument einzusetzen.

Schiepek et al. (2001) wissen um das Problem der Objektivität, wenn sie kommentierend zu Ihrem Ressourceninventar (RI) erklären: „Es kann beim RI bei allen Selbstbeurteilungsskalen nur um subjektive Einschätzungen, um die eigene Wahrnehmung gehen, nicht um ein wie immer zu beurteilendes „objektives“ Vorhandensein einer Ressource. Eine Ressource ist dann eine Ressource, wenn sie als solche wahrgenommen wird.“ Darin wird deutlich, dass eine subjektiv-persönliche und darin nicht objektivierbare Komponente bei der Messung von Ressourcen letztlich kaum eliminiert werden kann.

Es gibt folglich einige grundsätzliche Besonderheiten in der therapeutischen Forschung, die die Ergebnisse durch das dennoch notwendige Studien-Design relativieren.

Die Ergebnisse des eingesetzten Messinstrumentes lassen wiederum individuell gesehen sowohl eine gewisse Interpretation der Ressourcenkonstellation des Probanden zu, als auch in der Gesamtheit betrachtet und mit anderen Gruppenstunden verglichen eine Aussage über die Qualität der Intervention treffen. Aufgrund der Doppeldeutbarkeit muss der Fragebogen insbesondere dahingehend kritisiert werden, dass ein Confounding aufgrund der individuellen Konstitution der Patienten geschehen kann. Dies wurde durch eine möglichst hohe Probanden- und Fragebogenzahl auszugleichen versucht.

Zu bedenken ist auch, inwieweit bei der Datenauswertung eine Teilung der Items in einen Ressourcen- und einen Interaktionsfaktor vor dem Hintergrund gerechtfertigt erscheint, dass auch Interaktionsfähigkeit als Ressource betrachtet werden kann. Insbesondere interessant wird diese Frage, wenn die Differenz der Daten betrachtet wird – hier kann das alte Programm in der Durchschnittsbewertung vor allem mit der „Ressourcenskala“ punkten, wohingegen der Unterschied der „Interaktionsskala“ deutlich geringer und nicht signifikant ausfällt. Auch die durchmischte Zusammenstellung des alten Programmes ist in diesem Zusammenhang kritisch zu betrachten, da hier auch Skillstraining und Psychoedukation stattfanden, die gerade bei den Items „Hilfreich aktuell“ und „Hilfreich für die Zukunft“ im Hinblick auf eine kognitiv beeinflusste, positive Bewertung überlegen sein könnten.

Ein weiterer, bereits oben erwähnter, möglicher Kritikpunkt an dem Messinstrument ist die anonymisierte Erhebung der Daten, die keine persönliche Zuordenbarkeit zulässt und somit zu einer interventions- und nicht zu einer patientenbezogenen Evaluation führt. Dies ließ sich aufgrund des Studiendesigns nicht vermeiden, da sonst ein sozial-erwünschtes Antwortverhalten hätte befürchtet werden müssen.

Ein weiteres kritisches Moment der Studie betrifft den Erhebungszeitpunkt. Zum einen ist nicht gesichert, dass eine Evaluation direkt im Anschluss an eine Intervention hinreichend Aufschluss über deren Wirkung geben kann, zum anderen ist durch die anonymisierte Durchführung eine Nachverfolgung beziehungsweise spätere Zweiterhebung nicht möglich. Hierzu sei auf die Forschungsergebnisse von Kersting et al. (2002) verwiesen, die auch die Bedeutsamkeit der Bewertung anhand des Therapieverlaufs unterstreichen, wie sie bei der hier beschriebenen Studie erfolgte, und welche bei denjenigen Patienten, die über die Therapie hinweg zunehmend bessere Ergebnisse erzielten, auch in der Nachverfolgung die nachhaltigeren Effekte feststellten.

Ebenfalls kritisch betrachtet werden sollten die möglichen Störvariablen, die sich dadurch ergeben, dass eine Differenzierung zwischen Programmierer, Durchführendem und Auswerter nicht möglich war. Zudem erfolgte das Programm parallel zur anderweitig durchgeführten Therapie der Tagesklinik und die Gruppe war

über durchschnittlich fünf bis sechs Interventionen hinweg aus identischen Teilnehmern zusammengesetzt.

Durch das Überbrückungsproblem (Steyer & Eid, 2001), also den Transfer des „Zu Messenden“ in die Schablone des „Messinstrumentes“ entsteht eine fragliche Bewertbarkeit der Variablen, ebenso aus der Schwierigkeit der subjektiven Beurteilung durch die Patienten und die Problematik der Selbstbeobachtung, die von Motivation, Kooperationsbereitschaft und Offenheit der Person abhängt (Beller, 2004). Auch die individuelle Motivation der Probanden hatte aus therapeutisch-klinischer Beobachtung einen großen Einfluss auf die Ressourcenförderung, da es zunächst nötig war, sich ganz auf die Spielsituation einzulassen. Bereits Müller et al. (2007) stellten in ihrer Studie mit traumatisierten Patienten fest, dass eine „ausreichende Toleranz des Gruppensettings“ von grundlegender Bedeutung ist. Da die Teilnahme an der Ressourcengruppe jedoch im Sinne des Therapievertrages der Tagesklinik vereinbart war, war die Rekrutierung der Teilnehmer nicht vollständig freiwillig, sondern ergab sich als Teil des Therapieprogrammes. Diese „Fremdrekrutierung“ mag mit der Motivation auch die Ergebnisqualität der Therapie und damit der Studie geschwächt haben. Die oben erwähnten Störvariablen ließen sich aufgrund der begrenzten Größe der Studie, des Therapierahmens und der Neuartigkeit des Konzeptes nicht vermeiden, sollten aber bei weiteren Untersuchungen mit berücksichtigt werden.

Für künftige Evaluationen kann eine Einteilung der Patienten in unterschiedliche Therapiegruppen sinnvoll sein, bei denen das Maß der Freiheitsgrade der Spiele auf das Bedürfnis der Patienten nach Sicherheit, oder hinsichtlich der bereits etablierten Veränderungsbereitschaft abgestimmt wird. Aus den Daten geht hervor, dass mit zunehmendem Behandlungsfortschritt auch die Akzeptanz der Spiele stieg. Aus klinischer Erfahrung könnte das insbesondere daran liegen, dass die eingesetzten Spiele, insbesondere im Vergleich zu dem alten, durchmischten Programm, ein hohes Maß an Freiheitsmomenten aufweisen, welche zwar viel Raum zur Entfaltung und Förderung der Ressourcen bieten, möglicherweise aber eine Überforderung für Therapieanfänger darstellen könnten.

Es bleibt festzuhalten, dass alle gemessenen Veränderungen abhängig sind vom Beobachter, der seine eigene Schablone – im Falle dieser Studie einen Fragebogen – auflegt, die auch nur im weitesten Sinne Erwartetes zu erfassen im Stande ist. Gerade deshalb ist es unbedingt nötig auch in der Forschung spielerische Kreativität – zumindest zur Entwicklung neuer Erfassungsmöglichkeiten – als Ressource zu etablieren.

Trotz der Hindernisse, die eine derartige Studie mit sich bringt, die Neuland betritt und versucht einem Konzept gerecht zu werden, das sich selbst noch am Anfang befindet, lassen sich durchaus positive Ergebnisse festhalten:

Der Weg der Ressourcenförderung durch kreativ-spielerische Interventionen ist nicht nur möglich, er ist auch durchaus lohnenswert, bereichernd und erfolgreich.

4 Ausblick

Derzeit wird das neuentwickelte Therapiekonzept der Interventionsspiele in der Gruppentherapie zur Ressourcenförderung in der Tagesklinik weitergeführt. Inzwischen hat ein Therapeutenwechsel stattgefunden – aufgrund des ausgearbeiteten Manuals war dies gut möglich. Dennoch ist eine ausreichende Supervision der Therapeuten von großer Bedeutung, da das Spiel häufig Konfliktpotential birgt, oder dieses in der Gruppe entsteht, was zwar einerseits die Chance auf Veränderung mit sich bringt, gleichzeitig aber besonders von Seiten der Therapeuten gute Gruppenleitungs- und Mediationsfähigkeiten erfordert. Es wird nach kurzzeitigem Aussetzen des Angebotes und anfänglichen Startschwierigkeiten, die an der Identifikation der Therapeuten mit den Spielinterventionen gelegen haben mögen, nun von einer sehr positiven Resonanz berichtet. Der therapeutische Wert wird klinisch als hoch eingestuft. Insbesondere Spiele, mit denen sich die Therapeuten gut identifizieren konnten, oder auch solche, die von der Gruppe gewünscht wurden oder die die Therapeuten selbst dem Katalog an Interventionen anfügten, verliefen besonders effektiv. Dies macht die Bedeutung der positiven, ressourcenorientierten therapeutischen Haltung deutlich, wie sie bereits von Grawe (1999) eindrücklich beschrieben und gefordert wurde.

Es ist augenscheinlich, dass Patienten, die sich selbst rekrutieren, mehr von einer Therapie profitieren als solche, die fremdrekutiert, also der Therapie zugeteilt werden (Kühner, 2003). Möglicherweise könnten Patienten davon profitieren, wenn sie vor der Zuteilung in die ressourcenfördernde Gruppentherapie zunächst ein Selektionsverfahren durchlaufen würden, das testet, ob sie für eine „erlebnisaktivierende therapeutische Methode“ besonders geeignet sind. Dazu würde sich beispielsweise die von Wolf und Bongartz (2009) überprüfte BER („Bestimmung des Emotionalen Ressourcenpotentials“) (Bongartz, 2003) anbieten.

Eine weitere Idee, die sich im Laufe der Erprobung der Ressourcengruppe ergab, ist die, nicht mehr nur eine Gruppenstunde für alle Patienten gemeinsam anzubieten,

sondern mehrere Gruppen einzurichten, die vom Inhalt her dem Fortschritt der Patienten angemessen sind, da besonders in der anfänglichen Stabilisierungsphase ein von Verlässlichkeit und Sicherheit als Grundvoraussetzungen bestimmter therapeutischer Rahmen notwendig ist (Sack, 2007). So wäre beispielsweise eine Einteilung der Spiele nach ihren Freiheitsgraden (Buland, 1997) zu erwägen, die es ermöglichen würde, Patienten, die ein hohes Maß an Strukturbedürftigkeit zur Stabilisierung haben, Spiele mit weniger Freiheitsgraden anzubieten. Patienten, die bereits ein größeres Maß an Belastbarkeit und kreativer Veränderungsbereitschaft mitbringen, könnten dagegen durch Spiele mit einer höheren Anzahl an Freiheitsgraden gefordert und gefördert werden. Alternativ dazu könnten Spiele grundsätzlich erst im fortgeschrittenen Therapiestadium eingesetzt werden. Beide Wege würden auch eine motivierende und heilungsorientierte Komponente für die Patienten bedeuten.

Von Interesse in Bezug auf die weitere Forschung wären eine Nachverfolgung und die Erwägung eines anderen Zeitpunkts zur Erhebung der Messung. Auch ein paralleler Abgleich mit anderen Messinstrumenten der Ressourcenförderung wäre wünschenswert.

Grundsätzlich wäre die Konzeption einer angemesseneren Methode angebracht, die geeignet ist, die Förderung der Ressourcen auf allen drei von Sack (2007) beschriebenen Ebenen – der biologischen, der internalen und der externalen – zu erfassen.

Sowohl für die Studiendurchführung, als auch für den Einsatz von kreativ-spielerischen Interventionen zur Ressourcenförderung bleiben demnach noch viele Möglichkeiten einer zukünftigen Forschung sowie der theoretischen und praktisch-therapeutischen Weiterentwicklung.

5 Zusammenfassung

Überblick:

Ziel war es, den inzwischen vielfach in der Theorie belegten salutogenetischen Nutzen von Ressourcen in die Praxis umzusetzen und zu erproben. Da im Spiel viele Ressourcen zum Einsatz kommen, wurde nach einem Überblick der derzeitigen wissenschaftlichen Literatur ein interventionelles Gruppentherapieprogramm zur Förderung von Ressourcen in Form von metaphernbasierten Spielen erstellt, im tagesklinischen Setting erprobt und durch Evaluation mit dem vorangehenden, vorwiegend verhaltenstherapeutischen Konzept verglichen.

Fragestellungen:

1. Eignen sich metaphernbasierte Spiele zur Ressourcenförderung? Das bedeutet im Sinne dieser Studie: Fördern Spiele Ressourcen und die Interaktion in der Gruppentherapie, führen sie zu einer gesteigerten Therapiezufriedenheit?
2. Zeigt eines der beiden eingesetzten Therapiekonzepte zur Ressourcenförderung – das alte, durchmischte Programm, oder das neue, auf Spielen basierende Programm – klare Vorteile gegenüber dem anderen?
3. Lässt sich der Interventionskatalog der beiden Konzepte jeweils durch internen Programmvergleich optimieren oder eine verbesserte Neuzusammenstellung erzielen?

Methode:

Zunächst wurde das alte, dann das neue Programm im tagesklinischen Setting durchgeführt. Im Anschluss an die Interventionen wurden diese jeweils mittels eines Fragebogens durch die Patienten bewertet. Die erhobenen Daten wurden schließlich ausgewertet.

Ergebnisse:

Metaphernbasierte Spiele eignen sich für die Ressourcenförderung. Das alte Programm zeigt im Mittel bessere Ergebnisse, das neue, auf Spielen basierende Programm weist dagegen eine signifikante Verbesserung der Ressourcenförderung über den Therapieverlauf auf, führt also zu einer Entwicklung und ist durch diesen prozessualen Ansatz von Vorteil. Der Interventionskatalog des alten Programmes ist in Bezug auf die Bewertung der einzelnen Interventionen inhomogen und verbesserungswürdig, der des neuen ist dagegen homogen und strukturiert.

Schlussfolgerung:

Der Wert ressourcenorientierter Gruppeninterventionen in Form von Spielen wird als hoch eingestuft, da der Ansatz prozessorientiert ist und eine zunehmende Akzeptanz im Sinne einer besseren Bewertung mit Fortschritt der Therapie auffällt. Neben Flexibilität und Supervision des ressourcenorientierten Vorgehens der Therapeuten, scheint insbesondere die spezifische Einteilung der Patienten nach Therapiefortschritt in eine angemessene Gruppe von Bedeutung, bei welcher die Abstufung der Spiele nach ihrem Freiheitsgrad (Buland, 1997) dem individuellen Bedürfnis angepasst werden kann.

6 Abbildungsverzeichnis

- Abbildungen 1-9: Verteilungen der 6 Items, der beiden Skalen und des Gesamtwertes Therapiezufriedenheit insgesamt zur visuellen Beurteilung der Abweichungen von einer Normalverteilung* *Seite 54*
- Abbildung 10: Vergleich der Programme hinsichtlich der Beurteilungssiteme* *Seite 66*
- Abbildung 11: Vergleich der Programme hinsichtlich der Beurteilungsskalen und des Gesamtwertes Therapiezufriedenheit* *Seite 66*
- Abbildung 12: Vergleich der Beurteilungen des alten und neuen Programmes in Abhängigkeit von der Therapieerfahrung* *Seite 69*

7 Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1:</i>	<i>Vergleich der Programme hinsichtlich Item- und Faktorenbewertung</i>	<i>Seite 57</i>
<i>Tabelle 2a:</i>	<i>Beurteilung der Programme in Abhängigkeit von der Therapieerfahrung</i>	<i>Seite 58</i>
<i>Tabelle 2b:</i>	<i>Vergleich der Bewertungen der Programme bei therapiefortgeschrittenen Patienten (8. bis 15. Behandlungswoche)</i>	<i>Seite 68</i>
<i>Tabelle 3:</i>	<i>Vergleich der einzelnen Themen hinsichtlich der Beurteilungskriterien Ressourcen, Interaktion und Therapiezufriedenheit gesamt (Heterogenität)</i>	<i>Seite 60</i>
<i>Tabelle 4:</i>	<i>Häufigkeit der Durchführungen der einzelnen Elemente jedes Programmes</i>	<i>Seite 64</i>

8 Literaturverzeichnis

- Ahern, N., Ark, P., & Byers, J. (December 2008). Resilience and coping strategies in adolescents. *Paediatr Nurs*, S. 32-36.
- Albus, C., & Köhle, K. (1994). Gesundheit wiedergewinnen - Konzept für eine salutogenetisch orientierte, ambulante Behandlung von Koronarkranken. In F. Lamprecht, & R. Johnen, *Salutogenese - Ein neues Konzept in der Psychosomatik?* (S. 130-139). Frankfurt (Main): VAS.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese - zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (A. Fanke, Übers.) Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Becker, P. (2006). Ein systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell) der Gesundheit. In P. Becker, *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung* (S. 103-186). Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P., Schulz, P., & Schlotz, W. (2004). Persönlichkeit, chronischer Stress und körperliche Gesundheit. Eine prospektive Studie zur Überprüfung eines systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12 (1), S. 11-23.
- Beckermann, A. (25. August 2011). *Universität Bielefeld*. Abgerufen am 25. August 2011 von Department of Philosophy: [http://www.uni-bielefeld.de/\(en\)/philosophie/personen/beckermann/ls_www.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/(en)/philosophie/personen/beckermann/ls_www.pdf)
- Beller, S. (2004). *Empirisch forschen lernen - Konzepte, Methoden, Fallbeispiele, Tipps* (1. Ausg.). (H. Huber, Hrsg.) Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber.
- Beutel, M. E., Höflich, A., Knickenberg, R. J., Subic-Wrana, C., & Michal, M. (2007). Psychodynamische Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung bei chronisch Schmerzkranken am Beispiel der somatoformen Schmerzstörung. *Psychotherapie*, 12 (1), S. 94-100.
- Bongartz, W. (2003). *BER - Bestimmung des emotionalen Ressourcenpotentials*. Abgerufen am 22. März 2011 von <http://www.uni-konstanz.de/bongartz/>
- Buland, R. (1997). Die Einteilung der Spiele nach ihren Freiheitsaspekten. In G. G. Bauer, H. Houtman-de Smet, & A. Fiorin, *Homo Ludens - Der spielende Mensch: Jahrgang 1997. Lotto und Lotterie: BD VII* (S. 259-283). München: Katzbichler.
- Collins, M. A., & Amabile, T. M. (1999). Motivation and Creativity. In R. J. Sternberg, *Handbook of Creativity* (S. 297-312). Cambridge: Cambridge University Press.
- Creek, J. (2008). Creative leisure opportunities. *NeuroRehabilitation*, 23 (4), S. 299-304.
- Csikszentmihalyi, M. (1992). *FLOW - das Geheimnis des Glücks*. (A. Charpentier, Übers.) Stuttgart: Klett-Cotta.

- Csikszentmihalyi, M. (1988). The flow experience and its significance for human psychology. In M. Csikszentmihalyi, & I. S. Csikszentmihalyi, *Optimal experience: Psychological studies of flow in consciousness* (S. 3-35). Cambridge University Press: Cambridge.
- Dick, F., & Kringler, W. (2007). Evidenzbasierung, Methodik, therapeutische Freiheit und Kreativität. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 18 (1), S. 41-54.
- Dürr, H. P. (2009). *Warum es ums Ganze geht - Neues Denken für eine Welt im Umbruch*. München: oekom verlag.
- Earvolino-Ramirez, M. (April-June 2007). Resilience: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 42 (2), S. 73-82.
- Fabregat, M., & Krause, R. (2008). Metaphern und Affekt: Zusammenwirken im therapeutischen Prozess. *Z Psychosom Med Psychother*, 54, S. 77-88.
- Flückiger, C. (2009). Ressourcenorientierung - Strengths Orientation. *Psychother Psych Med*, 59, S. 234-243.
- Flückiger, C., & Wüsten, G. (2008). *Ressourcenaktivierung : ein Manual für die Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Folkman, S. (2011). Stress, Health, and Coping: Synthesis, Commentary, and Future Directions. In S. Folkman, *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping / edited by Susan Folkman*. (S. 453-462). New York: Oxford University Press.
- Franke, A., & Witte, M. (18. 02 2011). *Leibnitz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID), Behandlungsprogramme*. Abgerufen am 12. Januar 2012 von <http://star2.zpid.de:8080/cgi-bin/starfinder/0?path=none&id=fastbepro&pass=%2A%2A%2A%2A%2A&format=FASTBEPRO&search=ob9eceac715cb8367dbfb5400cebbca19>
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *Int J Methods Psychiatr Res*, 12 (2), S. 65-76.
- Frick, E., & Seidl, O. (2005). Zur Psychosomatik des chronischen orofazialen Schmerzsyndroms - Eine Pilotstudie mithilfe der strukturalen Analyse des sozialen Verhaltens. *Psychother Psych Med*, 5, S. 191-199.
- Gerlach, D., Kulinna, U., & Sack, M. (2009). Entwicklung eines Gruppenangebots zur Aktivierung persönlicher Ressourcen in der psychosomatischen Tagesklinik. *Trauma & Gewalt*, S. 232-239.
- Goetzmann, L., Wagner-Huber, R., Andenmatten-Bärenfaller, M., Günthard, A., Alfare, C., Buddeberg, C., et al. (2006). Gruppentherapie nach Lungentransplantation - erste Erfahrungen mit einer themenzentrierten "Life-Management-Gruppe". *Psychother Psych Med*, 56, S. 272-275.
- Grawe, K., & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung - Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, S. 63-73.
- Gray, J. M. (1998). Putting occupation into practice: Occupation as ends, occupation as means. *American Journal of Occupational Therapy*, 52 (2), S. 354-364.

- Griffths, S. (February 2008). The experience of creative activity as a treatment medium. *Journal of Mental Health, 17* (1), S. 49-63.
- Gromes, B. (2010). Ressourcenaktivierung als therapeutische Zielsetzung. In M. Sack, *Schonende Traumatherapie : ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen ; mit 15 Tabellen / Martin Sack. Unter Mitarb. von Barbara Gromes ; Wolfgang Lempa. Mit einem Geleitw. von Ulrich Sachsse* (S. 61-102). Stuttgart: Schattauer.
- Hanna, R., Fiedler, R. G., Dietrich, H., Greitemann, B., & Heuft, G. (2010). Zielanalyse und Zieloperationalisierung (ZAZO): Evaluation eines Gruppentrainings zur Förderung beruflicher Motivation. *Psychother Psych Med, S. 316-325*.
- Hasenbring, M., Hallner, D., & Klasen, B. (2001). Psychologische Mechanismen im Prozess der Schmerzchronifizierung - Unter- oder überbewertet? *Der Schmerz, 6*, S. 442–447.
- Haug, S., Gabriel, C., Flückiger, C., & Kordy, H. (2010). Ressourcenaktivierung bei Patienten - Wirksamkeit einer Minimalintervention in Internetchatgruppen. *Psychotherapeut, 55*, S. 128-135.
- Hennessey, B. A., & Amabile, T. M. (1988). The conditions of creativity. In R. J. Sternberg, *The Nature of creativity – Contemporary psychological perspectives* (S. 11-12). Cambridge: Cambridge University Press.
- Henningsen, P. (5. April 2007). *Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München - Information über unser tagesklinisches Behandlungsprogramm*. Abgerufen am 18. Februar 2010 von http://www.med.tu-muenchen.de/de/gesundheitsversorgung/kliniken/psychosomatik/pdf/Flyer_Tagesklinik.pdf
- Henningsen, P., & Rudolf, G. (2000). Zur Bedeutung der Evidencebased Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. *Psychother Psychosom med Psychol, 50*, S. 366-375.
- Herrmann, U., Rose, M., Klapp, B. F., & Fliege, H. (2005). Personale Ressourcen und Coping von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 2*, S. 59-65.
- Holm-Hadulla, R. M. (2005). *Kreativität – Konzept und Lebensstil*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.KG.
- Kersting, A., Reutemann, M., Staats, H., Ohrmann, P., Suslow, T., & Arolt, V. (2002). Wirkfaktoren ambulanter Gruppentherapie - Zur prädiktiven Validität des Gruppenerfahrungsbogens (GEB). *Psychother Psych Med, 52*, S. 294-301.
- Kühner, C. (2003). Das Gruppenprogramm «Depression bewältigen» und seine Varianten – eine aktualisierte Metaanalyse. *Verhaltenstherapie, 13*, S. 254–262.
- Kutschera, F. v. (1993). *Die falsche Objektivität* (Bd. Philosophie und Wissenschaft; Bd. 1). Berlin; New York: de Gruyter.
- 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, S. 226-243*.

- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health, 59*, S. 440-442.
- Mattheß, H., & Sack, M. (2010). Bewährte und nützliche Strategien in der Behandlung von Patienten mit komplexen dissoziativen Störungen. *Persönlichkeitsstörungen, 14*, S. 104–116.
- Morgan, M. L., & Wampler, K. S. (June 2003). Fostering Client Creativity In Family Therapy: A Process Research Study. *Contemporary Family Therapy, 25* (2), S. 207-228.
- Müller, C., Teschner, M., Assaloni, H., Kraemer, B., Schnyder, U., & Rufer, M. (22.. Juni 2007). Eine ambulante Stabilisierungsgruppe zur Verbesserung der Emotionsregulation bei komplexen posttraumatischen Störungen. *Psychother Psych Med, 57*, S. 364-372.
- Nickerson, R. S. (1999). Enhancing Creativity. In R. J. Sternberg, *Handbook of Creativity* (S. 392-430). Cambridge: Cambridge University Press.
- Petermann, F., & Schmidt, M. (2006). Ressourcen – Ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie. *Kindheit und Entwicklung, 15* (2), S. 118-127.
- Petzold, H. G. (1997). Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie, 4*, S. 435-471.
- Philippe, F. L., Lecours, S., & Beaulieu-Pelletier, G. (February 2009). Resilience and Positive Emotions: Examining the Role of Emotional Memories. *Journal of Personality, 77* (1), S. 139-176.
- Pohlentz, G. (1977). *Das parallelistische Fehlverständnis des Physischen und des Psychischen* (Bde. Monographien zur philosophischen Forschung, Bd. 155). Meisenheim am Glan: Verlag Anton Hain.
- Reimann, S. (2006). Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell. In B. Renneberg, & P. Hammelstein, *Gesundheitspsychologie* (S. 23-28). Heidelberg: Springer.
- Riemer, C. (2009). *Playing Arts*. Abgerufen am 7. Februar 2011 von <http://www.playing-arts.de/index.php>
- Russ, S. W. (1998). Play, Creativity, and Adaptive Functioning: Implications for Play Interventions. *Journal of Clinical Psychology, 27* (4), S. 469-480.
- Sack, M. (2010). *Schonende Traumatherapie : ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen ; mit 15 Tabellen / Martin Sack. Unter Mitarb. von Barbara Gromes ; Wolfgang Lempa. Mit einem Geleitw. von Ulrich Sachsse*. Stuttgart: Schattauer.
- Sack, M. (2007). Überlegungen zu einer ressourcenorientierten Behandlung traumatisierter Patienten. In F. Lamprecht, *Wohin entwickelt sich die Traumatherapie? Bewährte Ansätze und neue Perspektiven / Friedhelm Lamprecht (Hrsg.)* (S. 165-175). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sack, M., & Lamprecht, F. (1994). Lässt sich der "sense of coherence" durch Psychotherapie beeinflussen? In F. Lamprecht, & R. Johnen, *Salutogenese - Ein neues Konzept in der Psychosomatik?* (S. 172-179). Frankfurt (Main): VAS.

- Sack, M., Lahmann, C., Jaeger, B., & Henningsen, P. (November 2007). Trauma Prevalence and Somatoform Symptoms - Are There Specific Somatoform Symptoms Related to Traumatic Experiences? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195 (11), S. 928-933.
- Sack, M., Lempa, W., Steinmetz, A., Lamprecht, F., & Hofmann, A. (2008). Alterations in autonomic tone during trauma exposure using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) — Results of a preliminary investigation. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, S. 1264-1271.
- Schaller, J., & Schemmel, H. (2003). Ressourcen - Zum Stand der Dinge in Forschung und Praxis. In H. Schemmel, & J. Schaller, *Ressourcen - Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (S. 575-593). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Scharnhorst, J. (2008). Resilienz – neue Arbeitsbedingungen erfordern neue Fähigkeiten. In BDP (Hrsg.), *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland* (S. 51-55). Berlin.
- Schemmel, H., & Schaller, J. (2003). *Ressourcen – Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Schiepek, G., & Cremers, S. (2003). Ressourcenorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie. In H. Schemmel, & J. Schaller, *Ressourcen – Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (S. 147-192). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Schiepek, G., Noichl, F., Tischer, D., Honermann, H., & Elbing, E. (2001). Stationäre Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten - Evaluation eines systemischEvaluation eines systemisch-ressourcenorientierten Konzepts. *Psychotherapeut*, 46, S. 243–251.
- Schultz-Venrath, U. (2008). Mentalisierungsgestützte Gruppenpsychotherapie - Zur Veränderung therapeutischer Interventionsspiele. *Gruppenpsychother. Gruppendynamik*, 44, S. 135-149.
- Seemann, H., Franck, G., Ochs, M., Verres, R., & Schweitzer, J. (2002). Chronifizierungsprävention primärer Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen. Evaluation einer lösungsorientierten Gruppentherapie in der ambulanten Versorgung. *Kindheit und Entwicklung*, 3, S. 185-197.
- Seidler, E., & Leven, K.-H. (2003). *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege (7., überarbeitete und erweiterte Auflage)*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Smith, E., & Grawe, K. (2003). Die funktionale Rolle von Ressourcenaktivierung für therapeutische Veränderungen. In H. S. Schemmel, *Ressourcen – Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (S. 111-122). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Steyer, R., & Eid, M. (2001). *Messen und Testen*. Berlin: Springer.
- Strauß, B. (2007). Entwicklungen in der stationären Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychother. Gruppendynamik*, 43, S. 145-149.
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping Resources, Coping Processes, and Mental Health. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 3, S. 377-401.
- Tengland, P.-A. (2001). *Mental Health: A Philosophical Analysis (International Library of Ethics, Law, and the New Medicine)*. Netherlands: Springer.

Uexküll, T. v. (2003). Psychosomatische Medizin ist Humanmedizin - Argumente im Spannungsfeld von Berufspolitik, Menschenbild und ärztlicher Verantwortung. In R. H. Adler, J. M. Herrmann, K. Köhle, W. Langewitz, O. W. Schonecke, T. v. Uexküll, et al., *Uexküll Psychosomatische Medizin : Modelle ärztlichen Denkens und Handelns (6. Auflage)* (S. 1339-1350). München, Jena: Urban & Fischer Verlag.

Volpel, K. W. (1992). *Interaktionsspiele für Jugendliche. Affektives Lernen für 12- bis 21-jährige: Interaktionsspiele für Jugendliche 1-4: 4 Teile*. Salzhausen: iskopress.

Winnicott, D. W. (1973). *Vom Spiel zur Kreativität*. (M. Ermann, Übers.) Stuttgart: Ernst Klett Verlag.

Wolf, M., & Bongartz, W. (2009). Die "Bestimmung des emotionalen Ressourcenpotentials (BER)" - Psychometrische Überprüfung eines Tests zur Erfassung individueller Erfahrungsmöglichkeiten. *Psychother Psych Med*, 59, S. 5-13.

9 Anhang: Therapeutisches Manual

SPIELE ZUR RESSOURCENFÖRDERUNG

Erstellt von: Lina Kahan, mit Beiträgen von Dr. Daniel Gerlach

Vorspiel

Der Versuch, Spiele zur Ressourcenförderung einzusetzen, widerspricht insofern dem Wesen des Spiels, als sich dieses vor allem durch seine Zwecklosigkeit auszuzeichnen scheint. Sein Motor ist das Vergnügen, das es bereitet, und die Spannung, die durch seinen unvorhersehbaren Verlauf und offenen Ausgang entsteht. Doch sind nicht gerade diese beiden Antriebe Ressourcen? Wenn wir das Vermögen, Vergnügen und Spannung zu erleben, als Haupt-„Zweck“ unserer Spiele definieren und entsprechend Freiraum schaffen, damit sich diese beiden Ressourcen entwickeln können, so besteht die Möglichkeit, dass als „Nebenprodukt“ weitere Ressourcen aufgetan werden und reifen können. Die Interaktion in der Gruppe wird den Bedürfnissen der Mitglieder folgen und von selbst die benötigten Ressourcen an die Oberfläche befördern, thematisieren, bearbeiten und entwickeln. Es wird die Aufgabe des Therapeuten sein, hierfür einen Rahmen zu schaffen und den Selbstheilungskräften und Lösungsansätzen der Gruppe zu vertrauen, ihr so viel Gestaltungsfreiraum als möglich zu geben und nur in Krisensituationen zu intervenieren.

Aus diesen Überlegungen ergeben sich folgende Forderungen:

- Freiwillige Spielteilnahme ist Grundvoraussetzung, um Vergnügen zu erleben und in der Gruppe voranzukommen.
- Es sollte für alle Beteiligten vereinbart werden, dass bei Verlust des Humors eine Spielpause gefordert werden kann, in der z.B. zunächst tief durchgeatmet werden kann.
- Abhängig vom Entwicklungsstand der Gruppe wird die Leitung des Ablaufs des Spieles mehr und mehr vom Therapeuten an die Gruppe übergeben werden können.
- Zusätzlich wird es Aufgabe des Therapeuten sein mit wachen Sinnen die Bedürfnisse der einzelnen Gruppenmitglieder im Auge zu behalten, sodass keine negativen Gefühle entstehen und den „Hauptzweck“ gefährden.
- Auch der Therapeut sollte mit Freude ans Werk gehen, um durch seine positive Grundstimmung die Gruppe zu motivieren und zu bereichern.
- Jedes Spiel ist von vornherein nicht determiniert, die Spielvorschläge im Folgenden sind als Möglichkeiten zu betrachten und lassen sich situationsabhängig anpassen, gerade auch durch die Spieler.

Die „Anleitungen“ beziehungsweise Anregungen zu den Spielen sind in einer möglichst einfachen Sprache formuliert, sodass sie direkt in der Gruppe vorgelesen und gemeinsam durchgeführt werden können. Die dahinterstehenden *kursiv* gedruckten Bemerkungen sollen der „therapeutischen Einsicht“ dienen.

1.

DAS GEHEILTE KIND

Material: Stifte, Papier oder Karteikarten, Sanduhr

Zunächst erstellen die Spieler gemeinsam einen „Arztkoffer“, indem sie auf Karteikarten Hausmittelchen, Strategien und Medikamente schreiben, die bei Krankheit helfen können, und diese auf dem Boden verteilen (alternativ lassen sich die Mittel auch an einer Tafel sammeln). Als Suchfrage eignet sich „Was hat als Kind geholfen, wenn man krank war?“ – z.B. Wärmflasche, Inhalieren, Teesorten, Honigmilch, Schlaf, Reden, Vorgelesen oder eine Geschichte erzählt bekommen, Schreiben, Basteln, Badewanne, Wadenwickel, Handhalten, Gerüche. Je mehr, desto schwieriger!

Nun darf sich ein freiwilliger Spieler auf den „Patientenstuhl“ setzen und ein krankes Kind spielen. Die Sanduhr wird umgedreht und die übrigen Spieler, die nun die Behandler sind, dürfen ihren Patienten zu seinem Befinden befragen, bis die Zeit abgelaufen ist.

Danach schreiben alle – auch das kranke Kind – die drei Maßnahmen aus dem Arztkoffer, die am besten helfen könnten, auf einen geheimen Zettel.

Variante 1: Das kranke Kind liest seine Lösung laut vor und alle, die die richtige Lösung erraten haben und vorlegen können, bekommen drei Punkte, zwei übereinstimmende, also richtige Lösungen bringen zwei, eine richtige Lösung einen Punkt. Das nächste Kind, evtl. ausgewählt von dem nun gesunden Kind, ist an der Reihe.

Variante 2: Es werden zwei Ärzteteams gebildet, jedes Team darf einen Behandlungsvorschlag vorlegen von denen der bessere Vorschlag gewinnt. Die Patienten werden abwechselnd aus beiden Teams gestellt.

Dieses Spiel eignet sich zur Erinnerung an das Gefühl, dass etwas besser werden kann, und zur Aktivierung der Phantasie. Der Bezug zur eigenen Kindheit entspricht der Rückbesinnung auf einen Zustand, in dem es zwar zu Beeinträchtigungen kommen kann, es aber auch einen Lösungsweg aus problematischen Situationen gibt. Aktivierung der Selbstheilungsstrategien, aber auch damit umgehen zu können im Zentrum zu stehen (als krankes Kind), der Rollenwechsel aus der Patienten- in die Arztrolle und somit der Gewinn einer neuen Perspektive sind bei diesem Spiel Wege zur Ent-Chronifizierung und Herausforderungen.

2.

DAS ZUGELAUFENE TIER

Material: (Bunt-)Stifte, Papier oder Karteikarten

Bei diesem Spiel geht es darum, ein verlorenes oder entlaufenes Tier, das ein Mitspieler aus Vorgaben konstruiert, im „Tierheim“ wieder zu finden.

Dafür schreibt zunächst jeder Spieler auf eine Karte Eigenschaften und Fähigkeiten, von denen er glaubt, zu wenige zu haben. „Welche guten Eigenschaften sind Ihnen verloren gegangen, oder welche Eigenschaften hätten Sie gerne oder welche hätten Sie gerne mehr, wie wollen Sie sein?“ Je mehr Angaben gemacht werden, desto besser.

Danach werden die Karten eingesammelt, gemischt und neu verteilt, sodass jeder eine neue Karte erhält, auf der eine Reihe von Eigenschaften steht. Aus diesen Vorgaben erstellen die Spieler nun auf der Rückseite der Karte ein Tier oder Wesen, das diesen Eigenschaften entspricht. Der Phantasie sind keine Grenzen gesetzt – es kann gemalt werden, skizziert, beschrieben. „Um welche Tierart oder welches Wesen handelt es sich, wie sieht es aus, wo lebt es, wie verhält es sich, wie interagiert es mit anderen, was ist sein natürlicher Lebensraum, womit lässt es sich locken?“ Möglicherweise ist es hilfreich diese Fragen bereits auf die Rückseite der Kärtchen zu drucken, oder aber anzuschreiben.

Nun sollte ein Tierheimleiter gewählt werden, der die gestalteten Tiere einsammelt, wobei darauf zu achten ist, dass die Rückseite mit den Eigenschaften verdeckt bleibt. Danach präsentiert der Tierheimleiter die Findlinge der Runde und verteilt sie anschließend auf dem Boden oder Tisch.

Variante 1: Jeder Mitspieler darf nun der Reihe nach den Anspruch auf ein Tier erheben und es an sich nehmen. Diejenigen, die auf der Rückseite ihre eigene Schrift erkennen, dürfen es behalten, die anderen können versuchen, sich ihr Tier zu ertauschen.

Variante 2: Die Tiere bleiben so lange auf dem Boden, bis sich die Gruppe geeinigt hat, wer welches Tier aufnimmt; erst danach kann getauscht werden.

Abschlussrunde: Hat jeder sein Tier gefunden, kann man sich auf die Suche nach dem Ersteller des Tieres machen, ihn nach seinen Überlegungen befragen und gemeinsam klären:

- Entspricht das Tier den Eigenschaften, die sich der Spieler gewünscht hat?
- Möchte der Spieler zu diesem Tier „werden“ bzw. ein solches beherbergen?
- Was müsste verändert werden, damit das Tier passt?

Eine mögliche Hausaufgabe ist das Erstellen eines persönlichen Begleittiers.

Fortsetzung: Die Gruppe teilt sich in zwei Untergruppen. Abwechselnd wird die eine zur „Kommission für artgerechte Haltung“ und hat die Tierkarten, die andere spielt „Tierhalter“ oder „Zoobesitzer“, die ihre Tiere zurückhaben wollen, und andersherum.

Nacheinander treten nun die Tierhalter mit dem Anliegen, ihr gewünschtes Tier zu bekommen, vor die Kommission und unterbreiten ihr einen Vorschlag, wie sie das Tier unterzubringen, zu verpflegen und zu halten gedenken.

Die Kommission zieht sich daraufhin zur Beratung zurück und verteilt Auflagen, die erfüllt werden müssen, z.B. „Erstellen Sie einen Artgenossen, damit das Tier nicht allein ist“, „Fragen sie irgendeine Person, der Sie draußen begegnen, ob Sie ein Tier besitzt und wie Sie es gegebenenfalls hält, um sich Anregungen zu holen oder Sie auf die artgerechte Haltung hinzuweisen“, „Besorgen Sie der Kommission eine Tasse Kaffee, um sie milde zu stimmen“, „Machen Sie einen Purzelbaum, um zu zeigen, dass Sie auch mit dem Tier spielen können“.

Abhängig davon, ob der Antragsteller bereit ist, die Aufgabe zu erfüllen oder nicht, bekommt er von der Kommission das Tier. Dann tauschen die Gruppen.

Möglicher Ausgang: Am Ende gewinnt die Gruppe der Tierhalter, die mehr Tiere „erobert“ hat, den Preis der „Zielstrebigen“ für ihren Kampfwillen und die Einsatzbereitschaft, die andere Gruppe erhält den (Trost-)Preis der „Gutmütigen“, da sie ihren Gegnern die anscheinend einfacheren Aufgaben gestellt hat.

Durch die Selbstreflexion zu Beginn werden die Spieler auf eine innere Suche geschickt; die Gestaltung des Tieres für einen Mitspieler erfordert dagegen Einfühlungsvermögen sowie Produktivität und Kreativität, die im Subtilen auch die Suche nach „Lockmöglichkeiten“ der eigenen, gewünschten Eigenschaften anregen kann. Bei der Diskussion in der Gruppe geht es einerseits um das Vertreten der persönlichen Interessen und darum, seinem Gefühl zu vertrauen, andererseits Kompromisse in der Gruppe zu schließen und zu einem gemeinsamen Ergebnis zu kommen. Das Tier, das in diesem Spiel gefunden werden kann, mag sowohl als Versinnbildlichung wie als Maskottchen gesehen werden, an das sich in schwierigen Situationen erinnert werden kann; ist es aber nicht passend getroffen, dient es der Reflexion. Der Erschaffer kann sich Gedanken darüber machen, inwieweit seine Vorstellungen von den Vorgaben für die Projektion auf ein Tier passen, inwieweit eigene Wünsche eingeflossen sind. Derjenige, für den das Tier bestimmt ist, kann seine eigenen Wunschfähigkeiten überdenken – mag sein, dass die Unzufriedenheit mit der momentanen Situation nicht real existiert, dass man durch die Überzeichnung der eigenen Wünsche diese erst korrigieren oder aber auch umsetzen und realisieren kann.

Bei der Fortsetzung geht es um eine gruppendynamische Interaktion, die einerseits den Einzelnen in seinem Einsatz für die Gruppe, andererseits die Gruppe an sich in ihrer Konsensfindung fordert.

3.

DER EIGENE LADEN

Material: Stifte, Karteikarten

Bei diesem Spiel geht es darum, einen Laden oder ein Geschäft für die Mitspieler zu erfinden.

Es geht reihum. Der erste „Ladenbesitzer“ wird ausgewählt und die übrigen Spieler notieren sich auf einer Karteikarte Stichpunkte zu einem Laden, der zu der betreffenden Person passen könnte, indem die Waren oder Dienstleistungen, die Geschäftsräume (Größe, Einrichtung, Boden, Möbel, Theke), die Kundschaft sowie das Verhalten und die Rolle des Besitzers mit seinen Wertvorstellungen skizziert werden. Diese Stichpunkte können auch angeschrieben und ergänzt werden.

Sind alle fertig, stellt einer nach dem anderen seine Idee von einem Laden vor, der Ladenbesitzer bekommt danach die Entwürfe und darf sich den Laden erwählen, der ihm und seinen Vorstellungen am meisten entspricht und mit welchem er sich am wohlsten fühlt. Oder die Gruppe kann gemeinsam eine Synthese der besten Vorschläge erarbeiten. Dann ist der nächste an der Reihe.

Variation: Bleibt nicht ausreichend Zeit, für jeden einen Laden zu erstellen, ist es – nach Zustimmung und Absprache der Mitspieler – möglich, dass ein Laden für mehrere Spieler gemeinsam kreiert wird. Dieser kann verschiedene Bereiche oder Etagen haben, um jedem Spieler gerecht zu werden.

Fortsetzung mit Varianten: Als Hausaufgabe bekommen die Spieler mit auf den Weg für das folgende Treffen ein hypothetisches Produkt, einen „Nachbau“ eines Produktes, oder ein Sinnbild aus „ihrem Laden“ mitzubringen, das sie bereit sind zu verschenken beziehungsweise einzutauschen.

In der nächsten Stunde stellt zunächst jeder sein mitgebrachtes Produkt und dessen Vorzüge vor (fehlende Produkte werden auf Papier geschrieben), dann werden die Namen der Waren auf Zettel geschrieben und gemischt. Jeder zieht sich einen Zettel

und hat nun die Aufgabe, dieses Produkt zu ertauschen. Die Spieler sind nun aufgefordert sich im Raum zu bewegen und untereinander Absprachen zur Übergabe zu treffen.

Variante 1: Es darf nur direkt getauscht werden, sodass die Spieler so oft miteinander die Produkte tauschen müssen, bis jeder dasjenige, das er benötigt, in Händen hält.

Variante 2: Jeder muss sein eigenes Produkt so lange behalten, bis er weiß, von wem er das Wunschprodukt bekommt. Erst dann findet die Übergabe statt.

Variante 3: Jeder ertauscht sich das, was er gerne hätte, und darf es behalten.

Variante 4: Alle „Geschenke“ werden in die Mitte gelegt und jeder darf sich eines auswählen, das er behalten möchte.

In diesem Spiel können die Gruppenmitglieder erfahren, wie sie auf andere wirken und wie andere sie einschätzen und erleben. Jeder Spieler steht reihum im Mittelpunkt – durch das Vorstellen des Ladens wird gleichzeitig das freie Sprechen in einer Runde geübt. Ganz nebenbei wird der Gruppenzusammenhalt gestärkt, da sich jeder mit jedem beschäftigt und die empathischen Fähigkeiten geschult werden, die für ein soziales Miteinander wichtig sind.

Bei der Fortsetzung werden die Fähigkeiten „Absprachen treffen“, „in der Gruppe agieren“ und „Kompromisse eingehen“ geübt. Auch „Schenken“ und „Geschenkt bekommen“, im übertragenen Sinne ein ausgleichendes „Geben“ und „Nehmen“ sind soziale Aspekte, die hier real erfahren werden können.

4.

DAS THEATERCASTING

Material: Stifte, Papierzettel, 2 kleine Körbe oder Kartons, Sanduhr

Zunächst ist jeder Spieler aufgefordert, sich eine schwierige Gesprächssituation zwischen zwei Menschen mit ungleicher Ausgangsposition zu überlegen (Vorstellungsgespräch, Gespräch mit Polizist bei Verkehrsdelikt, Vergessen eines wichtigen Termins, Zur-Rede-Stellen, Bitte um etwas Unmögliches, ertappt werden, ...). Auf einer Papierkarte sollen nun zunächst die Situation und die Wünsche bzw. Forderungen der überlegenen Person und deren Beschreibung festgehalten werden, dann werden auf einem zweiten Zettel die Eigenschaften und Verhaltensweisen aufgeschrieben, die eine Person bräuchte, um den Konflikt adäquat zu meistern. Danach werden in zwei verschiedenen Körben die Situations- und die Charakterzettel gesammelt, gemischt und von den Spielern wieder gezogen, sodass jeder zwei Karten erhält.

Nun beginnt das Theatercasting. Ein freiwilliger Spieler setzt sich auf den „Stuhl der Forderer“ und schildert die Situation, in der er sich befindet. Derjenige Spieler, der glaubt, auf seiner Charakter-Karte die Eigenschaften zu haben, die zur Bewältigung der Situation erforderlich sind, setzt sich zu ihm und die beiden bekommen ,eine Sanduhr lang‘ Zeit ihre Positionen zu verteidigen.

Die Zuschauer, die die Jury darstellen, sind aufgefordert, im Anschluss an das Szenario Lob und konstruktive Kritik anzubringen und die Schauspieler hinsichtlich der Erfüllung ihrer Anweisungen, die auf den Karten stehen, zu bewerten. Die Schauspielkandidaten können ihre Erfahrung mitteilen.

Dann wird gewechselt und der nächste Spieler darf seinen Gesprächspartner herausfordern.

In diesem Spiel können Streitfähigkeit und Stresstoleranz trainiert werden, aber auch die Fähigkeit Lob und Kritik zu äußern wird geübt. Hierbei ist wichtig, dass nicht die Person an sich, sondern lediglich ihre ‚schauspielerische Leistung‘ bewertet wird, der Spielleiter hat hierauf seine besondere Aufmerksamkeit zu legen. Verhaltensweisen und nicht Charaktere pauschal zu beurteilen ist ein wichtiger Schritt für gewaltfreie Kommunikation, Kompromissfähigkeit und sozialen Umgang. Indem die Spieler für eine von ihnen als schwierig empfundene Situation Lösungsstrategien erdenken und indem sie diese Situationen modellhaft von anderen vorgespielt bekommen, kann Angst reduziert und die Bewältigung unangenehmer Situationen unterstützt und als bewältigbar erlebt werden.

5.

DIE LITERARISCHE GESELLSCHAFT – KLATSCHPRESSE UND MÄRCHEN

Material: Stifte, Papier

Bei diesem Spiel trifft sich eine Runde von Schriftstellern, die ein Märchenbuch – angepasst an die gegenwärtigen Erfordernisse – erstellen soll.

In der ersten Runde der „literarischen Gesellschaft“ geht es um das Erstellen gemeinsamer Gedichte als Aufwärmphase. Die Zahl der Worte pro Vers sollen über das ganze Gedicht hinweg bei 10 Spielern 1-2-3-4-5-5-4-3-2-1 betragen. Jeder schreibt auf einen eigenen Zettel nun das erste Wort eines Gedichtes und reicht den Zettel dann seinem Nachbarn weiter, der zwei Worte darunter setzt und das Wort seines Vormannes abknickt. Der wiederum Nächste schreibt nun drei Worte, knickt wieder die Vorzeile um und reicht das Blatt weiter. Die Runde ist um, wenn jeder wieder ein Wort, diesmal als letzten Vers, geschrieben hat. Dann können die Texte vorgetragen werden.

Nach dieser „Aufwärmrunde“ befasst sich die Gesellschaft mit den Merkmalen von „Märchen“ – Stichpunkte werden festgehalten (Held, Abenteuer oder Aufgabe muss gelöst werden, Gegenspieler, Helfer, magische Zahlen und Kräfte, häufig Gegensätze wie arm-reich/schön-hässlich/feige-mutig/groß-klein, guter Ausgang, „Es war einmal...“, „Und wenn sie nicht gestorben sind, dann leben sie noch heute.“).

Als nächstes sollen sich die Spieler zu zweit zusammenfinden und sich gegenseitig interviewen. Das Ziel des Interviews ist es möglichst genaue Informationen über den anderen herauszufinden, um ein maßgeschneidertes Märchen für ihn erstellen zu können.

Die Aufgabe des Interviewers liegt nun darin aus den gesammelten Hinweisen für den Mitspieler ein angemessenes Märchen zu schreiben, das sich als wohlthuende Gute-Nacht-Geschichte eignen würde.

Mithilfe dieses Spieles können die Spieler Bezug zu ihren schöpferischen Kräften nehmen. Die „Aufwärmrunde“ dient der Auflockerung und gibt den Spielern durch die freie Assoziation mit wechselnden Zetteln die Möglichkeit kreativ zu arbeiten, ohne zu viel von sich preisgeben zu müssen. Sie stärkt das Vertrauen in die eigene Intuition und festigt die Gruppe. Die Erstellung der Märchen hingegen ist sehr viel persönlicher – über sie wird an Konfliktpotential gerührt und dieses einer Lösung zugeführt. Das Märchen kann vor allem dem Schreibenden zu einer Verarbeitung seiner eigenen Konflikte dienen, ohne dass er sich dies bewusst und es damit manipulierbar macht, da er es für einen anderen schreibt und somit auch motivierter, beziehungsweise zuversichtlicher einen Lösungsweg anstreben wird, den er vielleicht ansonsten aus einer pessimistischen Haltung heraus für sich nicht finden würde. Auch der empathische Teil dieser Übung ist nicht zu vernachlässigen. Für denjenigen, für den das Märchen geschrieben wird, mag dieses ein schönes Geschenk sein, oder ein ermutigendes Modell. Das meiste wird der Spielende jedoch vermutlich aus dem Märchen schöpfen, das er selbst geschrieben hat.

6.

DER SCHATZ DER PIRATEN

Material: Stifte, Papier, Liste „Die schönen Dinge des Lebens“ für alle in Kopie

Bei diesem Spiel teilen sich die Spieler auf imaginäre Schiffe auf – ein Piraten- und ein Handelsschiff. Dies kann durch ein Losverfahren geschehen oder durch die freie Wahl der Spieler, zu welchem Schiff sie gehören möchten. Dann setzen sich die beiden Mannschaften jeweils zusammen und verteilen untereinander Rollen, die es auf dem Schiff zu besetzen gilt – jeder überlegt sich einen Namen und eine Biographie für seine Figur.

1. Manöver: Die Seeleute füllen ihr Handelsschiff mit Ladung und die Piraten überlegen sich, was sie erbeuten möchten. Geladen und erbeutet werden können „Die schönen Tätigkeiten des Lebens“ – von diesen gilt es sich so viele wie möglich zu überlegen, ohne dass die gegnerische Mannschaft davon ‚Wind bekommt‘. Steht nur ein Spielraum zur Verfügung, so kann eine Liste in der Gruppe herumgereicht werden, an die jeder seine Ideen anfügt. Es empfiehlt sich, Kategorien zu erstellen, in die die Tätigkeiten eingereiht werden können, beispielsweise „sozial“, „kreativ“, „kulturell“, „sportlich“, „handwerklich“, „entspannend“, „entdeckend“.

Fällt keinem Spieler mehr etwas ein oder ist eine bestimmte Zeit abgelaufen, dürfen die Piraten versuchen, das Handelsschiff zu plündern, indem sie aus ihrer Liste Forderungen stellen. Steht die Forderung auf der Liste der Seeleute, macht der Listenführer mit einem Ausruf deutlich, dass der Schatz erbeutet wurde, und die Tätigkeit wird auf beiden Listen gestrichen. Steht sie nicht darauf, umkreisen die Piraten ihre Forderung und gewinnen damit einen Punkt. Jedes Ladungsgut, das die Seeleute am Ende noch übrig haben, wird ebenfalls umkreist – dafür bekommen diese jeweils einen Punkt.

2. Manöver: Ein Sturm zieht auf, die Schiffe drohen zu sinken. Im dem Rettungsboot haben nicht alle Platz, oder ein Spieler wird von dem Sturmgott zur Besänftigung als Opfer eingefordert. Nun muss jeder Spieler für seine Figur (ggf. eine andere) argumentieren, warum ausgerechnet diese nicht umkommen und geopfert werden darf. Keiner darf sich selbst oder andere opfern. Es geht nicht darum, wer tatsächlich geopfert wird, sondern darum, dass jeder für die Nützlichkeit seiner Figur ein Plädoyer hält.

3. Manöver: Der Sturm zieht ohne Opfer zu fordern ab, da das Schiff an einer Insel gestrandet ist. Jeder Spieler bekommt nun den „Schatz der Piraten“ – die Liste mit den „schönen Dingen des Lebens“, die jeder für sich ausfüllen kann.

Dieses Spiel knüpft stark an Kindheitsphantasien und das Spiel von Kindern an. Durch die Suche nach der Schiffsladung im ersten Manöver wird der Fokus auf die „schönen Tätigkeiten des Lebens“ gelenkt und das Angenehme nicht nur suggeriert, sondern auch selbständig gesucht. Der Wettbewerb der beiden Schiffe ist hier Spannungselement und fördert die Mitarbeit. Auch das Gefühl der Integration in eine Gruppe und der gemeinsame Kampf stärken nicht nur die Dynamik der Gruppe, sondern auch das Selbstwertgefühl des einzelnen, da es hier auf die Initiative jedes einzelnen Spielers ankommt. Im zweiten Manöver wird diese Arbeit am eigenen Selbstwertgefühl in der Übertragung auf die selbst gewählte Figur geübt, wodurch zum einen die nötige Distanz zur eigenen Person gewahrt, gleichzeitig aber das Umdenken hin zu positiven und lebensbejahenden Gedankengängen ermöglicht wird und diese angeregt werden. Bei sehr stabilisierungsbedürftigen Spielern ist es einfacher ein Plädoyer für eine andere Figur zu halten. Das dritte Manöver mit der Liste der „Schönen Dinge des Lebens“ eignet sich, um die Spielrunde abzuschließen, Anreize zu schaffen und durch die Verknüpfung mit Eigeninitiative und Selbstwertgefühl die Hilfe zur Selbsthilfe in schwierigen Situationen zu leisten.

7.

DIE KONTAKTANZEIGEN

Material: Stifte, Karteikarten

Bei diesem Spiel geht es um das Finden einer anderen Person durch eine Kontaktanzeige. Die Spieler schreiben zunächst jeweils ihren eigenen Namen auf eine Karteikarte, diese werden gemischt und neu gezogen – jeder behält die gezogene Karte mit dem fremden Namen für sich. Dann wird damit begonnen auf der Rückseite der Karteikarte eine Beschreibung in Form einer Kontaktanzeige zu erstellen, die möglichst genau auf die Person zugeschnitten ist, die auf der Rückseite steht, sodass sich diese angesprochen fühlt: wozu wird die Person von dem Schreibenden gesucht? Welche Fähigkeiten soll sie haben? Was sollen ihre Interessen sein? Was soll die Person auszeichnen? Äußerlichkeiten spielen nach Möglichkeit keine Rolle.

Danach werden die Kontaktanzeigen eingesammelt, von dem Leiter der „Vermittlungsagentur“ vorgestellt und am Boden oder auf dem Tisch ausgelegt, oder an der Wand aufgehängt.

Die Spieler dürfen nun versuchen die Beschreibung an sich zu nehmen, die am besten zu ihnen zu passen scheint und kontrollieren, ob es ihr Name ist, der auf der Rückseite steht. Ist es nicht der eigene Name, kann versucht werden, die für die eigene Person gedachte Kontaktanzeige zu ertauschen.

Hat ein Spieler die passende Karte, muss er versuchen ohne Worte mit der Person Kontakt aufzunehmen, von der er glaubt gesucht zu werden und ihr die rechte Hand hinstrecken. Auf diese Art und Weise sollte es gelingen, dass jeder Spieler an seiner linken Hand eine Person hält, die er gesucht hat, und an seiner rechten eine, die ihn gesucht hat. Hat sich die Gruppe zu einem oder mehreren Kreisen geschlossen, können die Spieler durch Wenden in die eine beziehungsweise andere Richtung beginnen sich auszutauschen und abzugleichen, wie gut sie selbst die andere Person in der Beschreibung erfasst haben bzw. wie gut sie sich selbst getroffen fühlen.

Bei diesem Spiel geht es um die Wahrnehmung – sowohl die Wahrnehmung anderer Personen, als auch die Erfahrung, wie andere Personen einen selbst sehen und wie man auf andere wirkt. Es arbeitet mit der Neugier der Spieler. Die Aufgabe, eine andere Person in einer Kontaktanzeige zu beschreiben, fordert zum einen Mut, auch Fehler zu machen, zum anderen öffnet es den Blick von den eigenen Problemen und der eigenen Person weg zu anderen Menschen. Die Kontaktaufnahme mit den anderen Spielern, die sowohl Zurückweisung wie auch Akzeptanz beinhalten kann, imitiert die Situation im ‚wirklichen‘ Leben und mündet in einem Erfolgserlebnis. Nicht zuletzt die Kommunikation über den Spielprozess am Ende hilft, das Zugehen aufeinander zu unterstützen und das Selbstbewusstsein zu thematisieren und darin zu wachsen.

8.

DAS TREFFEN DER SCHAMANEN

Material: Stifte, Karteikarten, Sitzkissen, leere Zertifikate

Bei diesem Spiel treffen sich die Schamanen aus der gesamten Gegend – jeder Spieler ist ein Schamane – und versammeln sich, um sich gegenseitig zu unterstützen und auszutauschen. Jeder Schamane wählt sich einen Namen und ein Fachgebiet, das er sich selbst aussuchen kann. Die möglichen Fachgebiete können angeschrieben, bei Bedarf ergänzt und dann untereinander verteilt werden, so dass jeder auf eine Karteikarte groß sein Fachgebiet schreibt. Fachgebiete sind beispielsweise: Ruhe finden, frei Atmen, inneres Gleichgewicht, Konzentration, Ernährung und Verdauung, Schlaf, Mut, Gelassenheit, Zufriedenheit, Nachgiebigkeit, Zielstrebigkeit, Selbstbewusstsein, Kreativität, Kommunikation, Kindererziehung und alle Bereiche, in denen sich ein Spieler kompetent fühlt bzw., bei Variante 2, alle Bereiche, für die sich ein Spieler interessiert und die er neu entdecken möchte.

Variante 1: Um an der Fortbildung teilzunehmen, suchen sich die Schamanen mit ihrem Sitzkissen einen geeigneten Platz im Raum und positionieren ihre Fachgebietskarte vor sich.

Dann nehmen sie mit einem anderen Schamanen Kontakt auf und einer besucht den anderen. Derjenige, der besucht, lässt seine Karteikarte zurück, nimmt sein Sitzkissen mit und setzt sich dem Fachmann gegenüber. Dieser beginnt nun all seine Erfahrungen und Gedanken zu seinem Fachgebiet mitzuteilen, während der Kollege nur durch Fragen das Gespräch am Laufen hält. Zum Schluss stellt der Fachmann eine Rückfrage, um das Wissen seines Schülers zu überprüfen und stellt ihm dann ein Zertifikat aus. Dann geht der besuchende Schamane zurück und kann selbst einen anderen Schamanen empfangen und fortbilden.

In der Abschlussrunde kann jeder Schamane seine Erfahrungen und neuen Erkenntnisse vorstellen.

Variante 2: Bei der Variation sind die Schamanen keine Experten auf dem Fachgebiet, sondern wollen solche werden. Das heißt, sie wählen Themen, die sie gerne kennenlernen würden.

Bei dem Treffen erzählt nun der Besuchende all seine Erfahrungen und Gedanken zu dem Themengebiet, während der Fortzubildende alles aufnimmt und vor allem schweigend zuhört, nur durch Fragen das Gespräch am Laufen hält. Dann geht der besuchende Schamane zurück und kann selbst einen anderen Schamanen empfangen und sich fortbilden lassen.

Haben die Schamanen all ihr Wissen zusammengetragen, hält jeder einen Kurzvortrag zu seinem neu entdeckten Fachgebiet und gibt seinen Kollegen hilfreiche Hinweise.

Variante 3: Die Schamanen suchen sich ein Gegenüber und bitten dieses, sie in einem speziellen Gebiet fortzubilden, von dem sie glauben, dass der andere Schamane mehr weiß als sie selbst.

Bei diesem paradoxen Spiel des Schamanentreffens, werden Ressourcen nicht nur an sich zum Thema, sondern auch direkt im Spiel nutzbar gemacht und ihre Nutzbarmachung weiter ausgebaut. Durch die Einteilung in Fachgebiete, werden die Ressourcen bewusst und greifbar gemacht, durch die Fortbildung werden Erfahrungen und Strategien zusammengetragen und die Selbsthilfe in die Wege geleitet. Auch das schweigende Zuhören und die Konzentration sind wertvolle Methoden, die hier spielerisch erprobt und geübt werden können. Um die Spielsituation angenehmer zu machen, ist es empfehlenswert, wenn sich der Spielleiter unter die Spieler mischt, sodass die Hierarchie verloren geht und eine lockerere, offenere Atmosphäre entsteht. Insbesondere das Fachgebiet sollte nach Möglichkeit von dem Spieler selbst gewählt werden, um so an die eigenen Ressourcen anzuknüpfen.

9.

DIE EVENTMANAGER (NACH DR. DANIEL GERLACH)

Material: Stifte, Karteikarten, Flipchart

Bei diesem Spiel geht es zunächst darum, dass jeder Spieler einen „Identitätskuchen“ entwirft, indem er auf einer Karteikarte ein Kuchendiagramm mit allen verschiedenen Anteilen seiner Persönlichkeit – unter Berücksichtigung von Größe und Wichtigkeit – erstellt.

Dieses Diagramm stellt im Folgenden die Belegschaft eines Unternehmens dar, für welches der Spieler nun als Eventmanager den Auftrag bekommt, einen Betriebsausflug zu planen, der die Bedürfnisse und Interessen aller Angestellten berücksichtigt und alle zufrieden stellt, sodass der Tag bei allen als wirklich großartig in Erinnerung bleibt. Auf einer zweiten Karteikarte skizziert der Spieler nun seinen Entwurf und überlegt sich Jahreszeit, Lokalität, Rahmen, Ereignisse und wie er alle Mitglieder auf ihre Kosten kommen lassen kann und den Auftraggeber somit von seinem Plan überzeugt.

Der begeisterte Auftraggeber möchte nun sein Event mit dem bereits entworfenen Event eines Geschäftspartners zusammenlegen, um die guten Beziehungen zu pflegen. Der Spieler hat nun den Auftrag, seinen Entwurf mit dem eines Mitspielers zusammenzuführen und einen neuen Ausflug zu organisieren, der beide Belegschaften zufriedenstellen kann. Die Spieler finden sich in Zweiergruppen zusammen und gestalten eine neue Karteikarte oder ein Flipchartblatt.

Zum Schluss werden die neuen Entwürfe auch den anderen Eventplaner-Teams vorgestellt, wobei neben den Programmpunkten auch Kompromisse, ursprüngliche Überlegungen und die Entwicklung rekapituliert werden.

Während bei dem Entwurf des „Identitätskuchens“ Introspektion und Selbstreflexion angeregt werden, beginnt mit der kreativen Aufgabe der Eventplanung für die „eigene Belegschaft“ ein Suchprozess nach Lösungswegen und Ressourcen, die Rücksicht auf alle Persönlichkeitsfacetten nehmen. Durch die Interaktion mit dem Mitspieler werden dann nicht nur die Kommunikationsfähigkeit, sondern durch den Abgleich der unterschiedlichen Wünsche und Bedürfnisse gleichzeitig auch die Fähigkeiten der Verteidigung der eigenen Person und des Kompromissschließens erprobt. Die Präsentation vor der Gruppe stärkt schließlich das Selbstvertrauen, da eine möglicherweise angstbesetzte Übung sicher bewältigt werden kann. Dies mag zunächst nervenkitzelnde Herausforderung sein, wird aber schlussendlich zum Erfolgserlebnis.

10.

DAS UNGEKLÄRTE SCHICKSAL DER HUMANOSAURIER (NACH DR. DANIEL GERLACH)

Material: Stifte, Karteikarten, Flipchart

Dieses Spiel ereignet sich im Jahr 3000. Zu einem großen anthropologischen Kongress reisen Forscher aus aller Welt, um über inzwischen ausgestorbene Archetypen der Menschheit zu diskutieren, die sich vor tausend Jahren herausgebildet hatten. Um in der damals von Erfolgs- und Glückseligkeitsstreben geprägten Gesellschaft zurecht zu kommen, hatten die Humanosaurier sehr unterschiedliche Strategien und Merkmale entwickelt. Diese gilt es nun zu erforschen und den Grund für ihre Zurückbildung herauszufinden.

Zunächst erhält jeder Spieler eine Karteikarte, aus der er eine „Charakterkarte“ gestaltet, indem er Copingstrategien und Bewältigungsmechanismen inklusive deren Vor- und Nachteilen sammelt.

Variante 1: Nun werden diese Karten auf dem Boden verteilt und Forschergruppen gebildet, deren Aufgabe darin besteht, eine spezielle Humanosaurierart an Flipchart oder auf Karteikarten zu rekonstruieren. Zur Erstellung eines Portraits kann sich die Gruppe der ausliegenden Charakterkarten bedienen und anhand eines möglicherweise angeschriebenen Steckbriefs vorgehen:

1. Aussagekräftiger Name des Humanosauriers, 2. Aussehen (ggf. mit einer Zeichnung), 3. Überlebensstrategie, 4. Vorteile und Erfolge dieser Strategie, 5. Nachteile und Versagen der Strategie, 6. Welche Spezies entstand in den darauf folgenden Jahrhunderten aus diesem Humanosaurier?

Im Anschluss werden die erstellten Profile dem Plenum präsentiert.

Variante 2: Anstatt Kleingruppen zu bilden, erstellt jeder Spieler selbständig ein Humanosaurierprofil, das sich an den eigenen Ressourcen, Problemen und Copingstrategien orientiert.

Dieses Spiel dient nicht nur der Aktivierung von Ressourcen und möglichen Copingstrategien, sondern setzt sich auch mit deren Mechanismen und Folgen auseinander. So werden zunächst als Lösungsstrategien entwickelte Ansätze kritisch hinterfragt und schließlich weiterentwickelt. Durch die Gruppenarbeit und die Präsentation vor der Gruppe werden außerdem soziale Fähigkeiten erprobt und geübt – möglicherweise sogar jene die Thema des Humanosaurierprofils sind.

11.

FAMILIENUNTERNEHMEN (NACH DR. DANIEL GERLACH)

Material: Stifte, Karteikarten, ausreichend Lebensbereich-Karten

Bei diesem Spiel gilt es in die Metapher einzuführen, jeder Spieler fungiere als wirtschaftliches Unternehmen. Die einzelnen Abteilungen werden durch die persönlichen Lebensbereiche repräsentiert. Es werden zehn Kartenstapel ausgelegt, die die unterschiedlichen Bereiche bezeichnen (z.B. Bewegung, Ernährung, Schlaf, Kreativität, Freizeit und Entspannung, Spiritualität, Freunde, Familie, Partnerschaft, Beruf).

1. „Zum Ende des Jahres“ machen die Unternehmen ihre Inventuren. Jeder nimmt sich zu Beginn eine adäquate Anzahl von Karten von den Stapeln, die dem individuellen Leben und im Spiel den Unternehmensabteilungen entsprechen.

2. Zum 1. Januar steht nun die Bedarfsplanung für das kommende Jahr an. Die Spieler überlegen sich, in welchen Bereichen sie expandieren wollen und in welchen sie im Gegenzug rationieren können. Auf einer leeren Karteikarte erfolgt die individuelle Planung des Unternehmens und die Karten, die den Abteilungen entsprechen, die reduziert werden können, legen die Spieler offen vor sich aus.

3. Nun kann der Handel beginnen und in einem Tauschgeschäft kann um die benötigten Lebensbereiche gefeilscht werden. Hier zeigt sich auch der unterschiedliche Wert je nach vorhandenen Ressourcen in der Gruppe.

4. Zum Ende des Spieles kommt die Bilanz. Was konnte akquiriert werden? Was musste abgegeben werden? In einer Abschlussrunde wird thematisiert, wie der Handel ausgefallen ist.

Bei diesem Spiel entsteht durch das Beachten der verschiedenen Lebensbereiche eines Spielers ein Bezug zu den eigenen Ressourcen, wobei individuell vernachlässigte Themen bewusst und bearbeitet werden können. Die Bereiche bekommen durch ihre Quantifizierung und den Handel in der Gruppe einen Wert und die Idee der Kompensation kann sich entwickeln, indem die Möglichkeit aufgedeckt wird, dass sich die verschiedenen Lebensthemen gegenseitig bereichern und voneinander profitieren können. Das Hineindenken in die Metapher erfordert Abstraktion und Selbstreflexion, welche eingefahrene Denkmuster aufbrechen und zu neuen Wegen anregen und motivieren können.

10 Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt apl. Prof. Dr. Martin Sack und Dr. Daniel Gerlach für die hervorragende Betreuung, Unterstützung und Förderung meiner wissenschaftlichen Tätigkeit, sowie Dr. Birgit Marten-Mittag, stellvertretend für alle Mitarbeiter der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar, die mich mit ihrer Fachkompetenz gefördert und in ihr Team integriert haben.

Danken möchte ich insbesondere auch allen Studienteilnehmern, die sich offen und kreativ auf das Wagnis dieses neuen Weges der Ressourcenförderung eingelassen haben.

Ebenso danke ich meinem Freund, meinen Freunden und meiner Familie für die Bereitschaft, die Spiele zu erproben, und die verständnisvolle, motivierende und menschliche Begleitung.