

THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG: DER EINFLUSS VON KOMPETENZORIENTIERUNG UND DER AKTIVIERUNG VERKÖRPERTER RESSOURCEN

PETRA SCHUHLER & MONIKA VOGELGESANG

Median Klinik Münchwies

ZUSAMMENFASSUNG: Eine geglückte therapeutische Beziehung gilt als wesentliche Determinante des Behandlungserfolgs. Auch die Ressourcenaktivierung wird methodenübergreifend als bedeutsamer Therapieerfolgsmotor anerkannt. Unter Erörterung ihrer Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung werden innovative, Ressourcen aktivierende Maßnahmen beschrieben, die auf langjähriger klinischer Erfahrung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation beruhen. Dabei wird zuerst auf die kompetenzorientierte Therapie von Persönlichkeitsstörungen eingegangen, die psychoedukativ mit Hilfe eines dimensional Modells als überoptimale Ausprägungen von durchaus sinnvollen Fähigkeiten erklärt werden. Weiterhin wird die Exploration verkörperter Ressourcen vorgestellt, die sich insbesondere in der Behandlung des pathologischen PC-Internet-Gebrauchs als sehr hilfreich erwiesen hat. Empirische Befunde belegen die Wirksamkeit des ressourcenaktivierenden Vorgehens. Abschließend werden Schlussfolgerungen für die psychotherapeutische Praxis gezogen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Kompetenzorientierung, Verkörperte Ressourcen, Körperresonanz, Therapeutische Beziehung

THERAPEUTIC RELATIONSHIP: INFLUENCE OF COMPETENCE ORIENTATION AND ACTIVATION OF EMBODIED RESOURCES

ABSTRACT: Therapeutic relationship and activation of resources significantly influence success in psychotherapy. Based on clinical experience and empirical studies innovative developments in resource activation and their impact on therapeutic relationship are analysed. A successful model of competence orientation in psychotherapy of personality disorders is described. The exploration of embodied resources opens a formerly closed world of resources, which for instance is very important in psychotherapy of pathological computer/internet users. Empirical results demonstrate the effectiveness of resource activation concerning treatment outcome. Finally, conclusions for psychotherapeutic practise are drawn.

KEYWORDS: competence orientation, embodied activation of resources, body feed-back, therapeutic relationship

EINLEITUNG

Der therapeutischen Beziehung wird schulenübergreifend ein zentraler Stellenwert in der Psychotherapie eingeräumt (Senf & Broda, 2012). Übereinstimmend mit dieser klinischen Haltung weisen auch empirische Studien (Orlinsky et al., 2004) die therapeutische Beziehung als den Mega-Faktor des Behandlungserfolgs aus. Dieser Beitrag beschäftigt sich damit, wie Konzept und Wirkweise der therapeutischen Beziehung beeinflusst werden, wenn Kompetenzorientierung und die Aktivierung verkörperter Ressourcen einen Fokus der psychotherapeutischen Vorgehensweise ausmachen.

Ressourcen werden zunehmend mehr als wesentliches Element in die psychotherapeutische Arbeit einbezogen (Schaller & Schemmel, 2013). Dieser Blick auf die gesunde Seite wurzelt mit Epikur und Seneca allerdings schon in der Philosophie und Heilkunst des Altertums. Im letzten Jahrhundert sind im psychotherapeutischen Rahmen vor allem Ericksons Hypnotherapie (vgl. Benaguid & Schramm, 2016) und Antonovskys Konzept der Salutogenese mit dem zentralen Begriff des Kohärenzgefühls (1985) zu nennen sowie Frankls Logotherapie (1985), in der die Sinnfindung als bedeutende Kraftquelle im Mittelpunkt steht. In neuerer Zeit sind Konzepte lösungsorientierter Therapie (de Shazer, 2015) dazuzurechnen, der Ansatz der positiven Psychologie (Seligman & Csikszentmihaly, 2000) und der Aufbau positiven Erlebens und Handelns von Koppenhöfer (2004). Weiterhin ist in diesem Zusammenhang die Schwerpunktsetzung auf die Resilienzfähigkeit als Ausmaß des Erholungsvermögens von Belastung zu nennen (Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2012). Einen prioritären Platz räumt Graue (2000) der Ressourcenaktivierung als erster, fundamentaler Komponente wirk-

samer Psychotherapie ein: Er fordert die Ressourcenanalyse gleichberechtigt neben die Problemaktualisierung in der Psychotherapie zu stellen.

1 KONZEPTUELLE GRUNDLAGEN

1.1 RESSOURCENORIENTIERTE SICHTWEISEN

Allgemein können Ressourcen definiert werden als die Faktoren, von denen die Bewältigung alltäglicher und besonderer Lebensprobleme wesentlich abhängen. Von ihrer Verfügbarkeit und ihrem Einsatz sind Gesundheit und Wohlbefinden bestimmt. Als besondere Indikation für die gezielte Aktivierung von Ressourcen gelten diagnoseübergreifend ausgeprägte Gefühle von Verzweiflung, Hilf- und Hoffnungslosigkeit (Willutzki & Teismann, 2013). Eine habituell negative Grundeinstellung, die oft psychische Erkrankungen prägt, kann durch die Eröffnung einer Ressourcen-Perspektive positiv beeinflusst werden. Darüber hinaus wird die Integration einer positiven Selbstwahrnehmung und eines Selbstwirksamkeitserlebens gefördert. Nicht zuletzt profitiert die therapeutische Beziehung: Das Vertrauen in die therapeutische Person und den therapeutischen Plan, die eigene Zielsetzung des Patienten, seine Offenheit, seine aktive Mitarbeit und die Aufnahmebereitschaft für therapeutische Anstöße werden gestärkt (Orlinsky et al., 1996). Dies trägt zum Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitserleben und zur Frustrationstoleranz bei und wirkt wiederum verstärkend auf die Ressourcenpotenziale zurück. Defiziten in Therapiemotivation und Kooperationsbereitschaft wird entgegengewirkt und die therapeutische Arbeitsbasis wird gestärkt.

Es werden externe, personelle und interpersonelle Ressourcen unterschieden, die ihrerseits entweder internal oder external attribuiert werden können. Werden personelle Ressourcen von der Person selbst als eigene Fähigkeiten, Fertigkeiten und Möglichkeiten wahrgenommen, also internal attribuiert, haben diese besonders förderlichen Einfluss auf die Problembewältigungsfähigkeit. Weniger wirksam sind demgegenüber Ressourcen, die der Person von anderen (z. B. der Therapeutin) zugeschrieben werden. Die internal attribuierende Sicht auf die eigenen personellen Ressourcen ist jedoch bei Patienten mit psychischen Erkrankungen häufig verstellt und es bedarf besonderer therapeutischer Anstrengungen, um eine ressourcenorientierte Perspektive zu eröffnen.

In diesem Beitrag werden zwei unterschiedliche, jedoch einander ergänzende Vorgehensweisen beschrieben, die zu einer Verbesserung der internalen Attribution personaler Ressourcen führen: Kompetenzorientierung und die Aktivierung verkörperter Ressourcen. Diese ressourcenorientierten Ansätze fokussieren die „Schatzsuche“ nach Stärken, Fähigkeiten und sonstigen Kraftquellen, die zwar prinzipiell vorhanden, jedoch oft nicht verfügbar sind. Das Vorgehen ist nicht als Alternative zu problemorientierten Techniken zu verstehen, sondern als Erweiterung des psychotherapeutischen Spektrums.

Vor 25 Jahren haben wir in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen damit begonnen, die Kompetenzorientierung als fundamentalen methodischen Baustein in die Psychotherapie einzubeziehen (Schmitz & Schuhler, 2008). Diese Aspekte werden zunächst ausgearbeitet, danach steht die Aktivierung verkörperter Ressourcen im Mittelpunkt der Darstellung.

1.2

KOMPETENZORIENTIERUNG STATT PATHOLOGIE-ORIENTIERUNG

Persönlichkeitsstörungen werden klassischerweise nach einem kategorialen, defizitorientierten Ansatz beurteilt. Insbesondere bei erheblicher Ich-Syntonie ihrer Problematik ist für die Betroffenen eine entsprechende Diagnosestellung aversiv und ein therapeutisches Arbeitsbündnis zur Reduktion der Symptomatik kaum herstellbar.

Vor dem Hintergrund eines kompetenzorientierten, dimensionalen Verständnisses der Persönlichkeitsmerkmale (wir nennen die vorherrschenden Merkmale auch Persönlichkeitsstile) kann deren Zuspitzung als Zuviel eines eigentlich sinnvollen Charakterzuges viel eher akzeptiert und einer Bearbeitung zugänglich gemacht werden. Diese gelingt vor allem, wenn sie emotional-aktivierend erfolgt. Dem Patienten wird durch die Sichtweise seiner persönlichen Eigenschaften als Schatz an Kompetenzen ein kreativer Blick auf sich eröffnet, quasi eine Brille, die es ihm ohne innere Degradierung möglich macht, genauer hinzusehen und schließlich auch die problematischen Anteile unter die Lupe zu nehmen. Nach der Würdigung seiner Kompetenzen (Abb. 1 und 2) kann der Patient sich viel eher Veränderungen vornehmen, die das Zuviel der fokussierten Eigenschaft (Abb. 3) auf ein gesundes Ausmaß „zu rechtstutzen“ sollen.

In dem von Wertschätzung getragenen therapeutischen Prozess geht es auch darum, den primär funktionalen Aspekt der Auffälligkeiten im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung zu erforschen. Inwiefern waren die pathologischen Erlebens- und Verhaltenstrategien, die die Persönlichkeitsstörung prägen (wie z. B. die ängstliche Vermeidungstendenz bei der selbstunsicheren Persönlichkeit) in

Persönlichkeitsstörung	Persönlichkeitsstile	Motto des Persönlichkeitsstils
Borderline-PS narzisstische PS selbstunsichere PS dependente PS histrionische PS zwanghafte PS	der sprunghafte Stil der selbstbewusste Stil der sensible Stil der anhängliche Stil der dramatische Stil der gewissenhafte Stil	„Feuer und Eis“ „Der Star“ „Am liebsten zu Hause“ „Der gute Kumpel“ „Das Leben ist aufregend“ „Das Richtige tun“

Abbildung 1: Persönlichkeitsstörung und kompetenzorientierte Begriffe: Persönlichkeitsstile und Motto

- Menschen mit einem selbstbewussten Stil sind oft begabte Führungspersönlichkeiten und der Mittelpunkt ihrer beruflichen Welt.
- Sie glauben an sich und ihre Fähigkeiten und sie wissen, was sie wollen.
- Selbstbewusste Menschen verkaufen sich und ihre Ideen energisch und effizient.
- Sie haben oft auch eine besondere Gabe, Andere für die eigenen Ziele zu begeistern und erwarten, dass sie immer besonders gut behandelt werden.
- Im Umgang mit Anderen sind sie geschickt, mit taktischem Gespür begabt und siegesgewiss auf Konkurrenz eingestellt. Sie nehmen Lob und Bewunderung gelassen entgegen, fühlen sich aber von Kritik tief getroffen.

Abbildung 2: Kompetenzorientierte Beschreibung am Beispiel des selbstbewussten Stils (der narzisstischen Persönlichkeitsstörung)

Stärken und Risiken		
Selbst	Arbeit	Beziehungen
Die Freude, ich zu sein. <i>Extrem:</i> Selbstverherrlichung, Selbstüberschätzung, Selbstsucht, sogar Selbstzerstörung	Erfolgspolitik <i>Extrem:</i> Andere werden manipuliert; übergroßer Neid	Wollen geliebt werden. Das eigene Glück bedeutet automatisch das Glück des Anderen. <i>Extrem:</i> Bleibt Bewunderung aus, enormer Stress und Hass

Abbildung 3: Auf der Basis von Kompetenz zur Pathologie am Beispiel des selbstbewussten Stils (der narzisstischen Persönlichkeitsstörung)

einer früheren Entwicklungsphase einmal die bestmögliche Schutzreaktion auf schwierige Beziehungserfahrungen im Sinn einer „Notlösung“? Diese „Notlö-

sungen“ in der Selbststeuerung und dem sozialem Interaktionsverhalten haben aber zu einem partiellen Entwicklungsstillstand geführt, den es in der Psycho-

therapie zu erkennen und zu überwinden gilt. Als effektive therapeutische Methode hat sich dabei bewährt, im therapeutischen Prozess nach dem Ertrag zu suchen, den die inzwischen nicht mehr sinnvollen, pathologischen Erlebens- und Verhaltensweisen im Entwicklungsverlauf einmal erbracht haben. Diese sinnstiftende Würdigung der Symptomatik fördert die, gerade bei Persönlichkeitsstörungen schwer zu erreichende, Behandlungsmotivation und stärkt die therapeutische Arbeitsbeziehung durch den akzeptierenden und ermutigenden Blick auf die Problematik.

Der Ansatz integriert auf kompetenzorientierter Basis emotional-aktivierende Methoden, wie Narrative und die Arbeit mit Metaphern und Symbolen auf der Sprach- und Handlungsebene. Auf der Basis einer solchermaßen vermittelten kompetenzorientierten Sichtweise sind von den Patienten weit weniger negative Reaktionen zu befürchten, die das Behandlungsergebnis schmälern oder sogar zunichte machen können, wie es bei herkömmlichen Vorgehensweisen oft der Fall ist.

Dies wirkt sich beim Patienten auch auf die Akzeptanz der diagnostischen Einordnung als Persönlichkeitsstörung aus. Wird keine Kompetenzorientierung vermittelt, scheuen sich Therapeuten eher, diese als stigmatisierend empfundene Diagnose mitzuteilen. Eine Kompetenzorientierung trägt auch zur Schaffung weiterer wichtiger Voraussetzungen zur Therapiezielereichung bei: Verhinderung von Therapieabbrüchen, Abbau mangelnder Therapiemotivation, negative Einstellungen zum Therapeuten, Transparenz hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens sowie Abbau von Problemen mit Mitpatienten im Kontext der Gruppentherapie.

1.3

AUSWIRKUNGEN

AUF DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

Die Würdigung der persönlichen Fähigkeiten durch den Therapeuten, bevor deren Zuspitzungen verändert werden sollen, wirkt sich äußerst positiv auf die therapeutische Beziehung aus. Der Patient fühlt sich wertgeschätzt und verstanden. Vor diesem Hintergrund kann ein gut funktionierendes Arbeitsbündnis wesentlich einfacher aufgebaut werden, als wenn sich der Betroffene als in seinem innersten Wesen gestört eingeordnet erfahren würde. Eine diagnostische Einordnung mit entsprechender ICD-Klassifizierung kann dem Betroffenen nach Vermittlung des dimensionalen Erklärungsmodells zugänglich gemacht werden. So wird auch im Nachhinein bei ggf. stattfindender Kenntnisnahme des Abschlussberichtes durch den Patienten keine Trübung seines Verhältnisses zu seinem Therapeuten eintreten. Ganz anders, wenn dem Patienten während der Therapie die entsprechende Diagnose nicht mitgeteilt worden war und er erst im Nachhinein beim Lesen seines Abschlussberichtes von seiner Persönlichkeitsstörung erfährt. Hier fühlt er sich von dem Therapeuten getäuscht, was die gesamte Therapie im Rückblick überschattet und die Nachhaltigkeit ihrer Erfolge reduziert.

2

AKTIVIERUNG

VERKÖRPERTER RESSOURCEN

Das Paradigma der Verkörperung menschlicher Erfahrung wird durch zahlreiche empirische Befunde und methodische Ausarbeitungen gestützt. So trägt der Embodiment-Ansatz der Wechselwirkung zwischen Körper und Psyche Rechnung (Hauke & Dall'Occhio, 2015; Storch et al., 2015). In seinem Beitrag über „Ver-

körperte Emotionen“ gibt Fuchs (2014) einen Überblick über Studien, die zeigen, dass nicht nur Emotionen untrennbar mit dem Körper verknüpft sind, sondern dass die körperliche Bewegung verdeckt auch unsere Wahrnehmung und Bewertung von Situationen beeinflusst. Zum Beispiel belegt Riskind (1984), dass sich Probanden an mehr belastende Lebensereignisse erinnern, wenn sie zusammengesunken dasitzen, als wenn sie beim Sicherinnern eine aufrechte Körperhaltung einnehmen. Strack et al. (1988) können zeigen, dass Probanden einen Comic lustiger finden, wenn sie zum Lächeln veranlasst werden als dann, wenn die Lippen gerade „wie ein Strich“ bleiben müssen. Eine weitere Studie ergab, dass Konkretes Sich-Waschen in bedeutsamer Weise Schuldgefühle verringert und einen mildernden Effekt auf die Tendenz hat sich selbst moralisch zu verurteilen (Meier et al., 2012). Zusammenfassend kann aus den Studien der folgende Schluss gezogen werden: Wenn Körperhaltungen eingenommen werden, die in einem spezifischen Zusammenhang zu einem Gefühl stehen (aus ressourcenorientierter Perspektive kann pointiert werden: zu einem positiven, angenehmen Gefühl stehen), befördert dies den Ausdruck der assoziierten Emotion und beeinflusst die kognitiven Bewertungen und Einstellungen.

Die Einbeziehung der Körperresonanz bietet sich bei der Behandlung von Ess-Störungen (Vogelgesang et al., 2005) an. Hier ist die Wiederaneignung des oft entfremdeten Körpers ein wesentliches therapeutisches Anliegen (Baumeister, 2005). Der Körper wird auf dieser Basis als eine Art Resonanzraum auf äußere und vor allem innere Reize betrachtet, dessen Signale jedoch oft nicht (mehr) verstanden werden. In der Weiterentwicklung dieses Ansatzes haben wir für die Therapiekonzeption bei pathologischem Computer-Internet-Gebrauch die

Exploration der verkörperten Ressourcen ausgearbeitet (Schuhler & Vogelgesang, 2012).

Die körperorientierte Ressourcenaktivierung ist bei dem neuen Krankheitsbild des pathologischen PC-/Internetgebrauchs (Schuhler & Vogelgesang, 2011; 2012) besonders notwendig, da der Sog der virtuellen Welt (in der der Avatar mit allen nur denkbaren begehrenswerten Eigenschaften ausgestattet ist) zu einer umfassenden Abkehr von der aversiv erlebten Realität führt und positives Erleben in der Wirklichkeit weit zurückgedrängt ist. Übergeordnete Zielsetzung ist es, den Patienten dazu anzuleiten, sich wieder mit Interesse der Realität zuzuwenden und dort Ressourcen zu entdecken. Er soll in die Lage versetzt werden, positive reale Erfahrungen, die ihm bislang nicht oder nur schwer zugänglich waren, wieder bewusst werden zu lassen, damit diese in der inneren Regulation erneut zur Verfügung stehen, um die Lebensbewältigung in der realen Welt zu erleichtern. Auf der Basis der Ressourcenaktivierung mit Körperresonanz können das Selbstwirksamkeitserleben sowie die Zuversicht gestärkt werden, sich wieder zufrieden und adäquat in realen Kontexten zu bewegen (Schuhler & Vogelgesang, 2012).

Im Kasten 1 sind Demonstrationen für die therapeutische Praxis aufgeführt, mit denen Patienten an eine geleitete Entdeckung der Wechselwirkung von Körper und innerem Erleben herangeführt werden können. Dies bereitet die anschließende Bewusstwerdung verkörperter Ressourcen vor.

Die Einsicht, dass der Körper „ständig aktiv“ ist, auch wenn er nicht im Fokus der Aufmerksamkeit liegt, kann auf diesem Weg vermittelt werden. Dem Patienten kann auf der Basis dieser geleiteten Erfahrung einsichtig gemacht werden, dass der Körper in der Ressourcenaktivierung gewissermaßen zu Hilfe geholt

**Psychotherapeutische Technik:
Geleitetes Entdecken der Wechselwirkung von Körper und Geist**

Patient und Therapeutin stehen sich in ca. zwei Metern Abstand gegenüber.

Anleitung 1: Die Therapeutin demonstriert folgendes: sie schiebt vom linken oder rechten Unterarm Pullover- oder Blusenärmel zurück und streichelt mit der anderen Hand zart und behutsam über den Unterarm. Nach ca. einer Minute sagt sie laut und energisch: „Jetzt reicht’s aber!!!“, fährt dabei aber mit dem Streicheln fort. – Der Patient wird dann gebeten, ebenfalls einen Unterarm freizumachen und dann mit der Therapeutin zusammen zwei-, dreimal die Körperbewegung und den energischen Protestsatz auszuführen bzw. auszusprechen. Dann wird der Patient gebeten, zu berichten, was er erlebt hat, ausgelöst durch das Zusammentreffen von Armstreicheln und Befehl.

Anleitung 2: Die Therapeutin klatscht laut in die Hände, lässt dabei den Kopf sinken und murmelt: „Bin ich so müde.“

Anschließend macht der Patient beides gleichzeitig mit. Wieder wird er gebeten zu berichten, was er mit der Koinzidenz von Klatschen und mattem Wortausdruck erlebt hat.

Anleitung 3: Die Therapeutin schüttelt den Kopf und sagt dabei einfühlsam: „Ich höre dir zu.“ Wieder führen dann Patient und Therapeutin dies gleichzeitig aus. Der Patient berichtet dann, was er im Körper erlebt hat, als er den Kopf schüttelte und die dazu diskrepante Selbstaussage aussprach.

Alle Anleitungen führen zu einem deutlichen Irritationserleben, ausgelöst durch Intention, Selbstaussage und Befehl, ausgedrückt in einem Satz und der jeweils dazu diskrepanten körperlichen Bewegung. Auf dieser Basis kann der Patient daran herangeführt werden, dass der Körper eigene, durchaus zu dem „Willen“ diskrepante Signale sendet.

Kasten 1: Geleitetes Entdecken des Wechselspiels zwischen Körper und innerer Verarbeitung

werden kann. Dies ist möglich durch die multisensorische Erschließung verkörperter Ressourcen, die im Folgenden beschrieben wird.

Die Vorgehensweise ist nicht als „Übungstechnik“ konzipiert, die von außen Wohlgefühl und Entspannung induzieren soll. Vielmehr zielt die multisensorische Erschließung der Ressourcen darauf, dass Eigenleibliches (wieder) gespürt werden kann. Dabei helfen die metaphorischen Paraphrasierungen des Therapeuten bei der Versprachlichung der Leibresonanz, dem Tor, das zur positiv besetzten Innenwelt führt. Auf diesem Weg soll entwickelt werden, was im Patienten bereits angelegt ist, aber noch nicht fassbar und dem Wort zugänglich

ist. Der Begriff „Leib“ umfasst nicht nur die körperliche, sondern auch die seelischen und geistigen Dimensionen eines Menschen im jeweiligen Lebenskontext. Der Leib ist auf dieser Basis als dasjenige zu verstehen, als dass ich mich selbst spüre. Dieses eigenleibliche Spüren ist immer affektiv getönt (Schmitz, 2011). Der Körperbegriff dagegen kann als physikalisches Substrat des Leibes verstanden werden: Von ihm kann sich gedanklich distanziert werden, er kann verdinglicht und von ihm kann wie von einer Maschine Gebrauch gemacht werden. Dennoch wird von „verkörperten“ Ressourcen und von „Körperresonanz“ gesprochen, obwohl der Leib-Begriff des phänomenologisch-philosophischen Ansatzes zutref-

fender wäre. Allerdings ist der Terminus „Leib“ im psychotherapeutischen Kontext so ungebräuchlich, dass wir darauf verzichtet haben ihn in unserer Konzeption zu verwenden.

2.1 MULTISENSORISCHE ERSCHLIESSUNG VERKÖRPERTER RESSOURCEN

Folgendes Beispiel aus der klinischen Praxis soll die Vorgehensweise demonstrieren:

Zur gezielten Lenkung der Wahrnehmung körperlicher Abläufe hat es sich bewährt, mit dem Riechen zu beginnen. Dazu werden schmale Kartonstreifen in den Farben Rot, Grün, Lila, Grün vorbereitet und ätherische Öle in den Dufttrichtungen Rose, Zitrone, Lavendel, Patschuli besorgt. Das Kartonpapier wird in zweifingerbreite Streifen geschnitten. Der Rosenduft wird auf einen roten, der Zitrusduft auf einen gelben, der Patschuliduft auf einen grünen und den Lavendelduft auf einen lila Papierstreifen geträufelt, bis der Karton davon durchtränkt ist. Es empfiehlt sich, dies auf Alufolie zu tun, in die anschließend die Duftstreifen fest eingepackt werden bis zum Öffnen in der Therapiesitzung. Um „Sehen“ als sensorischen Zugang zu Ressourcen zu nutzen, werden Bildmotive wie bspw. idyllische Landschaftsmotive benötigt, die geeignet sind, positives Erleben auszulösen. Zur Erschließung der Sinnesmodalität „Tasten“ werden Gegenstände mit unterschiedlichen Tastqualitäten eingesetzt, etwa ein Stück Samt, die poröse Oberfläche eines Lavasteins oder hauchfeine, kleine Federn. Um das „Hören“ als sensorische Möglichkeit, Ressourcen bewusst zu machen, zu differenzieren, werden Musikstücke angeboten. Bewährt hat sich melodisch-harmonische Musik, wie z. B.

„Brothers in arms“ von den Dire Straits in Kontrast zu lebhaft-rhythmischer Musik, wie bspw. „Sommer am Meer“ von Felix Jaehn. Beide Musikstücke lösen in der Regel deutliche Körperresonanzen aus. Der Patient wird gebeten seine Empfindungen zu den Musikstücken zu berichten. Falls dies keine positiven Reaktionen ausgelöst hat, wird er gefragt, welches Musikstück ihm gut gefällt. Diese Musik wird vom Therapeuten (bis zur nächsten Sitzung) besorgt und dem Patienten vorgespielt. Die Frage, die sich an den identifizierten positiven Sinnesreiz anschließt, lautet: „Wo erleben Sie dies in Ihrem Körper?“ Das Vorgehen wird am Fall einer Patientin mit Computer-/Internet-Pathologie und rezidivierenden mittelgradigen Depressionen illustriert, deren Tag und weite Teile der Nacht – immer dann, wenn sie nicht Computer-Games spielte – von quälenden Grübelkreisläufen beherrscht war.

Sie assoziierte den Duft des gelben Duftstreifens mit einer angenehmen Weitung des Brustraums: „Da im Brustraum, da weitet sich was. Da wird es so leicht.“ – Therapeutin: „Leicht wie eine Feder?“ – Patientin: „Nein, nicht so leicht, leicht wie ein Taschentuch.“ – Therapeutin: „Wie ein zartes Taschentuch aus Seide?“ – Patientin. „Ja, so zart und leicht.“ – Therapeutin: „Wenn dieses zart-leichte Empfinden eine Farbe wäre, welche Farbe wäre das?“ – Patientin: „Rot.“ – Therapeutin. „So rot wie reifer Apfel?“ – Patientin: „Nein, nicht so rot. Himbeerrot. So wie Himbeeren.“ – Therapeutin: „Und wenn die zart-leichte, himbeerrote Weite im Brustraum eine Form hätte, welche Form wäre das? – Patientin: „Eine Sonne, eine leuchtende, schmunzelnde Sonne.“ – Therapeutin: „Eine schmunzelnde Sonne, eine freundliche Sonne, die es gut mit Ihnen meint?“ – Patientin: „Ja, genau. Eine Sonne, die wärmt, aber nicht verbrennt.“ – Therapeutin: „Wenn diese Weite im

Brustraum eine Stimme hätte, was würde sie sagen? – Patientin (lächelt): „Für Dich wird auch die Sonne wieder scheinen.“ Therapeutin: „Das ist doch ein schöner Satz, der da in Ihnen wohnt. Den könnten Sie dem ewigen Grübeln doch mal entgegenschleudern: Für mich wird auch die Sonne wieder scheinen.“ – Die Patientin nickt erstaunt-zustimmend. Therapeutin: „Könnten Sie ein Symbol für den Satz finden, das Sie an ihn erinnert? – Patientin: „Kann ich den Duftstreifen mitnehmen? Den kann ich in die Tasche stecken und hätte ihn immer dabei.“ Therapeutin: „Ja, gerne. Wenn Sie die Sonne dann quasi schon in der Tasche haben, fällt mir ein: Wäre es nicht auch richtig, zu sagen: Für mich scheint die Sonne. Heute schon.“ – Patientin: „Ja, das wäre schön.“ – Therapeutin: „Wir können uns da ja mal auf die Suche machen, wo Sie heute schon im übertragenen Sinn die Sonne finden können.“

Diese Intervention lenkt auf die Ressourcensuche im Alltag der Patientin hin, die im über den Sinneskanal des Riechens erschlossenen assoziativen Raum erfolgt ist. Daran schließen sich Angebote des Hörens, des Sehens, Tastens und Schmeckens an, die jeweils in der beschriebenen Weise hinsichtlich des Ressourcegehalts mit dem Patienten exploriert werden. Danach steht ein reichhaltiger Ressourcenfundus zur Verfügung, der die therapeutische Beziehung stärkt und in vielfältiger Weise im therapeutischen Prozess nutzbar gemacht werden kann.

Eine solchermaßen fundierte Förderung der Körperwahrnehmungsfähigkeit (olfaktorisch, visuell, auditiv, haptisch) im Dienste der Ressourcenaktivierung macht in der ersten Therapiephase einen Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit aus: Durch die positiv erlebte sensorische Wahrnehmung sollen Ressourcen neu

erschlossen oder wieder zugänglich gemacht werden. Dies geschieht über die Aufmerksamkeitslenkung auf körperliche Prozesse und deren Bewusstmachung via Versprachlichung: Durch die Sprache wird das Tor zur Innenwelt geöffnet. Um die körperliche Bewegung diesen Prozessen zugänglich zu machen, werden dem Patienten nach jeder Sinneserfahrung explorierende Fragen (Grand, 2003) gestellt, deren Beantwortung geeignet ist, die Assoziationskraft und Einbindung in das Ressourcen-Körper-System zu stärken „Wenn dieses Körpererleben eine Farbe wäre, welche Farbe wäre das dann? Wenn es eine Form hätte, welche Form wäre es dann? Und: Wenn es eine Stimme hätte, was würde es sagen?“ Eine solche Ausrichtung auf die Körperresonanz mit dem Ziel der nachhaltigen Ressourcenaktivierung hat sich der rein verbalen Exploration der Ressourcen im Gespräch oder gar einer schriftlichen Abfrage als deutlich überlegen erwiesen.

Die körperbasierte Ressourcenaktivierung kann eo ipso heilsam wirken, weil durch deren Bewusstmachung allein schon negative, belastende Verarbeitung reduziert wird. Jedoch sind die Ergebnisse auch gezielt in der Ressourcenfestigung einzusetzen: Diese können auf die Gegenwart bezogen werden, wie oben in dem Beispiel, aber auch auf die Vergangenheit (Therapeutin: „Wann hat in Ihrem Leben einmal die Sonne geschienen im übertragenen Sinn? Wann war das Leben himbeerrot?“) oder die Zukunft (Therapeutin: „Was müsste sich in Zukunft ändern, dass Ihr Leben mehr ‚himbeerrot‘ wird?“). Darüber hinaus lassen sich die von Ressourcen getragenen subjektiven Assoziationen, wie „himbeerrot“, „Sonne“, „scheinen“, „schmunzeln“ auch als positive, assoziationsfördernde Elemente in Imaginationen einsetzen, wie z. B. der Erarbeitung eines inneren Wohlfühlorts in Anlehnung an die Imaginationstechnik

des „sicheren Orts“ in der Traumatherapie (Reddemann, 2016).

Zusammenfassend können verkörperte Ressourcen als eine Manifestation einer „verkörperten Subjektivität“ (Fuchs, 2010) aufgefasst werden, die von Wechselbeziehungen und Kreisprozessen ausgeht, in die die cerebrale Verarbeitung eingebettet ist. Dabei wird davon ausgegangen, dass das Gehirn als „Beziehungsorgan“ in den gesamten Organismus eingebunden und über die sensomotorischen Interaktionen mit der dinglichen und sozial-interaktiven Umwelt verknüpft ist. Bewusstheit und auch die Bewusstheit von Ressourcen lässt sich vor diesem Hintergrund nicht als Produkt eines isolierten Gehirns auffassen, sondern hat den Organismus als Ganzes zur Grundlage.

2.2

AUSWIRKUNGEN AUF DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNGSGESTALTUNG

In dem ressourcenaktivierenden Vorgehen wird der Patient dazu ermuntert und angeleitet, sich auf die eigenen Kraftquellen, die inneren positiven Bilder und die unbelasteten Teile seines Ichs zu besinnen, diese zu stärken und deren assoziative Verankerung auszuweiten, damit sie leichter und sicherer zur Verfügung stehen. Die therapeutische Beziehung (Auhagen, 2008) wird dadurch sehr positiv beeinflusst.

Eine große Rolle spielt dabei das Prinzip des „empathischen Wachrufens“ (Bohart et al., 2002) und der Stärkung positiver Potenziale im Zusammenspiel

Ressourcen

- am Anfang der Therapie aktivieren,
- individualisieren, d.h. für den jeweiligen Patienten spezifisch erarbeiten,
- intrapersonelle Ressourcen mit sozial-interaktiven (in nahen Beziehungen und sozialen Kontakten) und externen Ressourcen (soziale Netzwerke und Hilfesysteme) verbinden.

Voraussetzungen in der therapeutischen Haltung

- Körperbewegungen bei Patienten und der eigenen Person wahrnehmen können.
- Die Körperbewegungen des Patienten bildhaft versprachlichen können.
- Zugewandte Haltung, aber auch förderliche Distanz zeigen.
- Auf Ressourcen fokussieren und dennoch Mitgefühl für schwierige Lebensbedingungen und große Belastungen nicht verlieren.
- Anerkennung für die entwickelten, wenn auch defizitären Bewältigungsstrategien, die ein psychisches Überleben möglich gemacht haben.
- Rücksicht auf die initial eingeschränkten Ressourcenkompetenzen des Patienten nehmen.
- Ein prospektiv gutes Bild der Entwicklung des Patienten bewahren.
- Kreativität im Umgang mit imaginativen, metaphorischen und narrativen Prozessen.
- Die therapeutische Person sollte Aktivität und Expressivität zeigen, um für Ressourcenerschließung interessieren und motivieren zu können: Narrative erzählen, Entdecken anleiten, Zusammenhänge zum Erleben bringen, metaphorisch reiche Sprache, symbolisches Material einbringen, Imaginationskraft stärken.

zwischen Körper und innerem Erleben. Die therapeutische Haltung ist dabei geprägt von einem suchenden, sondierenden, den Einfällen des Patienten folgenden Modus. Dadurch kann dessen Selbstwirksamkeits- und Autonomieerleben erheblich gestärkt werden. Im Kasten 2 sind die Voraussetzungen in der therapeutischen Haltung im Zusammenhang mit einer so verstandenen Ressourcenorientierung aufgeführt.

Die Körperresonanz im Zusammenhang mit positivem Erleben bezieht sich aber nicht nur auf interozeptive Signale (s. Abschnitt 1.2), sondern im Fall der Interaktion zweier Menschen auch auf solche, die aus deren wechselseitigen Beeinflussung resultieren (Fuchs, 2014). Mimik, Gesten, Körperhaltung, Stimmführung, Atembewegung entscheiden wesentlich darüber, wie der andere emotional wahrgenommen wird. Diese Wahrnehmung und Bewertung drückt sich wieder körperlich aus und beeinflusst das Gegenüber, so dass eine Art Kreislauf wechselseitiger Beeinflussung im Körperresonanzraum in Gang kommt. Im Fall der therapeutischen Beziehung sollte deshalb bei der empathischen Erschließung der Patientenperspektive, die eigene körperliche Bewegung im aufeinander bezogenen körperlichen Resonanzraum mit in den Blick genommen werden.

3 METHODIK

In zwei Studien wurde die Effektivität des kompetenzorientierten bzw. sich auch die Aktivierung der verkörperten Ressourcen beziehenden Ansatzes überprüft.

3.1

KOMPETENZORIENTIERUNG

Diese Studie richtet sich auf die Evaluation des Therapieprogramms bei Persönlichkeitsstörungen in der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation (Schmitz et al., 2006). Es handelt sich um ein quasi-experimentelles Design, das an drei Messzeitpunkten (Klinikaufnahme, Klinikentlassung, Einjahreskatamnese) die Effekte des neuen kompetenzorientierten Programms überprüft: Die Ergebnisse von zwei Experimentalgruppen (jeweils eine in der stationären Psychosomatik und Suchtbehandlung) werden mit den Ergebnissen von zwei jeweiligen Kontrollgruppen verglichen, die ausschließlich am herkömmlichen Therapieprogramm teilnahmen.

3.2

AKTIVIERUNG VERKÖRPERTER RESSOURCEN

In einer zweiten Studie wird in der Therapie bei pathologischem Computer-/Internet-Gebrauch die Aktivierung verkörperter Ressourcen überprüft. Anders als bei der Studie „Kompetenzorientierung bei Persönlichkeitsstörungen“ (s. vorherigen Abschnitt) handelt es sich hier nicht um eine Treatment-vergleichende Untersuchung, sondern um eine Prä-Post-Untersuchung mit 53 Patienten der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Schuhler et al. (2011) berichten ausführlich über die Studie.

Die therapeutische Beziehung steht in beiden Studien nicht explizit im Fokus der Fragestellung. Jedoch ist die Beziehungsgestaltung in der Therapie bei der Entwicklung beider Ansätze beschrieben, den therapeutischen Personen vermittelt und wöchentlich supervidiert worden.

4 ERGEBNISSE

4.1 KOMPETENZORIENTIERUNG

Hinsichtlich der Veränderung der Persönlichkeitsstörung und interpersoneller Problembereiche weisen die Patienten, die an dem kompetenzorientierten Programm teilgenommen haben, günstigere Ergebnisse auf der Grundlage standardisierter Fragebögen bei Entlassung auf als die Patienten, die an dem herkömmlichen Therapieprogramm teilgenommen haben. Im Indikationsgebiet Sucht zeigen sich darüber hinaus signifikant bessere Ergebnisse der Experimentalgruppe hinsichtlich der Therapieeffekte noch in der Einjahreskatamnese. In beiden Indikationsgebieten beurteilen Patienten, die am neuen Gruppenprogramm teilgenommen haben, ihren Therapieerfolg signifikant besser als die Patienten der Kontrollgruppen. Die Ergebnisse basieren auf Patientenurteilen in einem Entlassungsfragebogen. Schmitz et al. (2006) legen die Ergebnisse ausführlich dar.

4.2 AKTIVIERUNG VERKÖRPERTER RESSOURCEN

Die Ergebnisse der Studie beim pathologischen Computer-Internet-Gebrauch zeigen im Prä-Post-Vergleich zu Beginn der Behandlung, dass am höchsten Depressivität und Unsicherheit im Sozialkontakt ausgeprägt waren. Bei Therapieende werden in signifikantem Ausmaß Werte im Normalbereich erreicht.

Als Kriterien zur Beurteilung der Therapieakzeptanz sind die Entlassungsformen in den ärztlichen Entlassungsberichten sowie Ergebnisse aus dem Patientenentlassungsfragebogen herangezogen worden. Die Ergebnisse des Pati-

entenentlassungsfragebogens zeigen die gute Akzeptanz des Therapieprogramms.

Die Beurteilungen der Patienten im Entlassungsfragebogen zu den in der Therapie erzielten Veränderungen ließen durchgehend hohe Zufriedenheit mit den in der Therapie erzielten Erfolgen erkennen hinsichtlich prognostisch bedeutsamer Dimensionen wie der Fähigkeit, mit Alltagsproblemen umzugehen, der Stimmungslage, dem selbstsicheren Erleben im sozialen Kontakt und der beruflichen Perspektive. Die Ergebnisse werden von Schuhler et al. (2011) eingehend dargestellt.

5 DISKUSSION

Unter dem Gesichtspunkt einer tragfähigen therapeutischen Beziehungsgestaltung nimmt die frühe Ressourcenaktivierung im therapeutischen Prozess eine zentrale Rolle ein. Ressourcen liegen aber, gerade im Fall der psychischen Erkrankungen, nicht offen zu Tage, sind nicht ohne weiteres abrufbar, können aber entdeckt, Bewusstheit erlangen, ausgebaut und verfestigt werden. Kompetenzorientierung und die multisensorische Stützung bei der Aktivierung verkörperter Ressourcen haben sich hierbei sehr gut bewährt. Dies gilt bereits für eine Förderung der Arbeitsbeziehung in der Frühphase der Therapie, aber auch für besonders schwierige Therapieabschnitte im weiteren Verlauf, so dass negativen therapeutischen Reaktionen oder Therapieabbrüchen durch die Patienten vorgebeugt werden kann.

Grawe (2000) schlägt sogar vor, die Therapiebeziehung zuallererst aus der Ressourcenperspektive zu betrachten in dem Sinn, dass diese selbst zur positiven Ressource für den Patienten wird. Der Eindruck von der Kompetenz des Therapeuten, von Verständnis, Wertschätzung,

Autonomiewahrung des Patienten und Vertrauenswürdigkeit, die der Therapeut vermittelt, entscheidet darüber, ob dies auch gelingt. Auf diesem Boden können sich bei dem Patienten Hoffnung und Zuversicht entwickeln, die dergestalt in der herkömmlichen Beziehungsgestaltung nicht so schnell und nachhaltig möglich wären. Insbesondere die hier beschriebene individualisierte Suche nach verkörperten Ressourcen kann das prognostisch so bedeutsame Selbstwirksamkeitserleben der Patienten anregen. Soll für dieses Vorgehen therapeutische Expertise gewonnen werden, hat die Möglichkeit zur Aneignung einschlägiger Methoden und Techniken in der theoretischen und klinischen Weiterbildung eine entscheidende Bedeutung (dort ist allerdings die Ressourcenorientierung noch unterrepräsentiert). Darüber hinaus sollte aber auch in einer intensiven Selbsterfahrung oder Lehrtherapie eine Auseinandersetzung mit den eigenen Beziehungserfahrungen und der dort vermittelten Ressourcenorientierung gelingen können. Eigene, ungelöste Konflikte im Hinblick auf Ressourcen und positives Erleben sind offensichtlich ein limitierender Faktor in den therapeutischen Kompetenzen (Horvath & Bedi, 2008), auch dann, wenn sich der Therapeut ein umfangreiches Methoden- und Technikinstrumentarium angeeignet hat. Dies gilt auch für den Fall der Ressourcenaktivierung in der therapeutischen Beziehung, in der der Wahrnehmungsfähigkeit für zwischenkörperliche Resonanzphänomene mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Vor diesem Hintergrund sollten in der psychotherapeutischen Ausbildung und Supervision der Ressourcenperspektive weitaus mehr Raum gegeben werden, als dies bislang der Fall ist.

In den APA-Richtlinien (American Psychological Association's Ethical Code) wird den Mitgliedern nahegelegt sich

klarzumachen, dass sich die eigene körperliche und psychische Gesundheit auf die Fähigkeit auswirkt, den Patienten zu helfen. Pointiert formuliert, ist damit gemeint, dass wir andern nicht helfen und Schaden von ihnen abwenden können, wenn wir nicht ausreichend gut für uns selbst sorgen und eigene Ressourcen aktivieren können (Norcross & Guy, 2010).

LITERATUR

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Auhagen, A. E. (2008). Soziale Schlüsselkonzepte der therapeutischen Beziehung. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (S. 169-204). Tübingen: dgvt.
- De Shazer, S. (1989). *Der Dreh. Überraschende Wendungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg: Auer.
- Frankl, V. (1985). *Ärztliche Seelsorge: Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. München: dtv.
- Fuchs, T. (2010). *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fuchs, T. (2014). Verkörperte Emotionen – Wie Gefühl und Leib zusammenhängen. *Psychologische Medizin*, 25 (1), 13-20.
- Grand, D. (2003). *Defining and redefining EMDR*. New York: BioLateral Books.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Horvath, A. O. & Bedi, P. (2008). Die therapeutische Allianz. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (S. 279-342). Tübingen: dgvt.
- Koppenhöfer, E. (2004). *Kleine Schule des Genießens*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Meier, B. P., Schnall, S., Schwarz, N. & Bargh, J. A. (2012). Embodiment in social psycho-

- logy. *Topics in Cognitive Science*, 4 (4), 705-716. doi:10.1111/j.1756-8765.2012.01212.x
- Norcross, J. C. & Guy, J. D. (2010). *Lassen Sie es in Ihrer Praxis: wie Psychotherapeuten für sich selbst sorgen können*. Bern: Huber.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and Change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307-389). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. (1994) Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York: Wiley.
- Oldham J. & Morris L. (2010). *Ihr Persönlichkeitsporträt*. Frankfurt am Main: Klotz.
- Reddemann, L. (2016). *Imagination als heilsame Kraft: Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Riskind, J. H. (1984) They stoop to conquer: Guiding and self-regulatory functions of physical posture after success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47 (3), 479-493. doi:10.1037/0022-3514.47.3.479



120 Seiten
(davon 37 farbig)
ISBN 978-3-95853-328-8
Preis: 15,- Euro

eBook:
 ISBN 978-3-95853-329-5
 Preis: 10,- Euro
 (www.ciando.com)

Harald Klingemann

Sucht: Selbstheilung ist möglich

Sucht ist eine Herausforderung. Der Ausstieg gelingt in der Regel ohne professionelle Therapie. Professor FH Dr. Harald Klingemann hat Betroffene gefragt, wie ihnen die Selbstheilung gelungen ist. Drei Grundvoraussetzungen sind entscheidend:

- der dringende Wunsch, sich von der Sucht zu befreien,
- der dringende Wunsch, endlich offen Bilanz zu ziehen,
- der dringende Wunsch, Sinnhaftes zu erleben.

Welcher der vielen Wege führt aus der Sucht und welches persönlich sinnhafte Ziel ist erreichbar? Jeder und jede Betroffene berichtet Anderes. Keine Regel und keine Perspektive gilt für alle. Es gibt kein einziges Rezept. Jeder und jede Süchtige ist ein Unikat.

Betroffene schildern ausführlich verschiedenste kreative Strategien und Tricks, die zur Selbstheilung geführt haben: Kein Weg führte einfach geradeaus. Und gelegentlich folgten auf zwei Schritte vorwärts drei Schritte rückwärts. Der erste Versuch gelingt selten.

Die authentischen Berichte sind konkret: Sie gelten für Alkoholabhängige, Junkies, Raucher, Essgestörte, Glücksspieler. Wer sich selbst aus der Sucht befreien will, findet in dem anregend bebilderten Band eine Fülle ermutigender Informationen.



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich · Telefon +49 (0)5484 308 · Telefax +49 (0)5484 550
 pabst.publishers@t-online.de · www.psychologie-aktuell.com · www.pabst-publishers.de

- Rost, C. (2008). *Ressourcenarbeit mit EMDR*. Paderborn: Junfermann.
- Schmitz, B. & Schuhler, P. (2008). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Schmitz, B., Schuhler P., Gönner, S. Wagner, A., Limbacher, K. & Vogelgesang, M. (2006). Rehabilitation of personality disorders in inpatient behavioral psychosomatic and addiction therapy. In W. Jäckel et al. (Eds.), *Research in rehabilitation* (pp. 143-161). Stuttgart: Schattauer.
- Schmitz, H. (2011). *Der Leib*. Berlin: deGruyter.
- Schuhler P. (2013). Pathologisches Glücksspielen und komorbide Persönlichkeitsstörung. *Rausch*, 3, 205-218.
- Schuhler, P., Flatau, M. & Vogelgesang, M. (2011). Pathological PC-/Internet use: diagnostic classification, psychotherapeutic approach and preliminary results of evaluation. *Suchttherapie*, 12 (02), 72-79.
- Schuhler, P. & Vogelgesang, M. (2011). *Abschalten statt Abdriften: Wege aus dem krankhaften Gebrauch von Computer und Internet*. Mit Online-Materialien. Weinheim: Beltz.
- Schuhler, P. & Vogelgesang, M. (2012). *Pathologischer PC-Internet-Gebrauch: Eine Therapieanleitung*. Göttingen: Hogrefe.
- Seligman, M. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Senf, W. & Broda, M. (2012). *Praxis der Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch*. Stuttgart: Thieme.
- Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G. & Tschacher, W. (2015). *Embodiment*. Bern: Huber.
- Strack, F., Martin, L. L. & Stepper, S. (1988). Inhibiting and facilitating conditions of the human smile: a nonobtrusive test of the facial feedback hypothesis. *Journal of personality and social psychology*, 54 (5), 768. doi:10.1037/0022-3514.54.5.768
- Vogelgesang, M., Schuhler, P. & Zielke, M. (2005). *Ess-Störungen*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Vogelgesang, M. & Schuhler, P. (2016). *Psychotherapie der Sucht*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (2012). *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Auer.
- Willutzki, U. & Teismann, T. (2013). *Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.



DR. PHIL. PETRA SCHUHLER

LEITENDE PSYCHOLOGIN
 PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTIN
 MEDIAN KLINIK MÜNCHWIES
 TURMSTRASSE 50-58
 D-66540 NEUNKIRCHEN-MÜNCHWIES
 E-MAIL:
petra.schuhler@median-kliniken.de



DR. MED. MONIKA VOGELGESANG

CHEFÄRZTIN
 MEDIAN KLINIK MÜNCHWIES
 TURMSTRASSE 50-58
 D-66540 NEUNKIRCHEN-MÜNCHWIES
 E-MAIL: monika.vogelgesang@median-kliniken.de