

Salutogene Kommunikation und Selbstregulation

Theodor Dierk Petzold

Zentrum für Salutogenese, Bad Gandersheim; Dachverband Salutogenese; MHH

Inhalt

Salutogene Kommunikation und Selbstregulation	1
Zusammenfassung	1
Einleitung	2
Neue Fragen für die Medizin – Antworten aus der Chaosforschung	2
Bedeutung von Attraktoren für die Therapie	3
Das Modell ‚kommunikativer Kohärenzregulation‘	4
Attraktoren und Intentionalität	4
Bedürfniskommunikation und Emotionen	7
1. Gesprächsphase: einstimmen und die Intention abstimmen.....	10
In dialogischer Resonanz den Attraktor stärken.....	10
2. Wahrnehmen und finden, was bedeutsam ist	13
Von der Wahrnehmung zum Handeln: zwei motivationale Systeme.....	14
3. Phase: Eigenaktivität und Therapie	16
4. Phase: Imaginiertes Bilanzieren.....	18
Reflexion und Ausblick.....	18
Literatur	19

Zusammenfassung

Die Fragestellung der Salutogenese wird als Frage nach der ständigen Selbstregulation gesunder Entwicklung präzisiert. Die große Bedeutung motivierender attraktiver Gesundheitsziele für die Therapie und Beratung wird in Analogie mit den ‚Attraktoren‘ aus der Chaosforschung gebracht. Ein Modell für die gesunde kommunikative Selbstregulation bildet die Grundlage für das Vorgehen in der Salutogenen Kommunikation. In vier Phasen des Gesprächs werden die Reflexion, (Selbst-)Wahrnehmung, (Eigen-)Aktivität und das imaginierte Bilanzieren angeregt. Dadurch lernen Patienten, ihre auch tiefen emotionalen Bedürfnisse erfolgreicher zu kommunizieren. Mithilfe dieses kommunikativen selbstregulativen Prozesses können Patienten sich ihren attraktiven Gesundheitszielen annähern.

Schlüsselwörter: Salutogene Kommunikation, Selbstregulation, Kohärenz, Attraktoren, Gesundheitsziele, Bedürfniskommunikation, Emotionen

Einleitung

„Ich möchte wieder gesund werden!“ oder „Ich möchte gerne dieses und jenes machen können.“ – mit solchen Vorstellungen, Wünschen oder Hoffnungen kommen viele Patienten in die Therapie. Zu Beginn einer Behandlung werden gemeinsam Ziele gesetzt sowie Behandlungspläne erstellt.

Die WHO definiert das Ziel der Reha ganz allgemein als eine „größtmögliche Eigenaktivität zur weitest gehenden Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“ (WHO 1981).

In der Therapie denken und arbeiten wir sehr zielorientiert, lassen unser Denken und Handeln vom Ziel her und damit von der in der Zukunft erwünschten Entwicklung bestimmen. Dieser täglich praktizierte Ansatz hat bisher kaum Eingang in die wissenschaftliche Theoriebildung der Medizin gefunden. Die Medizin denkt noch ganz überwiegend in der einfachen mechanistisch-linearen Kausallogik alter Naturwissenschaften.

Die ‚Salutogene Kommunikation SalKom®‘ ist eine lösungs- und ressourcenorientierte Gesprächsmethode, die eine dialogisch anregende gesunde Entwicklung praktiziert. Sie hat viele Wurzeln in unterschiedlichen Therapiemethoden, insbesondere ist sie eine Weiterentwicklung des Autonomietrainings von Grossarth-Maticek (2000).

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1997) hat mit der Salutogenese die Frage nach der Entstehung von Gesundheit neu in die modernen Wissenschaften eingebracht. Auf unsere praktisch-therapeutische Arbeit bezogen lautet sie: Wie können sich Menschen gesund entwickeln? Jede Gesundung wie z.B. auch Wundheilung ist ein komplexer zielgerichteter Vorgang.

Neue Fragen für die Medizin – Antworten aus der Chaosforschung

Woher kommen die Informationen des Zieles? Woher weiß der Organismus, wie er sich gesund entwickelt?

Das sind neue Fragen für die Medizin, die aus der alten naturwissenschaftlichen Logik heraus nicht gestellt wurden¹. Dabei gibt es neben unserer täglichen Erfahrung noch eine Menge von Forschungen, die die große Bedeutung von Motivation (als bewegendem Ausdruck des Zieles verstanden) sowie auch von Wunsch und Hoffnung (auch als emotionale Resonanz auf ein Ziel zu verstehen) für Heilungsprozesse zeigen (s.a. Rollnick Miller 2004; Grawe 2004; Lown 2004; Weizsäcker 1951).

Da die Chaosforschung als moderne Wissenschaft einige Antworten gefunden hat auf die Frage, wie aus Chaos Ordnung entsteht, und genau diese Frage auch die Frage von Gesundung einschließt, liegt es nahe, bei der Chaosforschung nach passenden Modellen zu suchen. Für das Entstehen von Ordnung aus chaotischen Bewegungen

¹ Im Grunde ist die hier gestellte Frage eine teleologische, wobei Teleologie nicht im Sinne eines vom Menschen erkennbaren Zweckdienlichen gemeint ist sondern als Zielgerichtetes, das einem sich verändernden / bewegenden System innewohnt („Entelechie“ sowie „causae formalis et finalis“ bei Aristoteles).

haben Chaosforscher sog. Attraktoren verantwortlich gemacht, die als imaginäre Informationen dafür sorgen, dass die bewegten Teile sich in vielen Annäherungsschritten (Iterationen²) an die Ordnung des Attraktors² annähern (vgl. Kriz 1999; Peitgen et al 1994). Attraktoren entsprechen attraktiven Gesundheitszielen. So sehe ich den *Ursprung* der Zielinformationen für gesunde Entwicklung im Attraktor, der jedem immanent ist – der allerdings so komplex ist, dass wir ihn mit unserer Sprache nicht exakt beschreiben können.

Die Ergebnisse der Chaosforschung zeigen, dass Teile in ihren oft scheinbar chaotischen Bewegungen letztlich doch einer imaginären attraktiven Information eines Attraktors folgen – dass also Masse (=Energie) der Information folgen kann. Das entspricht zwar nicht dem alten naturwissenschaftlichen Denken, dafür aber unseren alltäglichen Erfahrungen. Wenn wir z.B. das tun, was wir uns vornehmen und vorstellen, dann folgt die Energie und Masse unseres Körpers den Informationen, die unser Gehirn gebildet und an die Muskeln weitergegeben hat. Auf dieser Grundlage beruht die Wirkung von Beratung und Psychotherapie und der ‚Macht der Sprache‘.

In Attraktoren liegt der Ursprung unserer Motivation. Damit wir motiviert werden, kommt noch ein aktueller Anlass³ dazu: eine Wahrnehmung von *bedeutsamer* Abweichung des Ist-Zustandes vom Attraktor – dann ist, wie man sagt „das Bedürfnis geweckt“; z.B.: Der Soll-Wert unseres Blutzuckers liegt bei ca. 100 mg%. Richtig Hunger bekommen wir aber erst, wenn er beispielsweise unter 70 mg% geht. Ähnlich funktionieren auch psychische Bedürfnisse nach sozialer Nähe, Kooperation, kultureller Anerkennung, Gerechtigkeit usw.

Attraktoren sind die Zielgrößen in den vielfältig verknüpften Regelkreisen des Organismus, die Wundheilungen genauso leiten wie alle anderen Gesundheits- und Selbstregulationsvorgänge auch in Familien und anderen lebenden Systemen. Attraktoren ziehen uns ins Leben und in alles, was damit verbunden ist. Sie nehmen deshalb eine zentrale Stellung im Modell der ‚kommunikativen Selbstregulation‘ ein. Unser Leben dreht sich um unsere Attraktoren. Die Annäherung an sie kann individuell ganz chaotische Wege gehen.

Bedeutung von Attraktoren für die Therapie

Für unser Denken und Vorgehen in Beratung und Therapie bedeutet das, dass wir bei der Anamnese, der Betrachtung der Vorgeschichte der Erkrankung, z.B. einer Adipositas mit Bluthochdruck usw. nicht bei der Benennung einer Ursache, wie zu

² ‚Attraktoren‘ entsprechen in der funktionalen Bedeutung weitgehend den „Soll-Zuständen“ in der Kybernetik, den „Leitideen“ Kants, der „Ideenwelt“ Platons, den „Causae formalis et finalis“ sowie „Entelechien“ Aristoteles, der „Information“ Thomas von Aquins, Idealen und Vorbildern in der Psychologie – im Laufe der Geschichte und der Gegenwart gibt es eine Menge von Worten zur Beschreibung desselben Phänomens. Auch „Geist“ bzw. „Gott“ wird für dieses Phänomen „ursächlich“ genannt. Möglicherweise kann die moderne Wissenschaft mit Begriffen der Chaosforschung eine Grundlage für eine gemeinsam verständliche Sprache sein.

³ Anlass und Bedingungen verstehe ich als Ursachen im Sinne der „causae efficiens et materialis“ bei Aristoteles.

viel Essen und zu wenig Bewegung, stehen bleiben, sondern gemeinsam erkunden, was zum abweichenden Verhalten von gesunden Attraktoren, letztlich dem Attraktor ‚Gesundheit‘ geführt hat. Welche anderen Attraktoren haben das Verhalten motiviert? Und wie können sie sich wieder dem Attraktor ‚Gesundheit‘ so unterordnen, dass es eine gesunde Entwicklung geben kann? Wie kann der Patient in nachhaltige Resonanz mit seinem motivierenden Gesundheitsattraktor kommen?

Zum Beispiel Klaus R., 51 Jahre alt, Lehrer, Familienvater: Nachdem die akute Gefahr einer Querschnittslähmung bei einer Wirbelsäulenerkrankung behoben war, kam er zur Rehabilitation. Dabei ging es darum, in Zukunft ein Leben in mehr Wohlbefinden zu leben und auch einen Rückfall zu vermeiden. In mehreren therapeutischen Gesprächen wurde ihm deutlich, dass er in der Zeit vor seiner Erkrankung seine Belastungsgrenzen nicht mehr gespürt hatte und den Stress in der Schule gar nicht mehr als solchen wahrgenommen sondern als ‚normal‘ betrachtet hatte. Sein inneres ‚Soll-Bild/Attraktor‘ war gewesen: in der Schule als idealer Lehrer zu funktionieren, (auch) um die Familie gut zu ernähren (ein besserer Vater zu sein als sein eigener es gewesen war). Von diesem inneren Bild von ‚normal=ideal‘ und ‚idealer Ehemann/Vater‘ ausgehend beurteilte er seinen Körper, der ‚normal/optimal‘ funktionieren sollte – wenn er das nicht tat, sollte der Arzt dafür sorgen.

In den therapeutischen Gesprächen suchten wir Beziehungsmuster in der Kindheit, die möglicherweise dazu geführt haben können, dass er jetzt noch den Stress als normal betrachtet und sich lange über seine Grenzen hinweg um die Erfüllung eines Lehreriدهals bemühte – so stark, dass die Wahrnehmung des eigenen Körpers und erst recht des Gefühlslebens abgeschnitten waren (von einem Psychiater bekam er die Diagnose ‚Anankastische Persönlichkeitsstörung‘). Er war bei seiner Mutter allein aufgewachsen; sein Vater hatte die Familie verlassen und die Beziehung zu ihm später verleugnet. Je mehr er den Schmerz über die Enttäuschung in der Beziehung zu seinem Vater zuließ und damit den Ursprung seines internalisierten Vaterideals loslassen konnte, desto mehr konnte er auch seine hedonistischen emotionalen und physischen Bedürfnisse wahrnehmen. Er konnte seine idealisierte Vorstellung von normaler/optimaler Funktion und Vaterideal relativieren und ein neues Gefühl für innere Stimmigkeit entwickeln sowie seine Körpersymptome als frühe Warnsignale, als Erinnerungen an Entspannung, positiv annehmen. Aus dieser verbesserten Selbstwahrnehmung heraus fand er neue Möglichkeiten zur Bedürfniskommunikation und konnte seinen Beruf sowie auch seine Vaterrolle bis zum Rentenalter gut ausfüllen.

Das Modell ‚kommunikativer Kohärenzregulation‘

Attraktoren und Intentionalität

Um uns gedanklich den Attraktoren für die Therapie anzunähern, gehen wir jetzt von der Frage aus: Was ist das größtmögliche Wohlbefinden mit der „größtmöglichen Eigenaktivität“, das zukünftig Bestmögliche für den betroffenen Patienten? Von dieser Frage lassen wir uns leiten. Mit dieser Frage verbinden wir uns mit dem Ursprung von Gesundheit. Mit dieser Intention gehen wir an unsere Arbeit, in den

Kontakt mit Patienten. Und wir gehen solange davon aus, dass der Patient dieselbe Intention hat, bis er uns etwas anderes zeigt.

Grundlegend für die salutogene Kommunikation ist die Evidenz, dass durch therapeutische Kommunikation die gesunde Selbstregulation von Patienten angeregt werden kann (vgl. Grossarth-Maticek 1999, 2003; Grawe 2004; LeShan 2010; Petzold 2005, 2007b,c, 2009a, 2010, 2011a,b); Schemmel & Schaller 2003; Vohs & Baumeister 2011; Faulstich 2008; Lown 2004). Was können wir nun genau unter ‚gesunder Selbstregulation‘ verstehen?

Im Zentrum der gesunden Selbstregulation des Menschen steht sein Streben nach stimmiger Verbundenheit („Kohärenz“ als Hauptattraktor). Sein Leben dreht sich um Kohärenzerleben. Antonovsky (1997⁴) sieht im Kohärenzgefühl eine zentrale Grundlage für Gesundheit. ‚Kohärenzgefühl‘ entsteht im Menschen durch Erleben von stimmiger Verbundenheit (Petzold 2010, 2011b,c, 2012b).

Dies entspricht den Erkenntnissen der Neuropsychotherapie von Klaus Grawe, der dieses innere / äußere Stimmigkeitserleben „Konsistenzregulation“ nennt und schreibt: „Konsistenzregulation findet ganz überwiegend unbewusst statt und durchzieht so sehr das ganze psychische Geschehen, dass es angemessen erscheint, von einem obersten oder pervasiven Regulationsprinzip im psychischen Geschehen zu sprechen.“ (Grawe 2004, S. 190f).

‚Attraktor‘ sagt auch, dass das Ziel attraktiv sein soll, es sind also Ziele gemeint, die subjektiv („intrinsisch“) motivieren. Stimmige Verbundenheit löst ein Gefühl der Freude und des Wohlbefindens aus. Attraktoren werden subjektiv oft unscharf und imaginär als Wunsch, Vision, Utopie, Ideal wahrgenommen⁵. Gesunde Selbstregulation ist ein ständiger Annäherungsprozess an Attraktoren, die ein Mensch allerdings nie dauerhaft stabil erreichen kann (schon weil sie imaginär sind und weil der Organismus immer auch physikalischen Kräften ausgesetzt ist, die in Richtung Unordnung/Entropie gehen). So bleibt gesunde Entwicklung ein lebenslanger Prozess der Annäherung an Gesundheit – an stimmige Verbundenheit. Dieser Annäherungsvorgang findet in drei Phasen statt: 1. Wahrnehmen und bewerten; 2. Aktivität und 3. bilanzieren, reflektieren und lernen.

Der innerlich wahrgenommene attraktive ‚Soll-Zustand‘ führt zu unseren Bedürfnissen. Mit ‚Bedürfnissen‘ seien hier alle ‚Grundbedürfnisse‘ (vgl. Maslow 1954/2008, Grawe 2004; Tomasello 2011) gemeint sowie auch tiefe Wünsche,

⁴ Aaron Antonovsky hat in seiner Studie zur Gesundheit von Frauen im Klimakterium herausgefunden, dass ein ‚sense of coherence SOC‘ (meist übersetzt als ‚Kohärenzgefühl‘) zentral wichtig für die Gesundheit ist. ‚Coherence‘ bedeutet im Deutschen ‚Verbundenheit, Stimmigkeit, Kohärenz‘. Nach Antonovsky ist also ein ‚Sinn für und ein Gefühl von stimmiger Verbundenheit‘ der zentrale Faktor für unsere Salutogenese, unsere gesunde Entwicklung. Im Rahmen eines dynamisch geregelten Gesund-Seins ist demnach Kohärenz die oberste Regelgröße.

⁵ vgl. auch WHO-Definition von Gesundheit als „vollkommenes ... Wohlbefinden“ und „Gesundheit als Idealbegriff“ bei Uexküll & Wesiack 1991.

Lebensdimensionen ablaufen. So reguliert sich der Sauerstoffgehalt des Blutes minütlich, der Nahrungsstoffwechsel stündlich bis täglich, unsere zwischenmenschlichen Beziehungen altersabhängig über Tage und Monate und unsere Berufsausübung über noch längere Zeiträume bis hin zur Regulation unserer Lebensaufgabe, ihrem Finden, Nachgehen und Reflektieren. Die Regulation gesunder Entwicklung findet also in verschiedenen Lebensräumen / -dimensionen statt – immer in Kommunikation mit der Umgebung: physisch – emotional – mental – geistig. Für die gesunde Entwicklung ist demnach eine erfolgreiche Kommunikation entscheidend.

Bedürfniskommunikation und Emotionen

„Erfolgreich kommunizieren“ bedeutet gleichzeitig „psychisch gesund“ zu sein, das heißt, dass ein Mensch in der Lage ist, seine wichtigsten Bedürfnisse und Anliegen in seinem Kontext so zu kommunizieren, dass er hinreichend befriedigende Antworten erhält.

Im Verlaufe seiner lebenslangen Bedürfniskommunikation macht ein Mensch Erfahrungen, die zu verschiedensten gelernten Kommunikationsmustern führen. Zum Beispiel lernt er als Säugling, dass er die Brust bekommt, wenn er die Mutter erwartungsvoll anguckt, oder wenn er die Arme ausstreckt, auf den Arm genommen wird. Oder er hat gelernt, dass er nur auf den Arm genommen wird, wenn er lange schreit, oder nur wenn er die Eltern anlächelt; oder dass die Mutter traurig wird, wenn er schreit usw. In der frühen Kindheit werden viele tiefe emotionale Kommunikationsmuster erlernt – ganz unterhalb der gewollten bewussten Kommunikation. Mit diesen früh gelernten Kommunikationsmustern geht der Jugendliche und Erwachsene in Beziehung zu seinen Mitmenschen. In der Patient-Therapeut-Kommunikation spricht man dann von „Übertragung“: Mit einer bestimmten non- oder paraverbalen Mitteilung wird eine bestimmte Erwartung an den Therapeuten verknüpft, wie dieser emotional antworten soll. Eine „positive Übertragung“ gibt die Hoffnung wieder, mit der der Patient als Kleinkind auf seine Bezugsperson zugegangen ist. Eine „negative Übertragung“ beinhaltet die Erfahrung der emotionalen Abweisung, die das Kind in seiner Bedürfniskommunikation gemacht hat. Um in eine auch emotionale Beziehung zu kommen, müssen wir uns zunächst zumindest teilweise auf die Kommunikationsmuster des Patienten einlassen.

Wenn ein Säugling Hunger bekommt, wird er langsam wacher, macht suchende Kopfbewegungen und beginnt zu tönen. Wenn er darauf keine eingehende Antwort bekommt, beginnt er wütend zu schreien (vgl. Abb. 2). Wenn er darauf immer noch keine Antwort bekommt und sich dies oft wiederholt, beginnt er verzweifelt zu resignieren, und lernt, das betreffende Bedürfnis und die damit verknüpfte Emotion ‚Wut‘ abzuspalten, es womöglich gar nicht mehr zu spüren, da er es nicht stimmig in seine Umgebung kommunizieren kann.

Bedürfniskommunikation und Emotionen

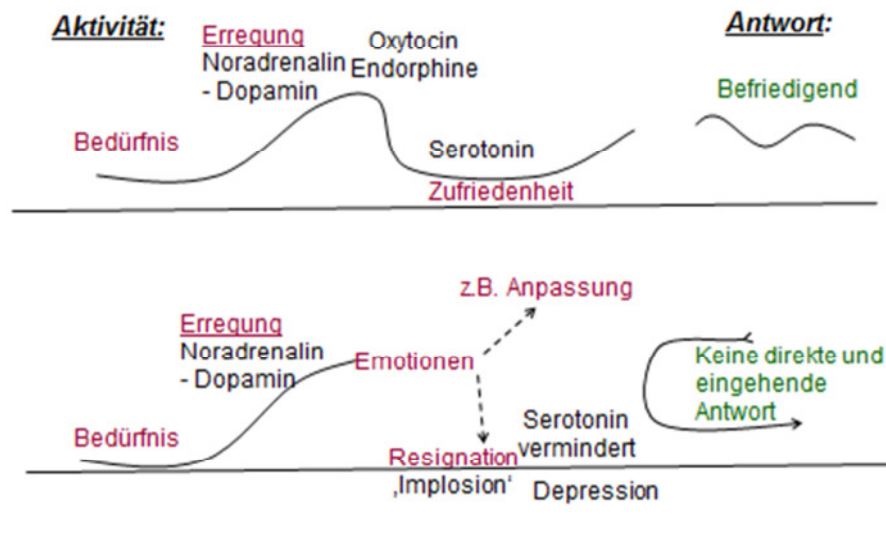


Abb.2: Bedürfniskommunikation und Emotionen

Emotionen zeigen die subjektive vorsprachliche (und somit prä-kognitive) Bewertung („liking“) der erhaltenen Antwort auf die vorangehende Bedürfnisäußerung an und verleihen damit der Bedürfnisäußerung mit den Möglichkeiten des Kindes Nachdruck (vgl. Grawe 2004; Petzold 2007c, 2010, 2011d). Emotionen samt ihres Ausdrucks mittels Ton, Mimik und Gestik sind also Bestandteil der zwischenmenschlichen Bedürfniskommunikation – sozusagen die zweite Stufe nach der ersten nonverbalen Äußerung.

Mit dem Erlernen der Sprache schaffen wir uns eine weitere Dimension von Möglichkeiten, Bedürfnisse und Anliegen zu kommunizieren. In dieser Dimension werden sie indirekt, vermittelt über Zeichensysteme, mitgeteilt, die kulturell vorgegeben sind. Jetzt kann das Kind sagen: „Ich möchte gerne etwas zu trinken.“ Und: „Bitte nimm mich auf den Arm.“

In dieser kulturellen kommunikativen Lebensdimension erfolgt das Bilanzieren dann im Verlaufe der Selbstregulation nicht mehr nur implizit im Unbewussten nach Kriterien des eigenen hedonistischen Bedürfnisses, sondern zunehmend und zusätzlich kognitiv mit Kriterien, die sich an der Kultur (= erlebten Norm) orientieren.

Kinder neigen (zumindest bei erfolgreicher direkter nonverbaler Bedürfniskommunikation) von selbst zu einer Orientierung an den Regeln der erlebten Gesellschaft, an ihren Vorbildern und damit an der erlebten soziokulturellen Norm (Tress 2004; Tomasello 2010, 2011). Wenn sie allerdings keine befriedigende nonverbale Bedürfniskommunikation erlebt haben, also auch kein Verständnis für ihre Emotionen, neigen sie entweder dazu, die Regeln und Normen grundsätzlich abzulehnen oder sich mit einem ohnmächtigen Opfergefühl angepasst zu verhalten, ohne noch ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen. Letzteres führt m.E. (vgl.

Grossarth-Maticsek 1999, 2003; LeShan 1989; Petzold 2013) häufig zu sog. ‚chronischen‘ Erkrankungen. Ersteres führt dagegen eher zu psychosozialen Problemen, die von Angst, Flucht oder Kampf geprägt sind.

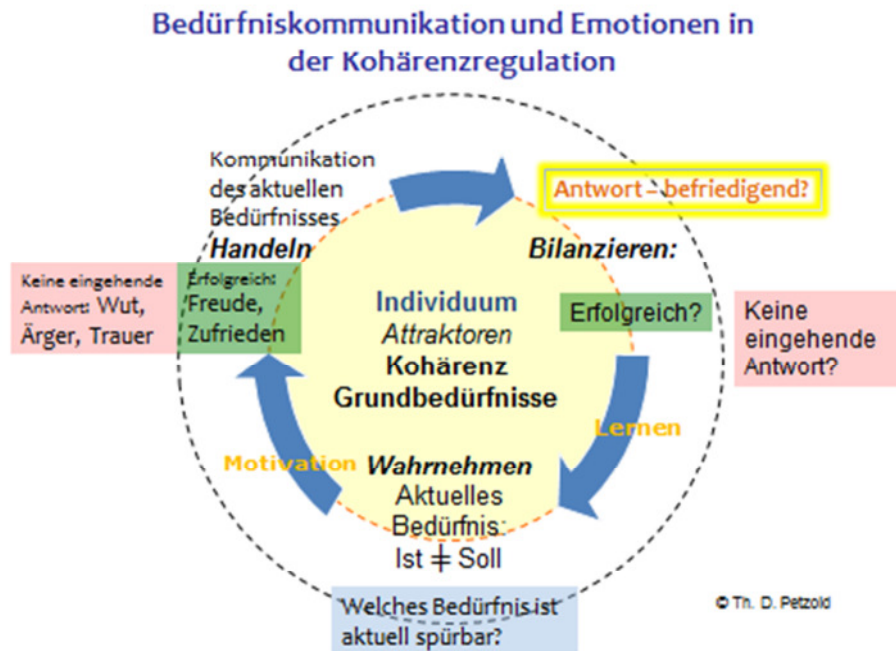


Abb. 3: Bedürfniskommunikation und die Entstehung von Emotionen im Verlaufe der kommunikativen Kohärenzregulation

In der Therapie achten wir deshalb besonders auf Emotionen, ihren Ausdruck und Kontext der Entstehung. Wir suchen gemeinsam mit dem Patienten das hinter der Emotion liegende Bedürfnis, das möglicherweise erfolgreicher kommuniziert werden möchte. Zum Beispiel verleiht Wut dem Bedürfnis Ausdruck, gesehen oder gehört, also beachtet zu werden. Dieses Bedürfnis kann unter Erwachsenen angemessener und erfolgreicher kommuniziert werden als mit einem Wutausbruch, indem der Betreffende z.B. sagt: „Bitte höre mir mal zu!“ oder: „Ich wünsche mir, dass du mein Anliegen beachtest.“ oder auch: „Ich bin wütend, weil ich mir wünsche, dass du mich beachtest, aber den Eindruck habe, dass du mir gar nicht zuhörst.“.

Ein Bedürfnis und eine dazugehörige Emotion möchte ich hier noch besonders erwähnen, da es bislang kaum Beachtung in der psychotherapeutischen Fachliteratur gefunden hat, aber in der täglichen Praxis sehr häufig vorkommt. Das angeborene menschliche *Bedürfnis nach Kooperation* ist erst in den letzten Jahren wissenschaftlich eingehend untersucht und nachgewiesen (Tomasello 2010, Bauer 2008). Demnach haben Menschen im Unterschied zu Primaten ein angeborenes Grundbedürfnis nach Kooperation. Dieses Bedürfnis äußert sich bereits im zarten Alter von 12 Monaten, also bevor das Kind sprechen kann. Wenn der gewünschte Kooperationspartner nicht auf dieses Bedürfnis eingeht, kommt Ärger auf, schon das Kleinkind wird ärgerlich. Die Emotion ‚Ärger‘ verleiht also dem Bedürfnis nach Kooperation Nachdruck. Ärger wird sehr leicht mit Wut verwechselt, die Emotionen sind nahe beieinander. Auch die dahinter liegenden Bedürfnisse sind nahe

beieinander: Wenn jemand nicht auf mein Angebot zur Kooperation eingeht, fühle ich mich auch nicht beachtet. Allerdings ist es in Beratung und Therapie oft sehr lohnend, diese beiden Emotionen und Bedürfnisse zu unterscheiden, weil die Lösung sehr unterschiedlich sein kann. Das Bedürfnis nach Kooperation lässt sich meist sehr gut auf der Erwachsenenenebene durch klare Absprachen befriedigend kommunizieren und regulieren. Bei Wut will der Mensch nicht nur mit seinem Beitrag auf der Arbeitsebene angenommen werden sondern als ganzer Mensch, so wie er gerade ist und sich fühlt. Das lässt sich nicht mit Absprachen der Arbeitsteilung befriedigen. Hier ist eine Eltern-Kind-Beziehung gefragt. Bei der Auflösung von Ärger ist eine partnerschaftliche Kooperation gefragt. Dieser Unterschied ist z.B. auch in Partnerschaftskonflikten sehr wichtig für eine befriedigende Bedürfniskommunikation.

Emotional berührte Zustände sind für die Therapie auch deshalb besonders wichtig, da dann in unserem Gehirn (im limbischen System) Botenstoffe freigesetzt werden, die ein tieferes Lernen von neuen Kommunikationsmöglichkeiten fördern (Hüther 2004).

1. Gesprächsphase: einstimmen und die Intention abstimmen

Die Beratung beginnt schon vor der Beratung – und zwar mit der Einstellung des Therapeuten zur Behandlung und auch mit der Motivation des Patienten (vgl. Gendlin 2004; Grawe 2004). Diese Intention zur Therapie liegt oft im Verborgenen und unscharf komplexen – es bedarf einer ‚heuristischen‘ Einstellung⁶, einer Suche nach einer möglichst einfachen Annäherung an einen komplexen Attraktor – an eine Lösung im Komplexen.

Unsere Intention zur Beratung von Patienten ist offen für eine Abstimmung mit der Intention des Patienten und lässt sich nicht durch andere konkrete Attraktoren abgelenken (wie z.B. Geld sparen, Richtlinien erfüllen ...). Es ist bisweilen schwierig, über die Intention zu reden, weil Gesundheit so komplex und unbestimmt und gleichzeitig individuell ist⁷. Gerade diese Eigenschaft aber macht den Attraktor so nachhaltig wirksam und unterschiedlichen Bedingungen flexibel anpassungsfähig. Eine gemeinsame Intentionalität ist die Voraussetzung für eine gute Kooperation (vgl. Tomasello 2011) also auch für eine erfolgreiche Therapie.

In dialogischer Resonanz den Attraktor stärken

In der ersten Phase eines Patientengesprächs erzählt dieser in der Regel von seinen Problemen und wie es dazu gekommen ist – warum er jetzt professionelle Hilfe braucht. Als Therapeuten nennen wir das ‚Anamnese‘, die Vorgeschichte seiner Erkrankung. In dieser Phase ist es unsere Hauptaufgabe, aufmerksam und aktiv

⁶ ‚Heuristisch‘ ist eine Einstellung, die nach einer Lösung eines komplexen Problems sucht und dabei mit Hilfe weniger Informationen eine möglichst gute Entscheidung trifft.

⁷ Gigerenzer u.a. sprechen in diesem Zusammenhang von „Intuition“ oder „Bauchgefühl“. Unter kommunikativem Aspekt bezeichne ich das Phänomen als Resonanz auf ‚imaginäre Informationen‘ bzw. ‚implizite Kommunikation‘. Dadurch wird m.E. eine differenziertere Betrachtung möglich.

zuzuhören. Insbesondere gilt es, die expliziten und impliziten Motivationen und Ressourcen des Patienten wahrzunehmen, seine attraktiven Gesundheitsziele und persönlichen Fähigkeiten.

Für die komplexen Vorgänge des Lebens wie insbesondere alle Entwicklungsvorgänge, wozu Gesundung gehört, spielt das implizite neuropsychische Verarbeitungssystem die größere Rolle: Das explizite Verarbeitungssystem kann pro Sekunde 40-50 Bits verarbeiten, das implizite etwa 40-50 Millionen Bits. Neben den explizit mitgeteilten Fakten beobachten wir deshalb die impliziten Botschaften, den Tonfall, die Haltung, die Mimik und Gestik und hören, ob zwischen den Worten Signale von Besserungstendenzen, von Stärke und Freude, von Hoffnung und positiver Motivation wahrzunehmen sind. Daraus können wir Rückschlüsse auf Bedürfnisse und attraktive Ziele und Fähigkeiten ziehen⁸.

Im dialogischen Resonanzmodell zwischenmenschlicher Kommunikation findet ein wechselseitig-gemeinsamer Annäherungsvorgang an einen Attraktor statt.

Durch ein synergistisches Zusammenwirken können die Dialogpartner in Resonanz zu einer anregend kreativen Lösung kommen und neue gesunde Entwicklungen schaffen.

Kooperation mit gemeinsamer Intention



Abb.4: Kooperation mit gemeinsamer Intention

⁸ Der *Ursprung* und damit auch der motivierende Attraktor einer Dynamik wird oft von der Kohärenz des Übersystems vorgegeben – von Familie, Kultur und Biosphäre. Das darauf bezogene Verhalten wird „Anpassung“ genannt. In der systemischen Therapie arbeiten wir mit diesen oft sehr subtil wirksamen Informationen aus dem Übersystem (Watzlawick 2000; Satir 1991; Minuchin et al 1983; Schweitzer & Schlippe 2007). Das Individuum befindet sich in systemischer Resonanz zum Übersystem (Petzold 2000a,b, 2010, 2011b,c, 2012b). *Ursachen* können definitionsgemäß sowohl im kleinen als im großen konkreten Sächlichen liegen, im sog. Objektiven.

Da während des Zuhörens der Berater schon seine Wahrnehmungen im Sinne des Regulationskreises durchdenkt und dort Hypothesen über mögliche hilfreiche Handlungsschritte bildet, kann er am Ende der Einstimmungsphase schon brauchbare Hypothesen zur gesunden Entwicklung des Patienten parat haben. Z.B. war nach dem Bericht von Klaus R. (s.o.) meine Hypothese, dass er in der Beziehung zu seiner Familie sowohl einen gesunden Attraktor für Entspannung und emotionale Geborgenheit hatte wie auch eine Ressource dazu.

Diese Hypothese kann der Therapeut allerdings nicht bilden, wenn er nur mit dem Leiden, den Problemen des Patienten empathisch ist und mitleidet. Er muss seine Aufmerksamkeit, einschließlich seines Mitgefühls, auch auf die motivierenden attraktiven Gesundheitsziele und die Fähigkeiten und andere Ressourcen des Patienten richten. Heuristisch findet er erst angemessene Lösungsmöglichkeiten, wenn er sich auf den Attraktor des Patienten einstimmt, sich in dessen Kohärenzregulation ‚einloggt‘.

Patient und begleitender Helfer im Dialog



Abb.5: Patient und begleitender Helfer im Dialog

Zum Beispiel: Martin A., 42 Jahre alt, Handwerkermeister, war mit einem Tinnitus rechts beim HNO-Arzt, der ihm zehn Infusionen und Pentoxifyllin (ein durchblutungsförderndes Medikament) für drei Monate verordnet hatte (typisch für eine pathogenetisch orientierte ‚Kurzschluss-Entscheidung‘ (Petzold 2013, S. 267). Da er diese Behandlung nicht so gerne über sich ergehen lassen wollte, fragte er mich, ob es noch andere Möglichkeiten gäbe. Ich bat ihn, mir genau zu schildern, wie, wann und wo das Ohrgeräusch zum ersten Mal aufgetreten ist und es stärker bzw. schwächer wird. Er berichtete, dass es im Zusammenhang mit einem größeren Geschäftsprojekt vor einem halben Jahr richtig deutlich geworden sei. Besonders intensiv werde es, wenn er Termine mit Kunden oder möglichen Geschäftspartnern habe, meist am Nachmittag. Wenn er es schaffe, sich mittags hinzulegen, verschwindet das Ohrgeräusch. Im Gespräch kamen noch verschiedene Aspekte aus seiner Familie zur Sprache, die zeigten, dass der Vater arbeitsbedingt wenig zuhause

war, und die Mutter eine engere Bindung zum Sohn pflegte. Eine konkrete Lösung seiner Problematik ergab sich recht einfach dadurch, dass er seine Entspannungsfähigkeit in der Mittagszeit als Ressource pflegt und auch weiter immer wieder auf das Gefühl von Entspannung achtet sowie auf einen guten Rhythmus von Entspannung und Anspannung. Dadurch konnte er sowohl seine beruflichen Ziele verfolgen als auch Raum für seinen Wunsch nach Geborgenheit in der Entspannung finden. Nach diesem Gespräch konnte er mit seinen Ohrgeräuschen derart salutogen umgehen, dass diese sich nur noch selten meldeten und wenn, dann eine wichtige Erinnerung an seinen Attraktor waren.

2. Wahrnehmen und finden, was bedeutsam ist

In der ersten Phase des Dialogs war der Blick des Patienten zurück gerichtet auf die Entstehung der aktuellen Situation, die Anlass für das Hilfesuchen beim Therapeuten war. Wenn wir in dieser Phase den Attraktor schon klar gefunden haben und uns als Therapeut unter diesen eingestimmt und damit ein dialogisch kooperatives System gebildet haben – implizit oder/und explizit – können wir jetzt die Aufmerksamkeit in Richtung Zukunft schwenken. Das beginnt mit der Wahrnehmung des aktuellen Befindens, Befundes und Bedürfnisses: Wie wünscht sich der Patient die Lösung des Ist-Problems in der Zukunft? Was ist seine Wunschlösung? Hier im Wünschen kann das motivationale Potential aktiviert werden, das gewährleisten soll, dass wirklich das ‚Wirklich-Mögliche‘ (Fischer 2013; Weizsäcker 2005), „größtmögliche Eigenaktivität“ (WHO) angesteuert wird; dass wir nicht schon vorab resigniert mit einem sehr suboptimalen Ziel zufrieden sind, wie es in der heutigen Definition von „Chronikern“ zum Ausdruck kommt (vgl. Petzold 2013; Wilm 2013).

In der salutogenen Kommunikation beschränken wir unsere Empathie nicht nur auf das Leiden des Patienten sondern richten es ganz bewusst auf seine Bedürfnisse, Anliegen und positiv erlebten Aspekte, wie Freude, Wohlbefinden, Stimmigkeit, seine attraktiven Gesundheitsziele sowie Fähigkeiten und andere Ressourcen: auf seine Selbstheilungsfähigkeit.

Diese Art der Empathie ist bereits ein zentraler Baustein unserer ‚Diagnose‘. Diese ist nicht nur eine Krankheitsdiagnose, wie sie in der pathogenetisch orientierten Medizin gestellt wird, sondern eine ganzheitliche Diagnose, die die Selbstregulationsfähigkeit, die Gesundheitsziele und Ressourcen, miteinbezieht. Damit sind wir in der 2. Phase des salutogenen Dialogs.

Im Klienten läuft während des Gesprächs ein intensiver Suchvorgang nach einer Lösung seines Problems. Das führt dazu, dass er offen besonders für Lösungsimpulse ist und so am leichtesten in Resonanz mit Impulsen vom Berater geht, wenn diese eine Annäherung an seinen Attraktor erwarten lassen, versprechen oder ermöglichen. Ein besonders eindrucksvolles weil ungewolltes und ungeahntes Beispiel dazu berichtet der weltbekannte Herzchirurg Bernard Lown aus Harvard in seinem Buch „Die verlorene Kunst des Heilens“, wie trotz pathologischer Befundmitteilung ein Patient salutogen reagiert: Ein schwer herzkranker Patient, den sie in der Klinik schon aufgegeben hatten, zeigte überraschend eine deutliche

Besserung und konnte sogar wieder entlassen werden – für Lown ein „Wunder“. Der Patient berichtete sechs Monate später bei einer Konsultation, wie dies „Wunder“ geschehen war: „Am Donnerstagmorgen kamen Sie mit Ihrem ganzen Tross herein, stellten sich um mein Bett herum und schauten drein, als läge ich bereits im Sarg. Sie haben Ihr Stethoskop auf meine Brust gesetzt und jedermann gedrängt, sich den ‚gesunden Galopp‘ anzuhören. Ich dachte mir, wenn mein Herz noch zu einem kräftigen Galopp fähig ist, könnte ich ja gar nicht im Sterben liegen. Und von Stund an ging’s bergauf mit mir. Sehen Sie, Herr Doktor, es war gar kein Wunder. Der Geist hat den Körper bezwungen.“ (Lown 2004, S.110f).

Oft ist es hilfreich, das attraktive Ziel, die Hoffnung oder Erwartung des Patienten explizit zu erfragen. Das erfüllt zweierlei Zweck: 1) Kann sich der Arzt dann sicherer sein, dass er mit seinem Beratungsziel und seiner Intention mit dem Patienten übereinstimmt und damit die Grundlage für eine gute dialogische Kooperation gegeben ist. Dann kann er auch zum besseren gemeinsamen Verstehen die wichtigsten Begriffe des Patienten verwenden. 2) Wird beim Patienten das Ziel, auch Bedürfnis, in seiner Attraktivität verstärkt, wenn er es benannt hat.

Von der Wahrnehmung zum Handeln: zwei motivationale Systeme

Wenn wir etwas als attraktiv wahrnehmen, wird unser motivationales Annäherungssystem stimuliert. Wenn wir etwas als bedrohlich wahrnehmen, wird das Abwendungssystem (auch oft Vermeidungssystem genannt) aktiviert (vgl. Grawe 2004; Elliot 2008; Bauer 2004). Letzteres ist mit dem Angstzentrum und dem Stresssystem eng verbunden. Das Annäherungssystem dagegen sorgt über Dopaminausschüttung im Lustzentrum für eine innere Belohnung, mit einem Lustgefühl, dafür, dass wir weiter aktiv auf dem Wege der Annäherung an unseren Attraktor bleiben⁹.

Zum Beispiel Herbert D., 58 Jahre alt, Lehrer, früher sehr selten krank, immer sehr pflichtbewusst und gewissenhaft, war vor zwei Jahren von seinem Hausarzt wegen eines Burn-out über fünf Monate krankgeschrieben. Seitdem wegen Bluthochdruck und wiederkehrender Herzbeschwerden in ständiger ärztlicher Behandlung und auch wegen anderer Beschwerden, wie Lumbalgie, Schulter-Arm-Syndrom, Grippe usw. arbeitsunfähig. Jetzt leidet er seit vier Monaten verstärkt unter Angstzuständen, wacht nachts schweißgebadet vor Angst auf, kann nicht mehr einschlafen, tagsüber kommen überfallsartig Angstzustände mit Herzrasen und hohem Blutdruck und Phasen, wo er lange ins Grübeln kommt. Auf die Frage nach seinem Wunsch kommt schnell und klar: „Nicht mehr in die Schule!“ Dann kommt das „Aber“: Dann verdient er nicht mehr genug, um die Kredite für sein Haus zu bedienen und die Ausbildung seiner Kinder zu finanzieren. Wenn er das mit einbezieht, ist seine Wunschlösung: „Noch bis 63 arbeiten!“. Dann könne er in Pension gehen und wäre finanziell gesichert. Das bedeutet, noch fünf Jahre zu arbeiten in einer Arbeitsstelle, wo er

⁹ „Wanting“ s. Grawe 2004; vgl. auch im Aufsatz von W. Fischer die „Zielursache“ (Aristoteles), die Verwirklichung des Möglichen, „biographische Orientierung an der Zukunft“ (V. v. Weizsäcker).

eigentlich nicht mehr hin möchte. Immer wenn er an die Arbeit denkt, kommt er ins Grübeln und ihn überfallen wieder Angstattacken mit Herzrasen. Offensichtlich ist sein Abwendungssystem (die Angst) so stark mit der Arbeit verknüpft und sein Annäherungsmodus zu schwach, um erfolgreich für ein Gefühl von Sicherheit und für Entspannung und damit eine Annäherung an Wohlbefinden zu sorgen. Für die innere Verknüpfung von Leistung und Angstsystem finden wir Gründe in seinen Kindheitserfahrungen, wo zum einen der Vater ihn wiederholt geschlagen, als vollkommen unfähig hingestellt und beschimpft hat – selbst dann, wenn er eine anerkannt gute Leistung erbracht hatte – und zum anderen die Mutter den ganzen Tag angestrengt am Arbeiten war. Jetzt geht es darum, dafür zu sorgen, dass er wieder in einen Annäherungsmodus findet, wo er vertrauen, sich sicher fühlen, entspannen und „sich selbst“, „seine eigene Melodie des Lebens“ (LeShan 2010) finden kann.

Selbstverständlich ist, dass wir von der Selbstwahrnehmung des Patienten ausgehen. Es geht um seine gesunde Selbstregulation, so steht diese im Mittelpunkt. Durch unsere Wahrnehmung von außen *ergänzen* wir die Selbstwahrnehmung auf allen Ebenen zusätzlich mit unserer Fachkompetenz und Erfahrung.

Wenn uns eine Gefahr bedroht (das kann auch eine seelische Kränkung sein), versuchen wir, diese abzuwenden – entweder durch Kampf oder Flucht. Wenn uns das gelungen ist, ist unser Selbstvertrauen gestärkt und wir fühlen uns erst mal sicher, für die nächste Bedrohung gut gerüstet, und können uns wieder unseren Annäherungszielen zuwenden.

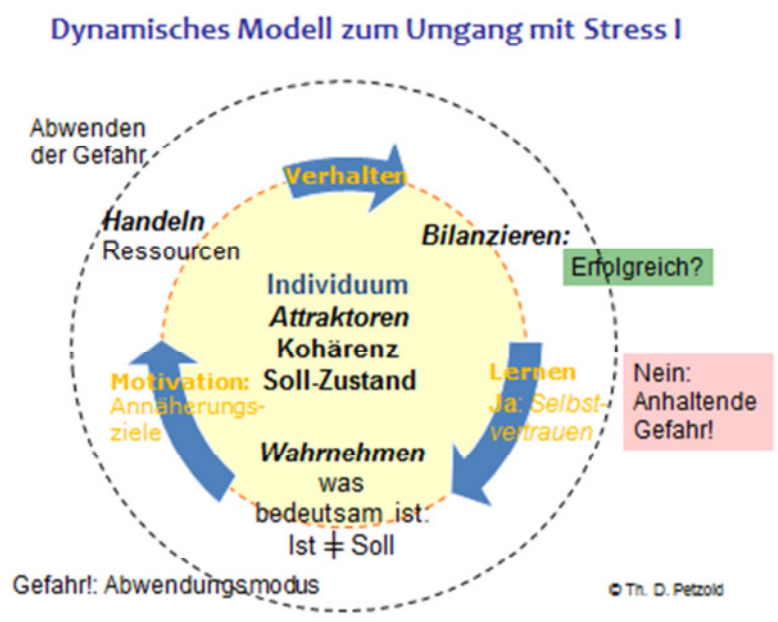


Abb.6: Stress 1 im Selbstregulationsmodell

Wenn es uns nicht gelingt, die Gefahr abzuwenden, wird unser Abwendungssystem noch aktiver, unsere Aufmerksamkeit für Gefahren wird erhöht, wir nehmen schon geringste Warnzeichen für Gefahren wahr, und der Stresspegel steigt an (s. Grafik

Stress II). Wenn eine solche (traumatische) Erfahrung in der frühen Kindheit gemacht wurde (wie Herbert D. sie erlebt hatte), kann es nachfolgend dazu kommen, dass an vielen Stellen eine Bedrohung gesehen wird, dass vieles als bedrohlich erlebt wird – hier insbesondere die Arbeitssituation mit den Vorgesetzten.

Dann beeinflussen also die Aktivitätszustände dieser neuropsychischen motivationalen Systeme auch unsere Wahrnehmung: Wenn wir im Abwendungsmodus sind, nehmen wir stärker Gefahren wahr, wenn wir im Annäherungsmodus sind, nehmen wir mehr die schönen Seiten unserer Umgebung wahr – das Glas ist halb leer oder halb voll. So konnte Herbert D. zunächst nicht zur Entspannung kommen. Je mehr er sich im Gespräch sicher fühlte, desto mehr fielen ihm Annäherungsziele ein und andersherum: Je mehr er sich attraktiven Dingen widmete, desto mehr Zugang fand er zu seinen Ressourcen und konnte er sich sicher fühlen. In dem Modell der kommunikativen Kohärenzregulation kann man diesen Vorgang, der bei vielen Menschen mit langwierigen Erkrankungen zu beobachten ist, wie folgt veranschaulichen.

Dynamische Kohärenzregulation im Dauerstress II

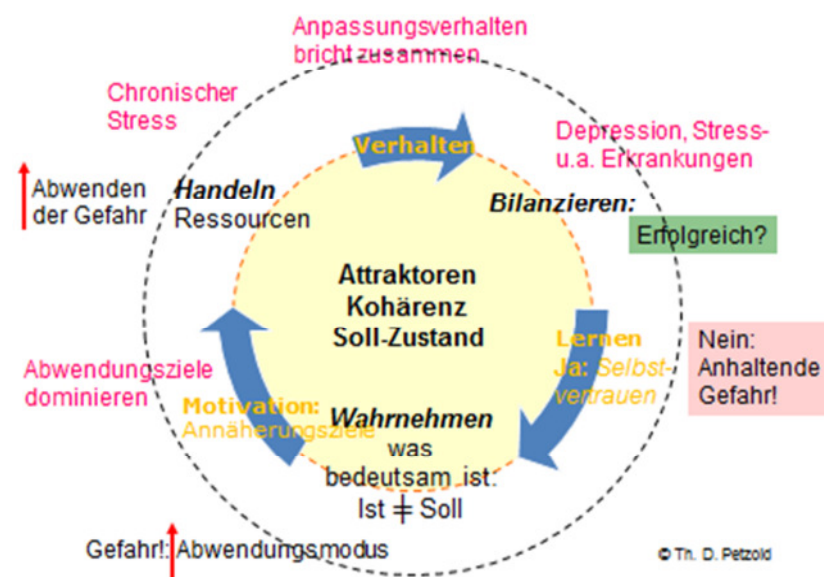


Abb.7: Stress 2

3. Phase: Eigenaktivität und Therapie

In den ersten beiden Phasen des Gesprächs ging es darum, Bereiche von Unstimmigkeit und Stimmigkeit im Erleben des Patienten zu teilen und ihre Wechselbeziehung zu klären und ggf. zu dynamisieren, wo erforderlich. Jetzt geht es darum, mehr Erfolg (=Stimmigkeit) in der Bedürfniskommunikation – also beim Annähern an die gesunden Attraktoren – zu finden.

Die erste Phase ist weitgehend bestimmt von der Narration des Patienten, die zweite mehr von den Fragen des Arztes. In der dritten Phase wird nun gemeinsam nach einer stimmigen Lösung der Unstimmigkeiten gesucht. Dabei soll der nächste Schritt zur Annäherung an Stimmigkeit und Gesundheit machbar werden. Dieser nächste Schritt kann eine Aktivität (z.B. ein Gespräch mit Angehörigen oder Kollegen, eine

Ernährungsumstellung o.a. Verhaltensänderung, auch sogar Tablettenschlucken) sein, oder auch ein relativ passives Erdulden einer ärztlichen Behandlung (wie eine Operation) – je nachdem, was gerade stimmig ist.

Eine besondere Technik der Salutogenen Kommunikation ist der ‚imaginierte Dialog‘. Dabei kommuniziert der Patient seine ihm wichtigsten emotional intensivsten (oft kindlichen) Bedürfnisse mit der ihm wichtigen Bezugsperson unter der moderierenden Supervision des Therapeuten. In diesen imaginierten Dialogen können sehr schnell und einfach tiefe emotionale Verstrickungen und Loyalitätskonflikte gelöst sowie Introjekte externalisiert werden (Petzold 2011a).

Dafür spielt die innere Wechseldynamik zwischen Abwendungssystem und Annäherungssystem in mehreren Daseins-Dimensionen eine besondere Rolle. In dieser 3. Phase geht es ums Handeln: entweder Abwehr/Vermeidung oder Annäherung.

Nicht nur langwierig Erkrankte zeigen hier oft ein ambivalentes bis widersprüchliches (oft double-bind) Verhalten, viele erleben es auch subjektiv. Sie wollen sich z.B. einem attraktiven Partner annähern und verhalten sich abwendend; oder auch andersherum: Sie möchten zum Vorgesetzten „Nein“ sagen und sagen „Ja“. Oft drückt ihr Körper beides gleichzeitig aus: z.B. empfindet er Schmerzen bei einer Annäherungsbewegung (z.B. durch Beugen der Arme etwas zu sich heranziehen) oder Traurigkeit bei einer Abwehrbewegung (durch Strecken der Arme jemanden wegstoßen oder sich von jemandem abwenden); oder die Mimik drückt Angst und Schmerz bei einer Annäherungsbewegung aus (auf jemanden Geliebten zugehen) usw. Diese inneren psychophysischen Spannungszustände zwischen emotional gegensätzlich verknüpften Verhaltensrichtungen führen bei längerem Bestehen zu verschiedensten organischen Veränderungen (vgl. Grossarth-Maticsek 2003; Grawe 2004; Elliot 2008). Die Verhaltensrichtungen drücken motivierende Bedürfnisse aus. Emotionen sind als Ausdruck hedonistischer Bewertung von Antworten auf die präverbale Mitteilung von Bedürfnissen zu verstehen, als Ausdruck von „liking“ bzw. „disliking“.

Bei Martin A. (s.o.) war es die Annäherungsbewegung an beruflichen Erfolg, die mit einem innerem Spannungszustand verknüpft war, weil innerlich unbewusst die Angst bestand, das Gefühl emotionaler Geborgenheit bei der Mutter zu verlieren, wenn er sich dem beruflichen Erfolg zuwendet. Den Verlust dieses Geborgenheitsgefühls wollte er vermeiden. So entstand ein stressiger Ambivalenzkonflikt zwischen Annäherung an beruflichen Erfolg und Vermeidung von mütterlichem Liebesverlust. Durch ein bewusstes Zulassen und Erkennen der sich emotional scheinbar widersprechenden Bedürfnisse konnte er sich von deren Prägung in der Kindheit distanzieren und in seinem gegenwärtigen Leben einen Rhythmus finden, der ihm beides im gesunden Wechsel ermöglichte: durch angespannte Arbeit beruflichen Erfolg finden sowie Entspannung im Gefühl von Nähe und Geborgenheit in partnerschaftlicher Beziehung. Sein nächster Schritt in diese Richtung war die regelmäßige Entspannung in der Mittagspause.

Bei Herbert D. war der Abwendungsmodus sehr ausgeprägt und stark verknüpft mit seinem Arbeitsumfeld. Hingegen ist sein Annäherungsmodus mit Pflichtgefühl verbunden. Über dieses Pflichtgefühl fühlte er sich intentional zugehörig zu seiner Mutter, die früher sehr viel und angestrengt den ganzen Tag gearbeitet hat. Das motivierende Grundbedürfnis war das nach Kooperation und Zugehörigkeit zur Familie. So war er von Kindheit an bemüht, seine Pflichten sehr gut zu erledigen. Obwohl es ihm meistens gut gelang (gemessen an den Beurteilungen der Lehrer) strafte sein Vater ihn oft mit Schlägen und Beschimpfungen. Dadurch baute sich eine Angst vor unberechenbarer Strafe auf, die sein Bemühen um Pflichterfüllung, um Zugehörigkeitsgefühl, begleitet. Im Gespräch nehmen wir dieses Annäherungsziel Zugehörigkeitsgefühl auf und schauen gemeinsam, welche Möglichkeiten er heute finden kann, sich zugehörig und wohl zu fühlen – auch ohne seine Arbeitspflichten – und wie er sein Bedürfnis nach Kooperation mit seinen Kollegen erfolgreicher kommunizieren kann. Dabei ist es hilfreich, sich immer wieder von den Bestrafungen des Vaters wie auch dem angestregten Arbeiten der Mutter innerlich zu distanzieren. In diesem Prozess kann er zu seinen Emotionen finden, diese annehmen, verarbeiten und neue erfüllende Handlungsweisen erschließen. Er nimmt sich als nächsten Schritt vor, regelmäßig mit seiner Frau gemeinsam etwas Schönes zu erleben, spazieren zu gehen und Sport zu treiben. Mit einer derartigen Entscheidung endet die dritte Phase des Gesprächs.

4. Phase: Imaginiertes Bilanzieren

Wenn der Patient im Dialog zu einer Entscheidung für den nächsten Schritt gekommen ist, kann er diesen in der Imagination durchspielen. So kann Martin A. sich vorstellen, wie es ist, wenn er mittags nach dem Essen für 20-30 Minuten entspannt – klappt das jeden Tag? Braucht er evtl. noch Vorkehrungen dazu, damit er nicht gestört wird? Kann er es auch, wenn viele Termine anstehen? Wie wird er sich währenddessen und hinterher fühlen? Ist es schon das „Bestmögliche“, die „größtmögliche Eigenaktivität“? Gibt es noch tiefere, womöglich kindliche Bedürfnisse, die kommuniziert werden möchten? Durch eine derartige Imagination können schon Hindernisse frühzeitig ausgemacht werden und ggf. aus dem Weg geräumt werden. Es kann auch vorkommen, dass sich dabei herausstellt, dass die Entscheidung auf so starke Hindernisse stößt, dass es ratsam erscheint, eine andere zu überlegen und zu treffen.

Bei Herbert D. ergab die Imagination z.B., dass voraussichtlich die kranke Schwiegermutter öfter Hilfe braucht und damit den Plan der Eheleute, gemeinsam einen Spaziergang zu unternehmen, zunichtemachen könnte. So musste noch bedacht und organisiert werden, dass diese versorgt wird und sie dann ihren Spaziergang machen.

Reflexion und Ausblick

Für eine gesunde Entwicklung ist wohl besonders die basale Dominanz des Annäherungssystems wichtig zu sein. Um diese zu erreichen, ggf. wiederherzustellen, bedarf es der Anregung wichtigster Attraktoren. Diese finden sich anscheinend am komplexesten und nachhaltigsten in einem Gefühl von Sinnhaftigkeit (Antonovsky 1997; Frankl 1987; Hüther 2004 und „Sinn-Stiftung“; Spitzer 2007; Petzold 2009b,

2010). Mit einem stimmigen Gefühl von Sinnhaftigkeit können persönliche Bedürfnisse, der Glaube (spirituelle Dimension), das Erkennen von globalem Sinn (z.B. Ökologie), kulturell bedeutsame Tätigkeit, lustvoll aufbauende zwischenmenschliche und familiäre Beziehungen sowie das eigene Wohlergehen verbunden werden. Im Laufe eines Tages, eines Jahres bzw. des ganzen Lebens ist mal die eine Lebensdimension und mal die andere im Vordergrund. Salutogen ist in jedem Fall, wenn das Gefühl von Sinnhaftigkeit basal und verbindend vorhanden ist – unabhängig davon, in welcher Dimension ein Mensch gerade aktiv ist.

Bei langwierigen Erkrankungen scheinen salutogene Dialoge unter Berücksichtigung der kommunikativen Kohärenzregulation geeignet, erstarrte Kommunikationsmuster wieder derart zu dynamisieren, dass eine gesunde Entwicklung möglich wird. Dabei werden zur erfolgreichen Kommunikation von alten Bedürfnissen neue Möglichkeiten erschlossen. Dadurch wird mehr Kohärenzerleben in unterschiedlichen Lebensdimensionen wahrscheinlich. Ein sehr wichtiger – bisher zumindest in der Theorie – sehr vernachlässigter Aspekt sind die attraktiven, subjektiv motivierenden Ziele für gesunde Entwicklung. Sie leiten die gesunde autonome und kommunikative Kohärenzregulation zu bestmöglichem Erfolg.

Literatur

- Antonovsky A (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Tübingen: dgvt.
- Bauer J (2004): Das Gedächtnis des Körpers. München: Piper Verlag.
- Bauer J (2008): Das kooperative Gen. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Elliot, A. J. (Ed.).(2008). Handbook of approach and avoidance motivation. New York: Psychology Press.
- Faulstich J (2008): Das heilende Bewusstsein. München: Knauer.
- Fischer W (2013): Chronizität – was ist wirklich möglich? In: Petzold & Bahrs (Hrsg.): Chronisch krank und doch gesund. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, S.43-55.
- Frankl VE (1987): Der Wille zum Sinn. Ausgewählte Vorträge über Logotherapie. München: Pieper.
- Gadamer HG (1993): Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gendlin ET (2004): Focusing- Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 4. Aufl.
- Gigerenzer, G. (2007): Bauchentscheidungen. Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition. München: Bertelsmann.
- Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grossarth-Maticek, R. (1999): Systemische Epidemiologie und präventive Verhaltensmedizin chronischer Erkrankungen. Berlin-New York: de Gruyter.
- Grossarth-Maticek, R. (2000): Autonomietraining. Berlin-New York: de Gruyter.
- Grossarth-Maticek, R. (2003): Selbstregulation, Autonomie und Gesundheit. Berlin-New York: de Gruyter.
- Grossarth-Maticek R. & Petzold T. D. (2007): Ein starkes Zugehörigkeitsgefühl vervierfacht die Chance auf ein langes gesundes Leben. In: Krause, Chr., Lehmann, N., Lorenz, R.-F., Petzold, T.D. (Hrsg.) (2007): verbundenen gesunden – Zugehörigkeitsgefühl und Salutogenese. Bad Gandersheim: Gesunde Entwicklung.
- Hüther G. (2004): Die Macht der inneren Bilder. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kriz J (1999): Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Wien: Facultas.
- LeShan L (1989): Diagnose Krebs: Wendepunkt und Neubeginn. Stuttgart: Klett-Cotta; 7.Auflg. 2006.
- LeShan L, Büntig W (2010): Die Melodie des eigenen Lebens finden. Interview auf DVD. Müllheim: Auditorium .
- Lown B (2004): Die verlorene Kunst des Heilens – Anleitung zum Umdenken. Stuttgart: suhrkamp.

- Maslow AH (1954/2008): Motivation und Persönlichkeit. Reinbek: rororo.
- Minuchin S, Rosman BL, Baker L (1983): Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Peitgen, H.-O., Saupe, D., Jürgens, H. (1994): C.H.A.O.S. Bausteine der Ordnung. Stuttgart: Klett-Cotta/Springer.
- Petzold TD (2000a): Gesundheit ist ansteckend! Bad Gandersheim: Gesunde Entwicklung.
- Petzold TD (2000b): Resonanzebenen – Zur Evolution der Selbstorganisation. Heckenbeck: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Petzold TD (2000c): Das Maßgebliche – Information Synthese Subjekt. Heckenbeck: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Petzold TD (2005): Die ärztliche Gesprächsführung im Sinne einer salutogenen Kommunikation. In: Erfahrungsheilkunde 2005; 54, S. 230-241.
- Petzold TD (2007a): Wissenschaft und Vision. In: DER MENSCH I/2007.
- Petzold TD (2007b): Im Fokus der Therapie steht die Selbstregulation. In: Der Merkurstab 1/07, S.36-43.
- Petzold TD (2007c): Bedürfniskommunikation. In: Psychotherapie Forum Vol. 15 No.3 2007 S.127-133.
- Petzold TD, Lehmann N. (2009a): Salutogene Kommunikation zur Annäherung an attraktive Gesundheitsziele. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung (Brosch.).
- Petzold TD (Hrsg.) (2009b): Herz mit Ohren – Sinnfindung und Salutogenese. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Petzold TD (2010): Praxisbuch Salutogenese – Warum Gesundheit ansteckend ist. München: Südwest-Verlag.
- Petzold TD (2011a): Salutogene Kommunikation. In: Petzold TD, Lehmann N (Hrsg.)(2011): Kommunikation mit Zukunft. Salutogenese und Resonanz. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung. S.141-163.
- Petzold TD, Lehmann N (2011b): Salutogenesis, globalization, and communication. In: Special Issue of International Review of Psychiatry Dec 2011, Vol. 23, No. 6, Pages 565-575.
- Petzold TD (2011c). Systemische und dynamische Aspekte einer Meta-Theorie für Gesundheitsberufe und Folgerungen für die Hochschulbildung. Tagungsband der Tagung „Wie können aus Gesundheitsberufen Gesundheitsberufe werden?“ Magdeburg, Hochschulen für Gesundheit e.V.
- Petzold TD (2011d): Emotionen und Kommunikation. In: Der Mensch Heft 42/43: S.44-51. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Petzold TD (2012b): The Basics of Systemic Coherence Regulation - A Discourse on a Dynamic and Systemic Approach to Salutogenesis. In: Exploring Mental Health: Theoretical and Empirical Discourses on Salutogenesis. Lengerich: Pabst Publishers S.157-176.
- Petzold TD & Bahrs O (Hrsg.)(2013). Chronisch krank und doch gesund. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Rollnick S, Miller WR (2004): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 2. Aufl.
- Satir V (1991): Kommunikation Selbstwert Kongruenz. Paderborn: Junfermann.
- Schemmel, H. & Schaller J. (2003): Ressourcen – Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Tübingen: dgvt.
- Spitzer, M. (2007): Vom Sinn des Lebens. Stuttgart: Schattauer.
- Schweitzer J & Schlippe A v (2007): Lehrbuch der Systemische Therapie und Beratung II. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Tomasello M (2010): Warum wir kooperieren. Berlin: suhrkamp verlag.
- Tomasello M (2011): Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation. Frankfurt/M: suhrkamp.
- Tress W, Kruse J, Ott J (2004): Psychosomatische Grundversorgung. Stuttgart: Schattauer.
- Uexküll Tv & Wesiack W (1991): Theorie der Humanmedizin. München: Urban und Schwarzenberg, 2.Auflg.1991.
- Vohs KD & Baumeister RF (Eds.)(2011). Handbook of Self-Regulation. 2nd Ed., New York: Guilford Press.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., Jackson, D. D. (2000): Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Para-doxien. Bern: Huber, 10. Aufl..
- Weizsäcker Vv (2005): Pathosophie, GS 10. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Weizsäcker Vv (1951): Der kranke Mensch. Stuttgart: Koehler.

Wilm S (2013): Chronic care oder: Wie kann man trotz chronischer Erkrankung gut leben? In: Petzold & Bahrs (Hrsg.): Chronisch krank und doch gesund. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, S.57-77.

WHO (1981): Disability prevention and rehabilitation. Technical Report Series 668. Genf. 1981. Seite 9. http://de.wikipedia.org/wiki/Rehabilitation_vom_17.04.2013.