

# rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

ISSN 2190-443X

3. Jahrgang  
Heft 1·2014

**Themenschwerpunkt:**

## Neue ressourcenorientierte Interventionen



#### Impressum

rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

#### Herausgeber

Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek  
michael.musalek@api.or.at  
Dr. Martin Poltrum  
martin.poltrum@api.or.at  
Dr. Oliver Scheibenbogen  
oliver.scheibenbogen@api.or.at

#### Chefredakteurin

Mag. Irene Schmutterer  
irene.schmutterer@api.or.at

#### Redakteur

Mag. Thomas Ballhausen  
t.ballhausen@gmail.com

#### Verlag

Pabst Science Publishers  
Eichengrund 28  
D-49525 Lengerich  
Tel. +49 (0)5484 308  
Fax +49 (0)5484 550  
http://www.pabst-publishers.de  
http://www.psychologie-aktuell.com

#### Nachrichtenredaktion, verantw.

Wolfgang Pabst  
wp@pabst-publishers.com  
Erika Wiedenmann  
wiedenmann@pabst-publishers.com

#### Administration

Silke Haarlammert  
haarlammert@pabst-publishers.com

#### Herstellung

Bernhard Mündel

#### Urheber- und Verlagsrechte

Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht marken- oder patenschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit den im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgesandt.

#### Abonnement und Bestellservice

rausch erscheint 4x jährlich und kann direkt über den Verlag oder eine Buchhandlung bezogen werden.

Bezugspreise und Bezugsbedingungen:

Jahresabonnement: Inland 50,- Euro,

Ausland 50,- Euro; Einzelausgabe: 15,- Euro.

Preise inkl. Versandkosten und MwSt.

Bankverbindung:

IBAN: DE90 2658 0070 0709 7724 07

BIC: DRESDEFF265

Bestellservice:

vahrenhorst@pabst-publishers.com

Tel. +49 (0)5484 97234

Fax +49 (0)5484 550

Soweit im Abonnementsvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (4 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnenten an den Verlag.

**Titelbild:** John William Waterhouse  
„Ulysses and the Sirens“ (1891)

# rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

## 3. Jahrgang · Heft 1-2014

Themenschwerpunkt:

# Neue ressourcenorientierte Interventionen

## Inhalt

- 3 Editorial  
*Martin Poltrum, Oliver Scheibenbogen, Irene Schmutterer, Michael Musalek*
- 6 Genusserleben als Antagonist der Sucht  
*Oliver Scheibenbogen, Selina Franzke & Michael Musalek*
- 16 Lebensverständnis und ästhetische Erfahrung als Ziel der Suchtbehandlung – Hölderlins Gedicht „Hälfte des Lebens“ und die Rückgewinnung des Urvertrauens durch das Schöne  
*Martin Poltrum*
- 22 Kunsttherapie in der Behandlung von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen  
*Jutta Dennstedt, Angela Olbrich & Franz Steinert*
- 33 Wider die Schwerkraft – therapeutisches Jonglieren in der Suchtbehandlung  
*Margret Kuderer, Mario Filzi & Oliver Scheibenbogen*
- 45 Abschied von der Homogenität – Eine Interaktions-Typologie von Jugendlichen in der Prävention des Missbrauchs von Alkohol und anderen Drogen  
*Henrik Kröniger-Jungaberle & Felix Schuldt*
- 58 Dionysos. Rausch und Ekstase  
*Martin Poltrum*
- 59 Bildstrecke  
Dionysos. Rausch und Ekstase
- 61 Bildstrecke  
Kunstprojekt „Sculpt Fiction“
- 63 „Fick mein Leben“ – Raus aus Novo  
*Essay eines ehemals Spielsüchtigen*
- 66 Was ist „Internetsucht“ und wie verbreitet ist dieses Phänomen?  
*Alfred Uhl*
- 73 Rezension  
Kritik der diagnostischen Vernunft  
*Samuel Thoma*

## Nachrichten

- 21 Gehen macht kreativ
- 32 Drogen-Selbsthilfe: Neue Freunde, neue Ehrlichkeit und vielleicht eine neue Wohnung
- 72 Essstörungen: KlientInnen mit wenig Krankheitseinsicht, aber hohem Zuwendungsbedarf
- 79 Anti-Aggressivitätstraining in der Suchthilfe: notwendig, aber oft vernachlässigt



*Zsolt Demetrovics, Jane Fountain,  
Ludwig Kraus (Eds.)*

### **Old and New Policies, Theories, Research Methods and Drug Users Across Europe**

*Dirk J. Korf:* Old and new: Persistence, revival and innovation in European drug issues

*Alfred Uhl & Ludwig Kraus:* Reassessing the gateway theory and its implications for drug policy

*Heino Stöver, Rick Lines & Katja Thane:* Harm reduction in European prisons: Looking for champions and ways to put evidence-based approaches into practice

*Garfield (Gary) Potter:* Exploring retail-level drug distribution: Social supply, 'real' dealers and the user/dealer interface

*Susanna Prepeliczay:* Psychedelic generations: Similarities and differences of socio-cultural factors related to historic & contemporary use of LSD and other hallucinogenic drugs

*Patrick McCrystal:* Arriving at the party early? An exploration of the early onset use of ecstasy and cocaine in Northern Ireland

*Alastair Roy:* New methods – old problems: A practical and philosophical analysis of participatory approaches to qualitative drugs research

*Paula Mayock, Jennifer Cronly & Michael Clatts:* Researching 'new' heroin users in Ireland: An ethno-epidemiological approach

**152 pages, ISBN 978-3-89967-583-2, price: 20,- €**



*Jane Fountain, Vibeke Asmussen Frank,  
Dirk J Korf (Eds.)*

### **Markets, methods and messages Dynamics in European drug research**

*Dirk J. Korf:* Psychedelic musicians, Muslim dealers and domestic marijuana growers: an introduction

*Alfred Springer:* Taking drugs to make music to take drugs to?

*Alastair Roy:* Race, place, religion and drug supply

*Tim Surmont, Freya Vander Laenen & Brice De Ruyver:* Finding respondents in local marijuana markets

*Gary R. Potter, Caroline Chatwin:* Researching cannabis markets online: some lessons from the virtual field

*Ross Coomber:* Using the internet for qualitative research on drug users and drug markets: the pros, the cons and the progress

*Ulrik Solberg, Roumen Sedefov, Paul Griffiths:* Developing a sound methodology to monitor the online availability of 'new drugs/legal highs'

*Matilda Hellman:* Finnish press narratives on drug addiction at different times during 1968-2006: role divisions and their inherent responsibility allocation

*Jakob Demant, Signe Ravn, Anne Marie Lyager Kaae:* The glamour makes the difference. Discourses on cocaine, amphetamine, and ecstasy in Danish media

**160 pages, ISBN 978-3-89967-741-6, price: 20,- €**



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28, D-49525 Lengerich

Tel. ++ 49 (0) 5484-308, Fax -550, E-Mail: [pabst.publishers@t-online.de](mailto:pabst.publishers@t-online.de), Internet: [www.pabst-publishers.de](http://www.pabst-publishers.de), [www.psychologie-aktuell.com](http://www.psychologie-aktuell.com)

## Editorial

### Odysseus oder Orpheus – das ist hier die Frage!

Eine Weichteilwunde beginnt von dort her zu heilen, wo das Gewebe und die Zellen noch intakt sind. In Analogie dazu heilen seelische Verletzungen, wenn man das aufsucht, erinnert, vermehrt und größer werden lässt, was trotz Irritation, Traumatisierung und Beschädigung noch gesund und unversehrt ist. Das ist ein Faktum, das den Psychotherapeuten aller Schulen bekannt ist und bereits die ältere Psychotherapie wusste – was soll Psychotherapie auch anderes sein? Pierre Janet (1859-1947), der große Gegenspieler Freuds und zeitgleiche Co-Entdecker des Unbewussten, schreibt bereits 1919 in seinen *Médications Psychologiques*: „Wahrscheinlich wird man eines Tages wie bei einem großen Unternehmen die Bilanz und den Haushalt eines Geistes aufstellen können. Dann wird der Psychiater in der Lage sein, geringe Ressourcen gut zu nutzen, indem er unnütze Ausgaben vermeidet und die Anstrengung exakt auf den richtigen Punkt ausrichtet; er wird noch mehr tun: Er wird den Kranken beibringen, ihre Ressourcen zu vermehren, den Geist zu bereichern.“

Spätestens seit Viktor Frankls Engagement für eine sinnorientierte Psychotherapie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, Aaron Antonovskys Salutogenesekonzept in den 1980ern und einer Reihe von Arbeiten Klaus Grawes in den 1990er Jahren, die alle explizit die Wichtigkeit der Ressourcenorientierung hervorgehoben haben, sind wir heute wieder dafür sensibilisiert die verführerische Problemperspektive, die Defizit- und Fehlerfahndung – die sich durch die Sogwirkung, ontologische Macht und Phänomenalisierungsauffälligkeit der Negation geradezu aufdrängt – durch Schatzsuche und Ressourcenorientierung zu ergänzen. Allerdings ist der Gang an die Quelle (Ressource – [re'sors] französisch *la ressource* [rə'surs] „Mittel“, „Quelle“, von lateinisch *resurgere* „hervorquellen“), das zeigt der Mythos des Narziss nur allzu deutlich, oft nicht ganz einfach und

in den meisten Fällen das eigentliche Problem (vgl. Poltrum, 2010).

Wenn man eine vergangene Idee wie die der Ressourcenorientierung aufgreift, dann dauert es nicht lange, bis Kritiker auf den Plan treten und wähen, dass sei doch alter Wein in neuen Schläuchen. Dass der Wiener Beitrag zum Diskurs um die Ressourcenorientierung, der unter dem Code-Wort „Orpheusprogramm“ auf vielen verschiedenen nationalen und internationalen Kongressen vorgestellt wurde und vor allem auch in Deutschland mittlerweile gut bekannt ist, dennoch etwas Neues sein dürfte, hat vor allem damit zu tun, dass hier die „Ästhetischen Ressourcen“ (Musalek, 2010) im Fokus des Erkenntnis- und Therapieinteresses stehen und vor allem die aus der Philosophietradition stammende Idee bedeutsam wird, dass die Erfahrung des Schönen eine Art Therapeutikum darstellt (Musalek & Poltrum, 2010).

Den „Ästhetischen Ressourcen“ Rechnung tragend, wurde im Anton-Proksch-Institut in Anlehnung an den griechischen Orpheusmythos, ein neues Therapieprogramm entwickelt. Orpheus war im griechischen Mythos ein begnadeter Sänger, der mit seinem schönen Leierspiel den Gesang der Sirenen übertönte und so verhinderte, dass er ihrer Versuchung erlag. Im Gegensatz zu Odysseus, der sich mit qualvollem Verlangen an einen Schiffsmast anbinden musste, hielt Orpheus der unheilvollen Verführung sein kreatives Potenzial entgegen und erreichte, was Odysseus verwehrt blieb: persönliche Freiheit und Autonomie. Dass Orpheus das vermochte, liegt sicher auch daran, dass seine Mutter Kaliope eine Muse war – denn das Musische schützt von jeher vor dem Selbstverlust (vgl. Poltrum, 2010).

Die Strategie des Odysseus, sich an den inneren Mast aus Pflichterfüllung zu binden, das eigene Begehren abzuschnüren, es seinen Ruderern zu verbieten, scheint wenig empfehlenswert zu sein, wenn es darum geht, freudvoll und lustvoll durchs Leben zu kommen. Nicht für Herr und nicht für Knecht. Wenn man die Sirenen als Metapher für Drogen und Suchtmittel-

tel nimmt, lässt sich durch diese Mythe einiges sehen. Sirenen haben große Ähnlichkeiten mit Drogen. So wie viele Suchtmittel sehr viel Positives leisten, man denke an die angenehme anxiolytische und enthemmende Wirkung des Alkohols – wie viele Lippen wären ungeküstet geblieben ohne diese Wirkung –, an die Schlaf induzierenden Effekte mancher Substanzen oder an die Leistungssteigerung durch Stimulanzien, so versprechen auch die Sirenen sehr viel. Bei dauerhaftem Konsum sind diese Substanzen ähnlich tödlich wie die Annäherung an die Sirenen. Und im Falle der Suchtbehandlung ist die Strategie des Odysseus im Umgang mit den Sirenen ähnlich zum Scheitern verurteilt wie die Idee, man könne der lebenslangen Verführung durch Drogen dadurch beikommen, dass man sich an den inneren Mast aus Pflichterfüllung, rationalem Lebensentwurf und Askese bindet. Sinnlosigkeit ist der Preis, den man für die Loslösung von der Sinnlichkeit zahlt. Rückfall und Sucht die logische Folge. Damit wäre aber das Hauptziel einer gelingenden Suchtbehandlung der substanzfreie Rausch, die nüchterne Trunkenheit und drogenfreie Ekstase (vgl. Poltrum, 2012).

In der aktuellen Ausgabe haben wir, um epistemologische Redundanzen zu vermeiden, und auch weil das Orpheusprogramm unter Suchtforschern schon weitgehend bekannt ist, darauf verzichtet alle zum Therapiekonzept gehörigen Module erneut vorzustellen. Nicht verzichten wollten wir auf die Präsentation einiger therapeutischer Neuerungen aus dem Anton-Proksch-Institut, daher liegt der Schwerpunkt dieser Ausgabe auf der Darstellung neuer ressourcenorientierter Ansätze aus unserem Haus.

„Wer nicht genießt ist ungenießbar“, ein Zitat von Konstantin Wecker steht als virtuelle Überschrift über dem Eröffnungsbeitrag dieser Ausgabe von Oliver Scheibenbogen, Selina Franzke und Michael Musalek. Wird im Zeitalter der Postmoderne der Genuss als Therapeutikum verwendet, so laufen wir allzu leicht Gefahr, diesen als bloßes Substitut für das Suchtmittel misszuverstehen. Doch ein „Lust-kick“ führt, wie beispielsweise schon Aristippos 435 v. Chr. warnt, rasch wieder in die Abhängigkeit retour. Die vorgestellte Gruppe zum Genuss erleben am Anton-Proksch-Institut basiert auf einem wesentlich nachhaltigeren Konzept und begreift Schönheit, Freude und Genuss als Antagonisten der Sucht (Musalek, 2013). Dort wo das Leben (wieder) reich und erfüllt ist, hat Sucht keinen Platz. Doch wie ist es möglich PatientInnen, welche jahrelanger Deprivation aufgrund des Suchtmittelkonsums ausgesetzt gewesen sind, bei der Wiederaufnahme der Genussfähigkeit und der Internalisierung

des Genusses als zentrales Lebensthema, zu unterstützen?

Im zweiten Beitrag „Lebensverständnis und ästhetische Erfahrung als Ziel der Suchtbehandlung – Hölderlins Gedicht ‚Hälfte des Lebens‘ und die Rückgewinnung des Urvertrauens durch das Schöne“ von Martin Poltrum wird gezeigt, dass die Erfahrung des Schönen von den großen Philosophen des Abendlandes immer so beschrieben wird, als hätte das Schöne einen quasitherapeutischen Charakter. Das Schöne stellt eine Art Medikament dar, es ist Antidepressivum und Weckamin des Seins, so könnte man die Grundeinsicht der Ästhetischen Theorie von Platon bis Adorno zusammenfassen. Eine Sonderstellung hat dabei Hölderlins Nachdenken über das Schöne. Im Gedicht „Hälfte des Lebens“, ein Höhepunkt deutschsprachiger Lyrik, zeigt sich, dass die Erfahrung des Schönen aber auch eine Schattenseite hat und das Leben aus zwei Hälften besteht. „Hälfte des Lebens“ ist eines der Gedichte, das in der patienteneigenen „Vorlesung zur Lebenskunst“ am Anton-Proksch-Institut mittlerweile zum philosophisch-therapeutischen Kernbestand gehört und mit sehr vielen Patientenkollektiven gelesen und debattiert wurde. Nicht zuletzt darum, weil Wesensmomente der Suchtbehandlung anhand des Gedichtes exemplifiziert werden können.

Die Zeitschrift **rausch** versteht sich in ihrer Ausrichtung als multidisziplinäres Medium. Daher ist es selbstverständlich, abseits der tradierten Berufsgruppen in der Suchtbehandlung auch andere Ansätze und Disziplinen zu Wort kommen zu lassen. Den Auftakt macht der Beitrag „Kunsttherapie in der Behandlung von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen“ von Angela Olbrich, Jutta Dennstedt und Frankie Steinert. Mit einem auf den ersten Blick exotischen Unterfangen wird eine weitere Innovation der Suchttherapie vorgestellt. „Wider die Schwerkraft – therapeutisches Jonglieren in der Suchtbehandlung“ von Margarete Kuderer, Mario Filzi und Oliver Scheibenbogen, untersucht die klinisch-therapeutischen Effekte dieses Angebotes.

Dem Thema der Suchtprävention widmen sich zwei Kollegen aus dem Universitätsklinikum Heidelberg im nächsten Beitrag. Die Schulklasse ist ein viel genutzter Ort für universelle Prävention. Dass es dabei wichtig wäre vermehrt darauf zu achten, dass Schulklassen keine homogenen Orte sind, sondern sowohl Unterrichtsstile der Lehrenden als auch Motivation und Beziehung der SchülerInnen zu Lehrenden, MitschülerInnen und der Schule als Ganzem sehr unterschiedlich sein können, zeigen Henrik Kröninger-Jungaberle und Felix

Schuldt in ihrem Beitrag sehr anschaulich anhand einer Interaktions-Typologie von Jugendlichen in der Prävention des Missbrauchs von Alkohol und anderen Drogen.

Die Bildstrecken dieser Ausgabe widmen sich diesmal einer Ausstellung in Dresden und einem Skulpturenprojekt am Anton-Proksch-Institut. Einer der vielgestaltigsten mythologischen Figuren, dem Gott des Rausches und der Ekstase, Dionysos, ist im Dresdner Residenzschloss vom 6. Februar bis zum 10. Juni eine sehr spannende Ausstellung gewidmet. Herzlichen Dank an dieser Stelle für die Gelegenheit, einige der sehr tollen Bilder des Kataloges und der Ausstellung in **rausch** abbilden zu dürfen. Im Sommer des vergangenen Jahres wurde im Garten unserer Klinik ein über mehrere Wochen stattfindendes Skulpturenprojekt durchgeführt. PatientInnen fertigten aus großen Styropor-Blöcken, die aussehen wie schwere Steine, Ytong-Skulpturen. Gearbeitet wurde mit Sägen, Feilen, Raspeln, Bohrern, Schleifpapier, Pinseln, Farbe und Kleister. Die zweite Bildstrecke gibt dazu einige Einblicke.

Mit dem für unseren Geschmack spannendsten Beitrag „Fick mein Leben – Raus aus Novo“ wollen wir wieder einmal einen Patienten zur Sprache kommen lassen – einen ehemaligen Patienten wohlgermerkt! Ein „trockener“ Spieler, der seine Spielsucht überwunden hat, beschreibt darin auf sehr berührende Weise einige seiner Erfahrungen und Erlebnisse rund um diese zerstörerische Sucht. Der Autor, der aus verständlichen Gründen anonym bleiben möchte, ist ein brillanter Schreiber und hat eine sehr, sehr feine Feder. Eindrücklich zeigt er die Welt des pathologischen Spielens aus der Innenperspektive. Ganz besonders herzlichen Dank für diesen Text und weiterhin alles Gute!

Alfred Uhl beschäftigt sich in seinem Artikel mit dem Begriff und der Sache der „Internetsucht“. Was ist darunter zu verstehen, wie ist die Datenlage, was kann und soll man darüber sagen und worüber soll man schweigen, möchte man nicht zur allgemeinen Gerücherverbreiteri und zum Projekt der Ersetzung der episteme durch die doxa beitragen, sind einige der Anliegen, mit denen sich der Autor auseinandersetzt.

Die abschließende Rezension von Samuel Thoma ist einem sehr innovativen Buchprojekt gewidmet. Klaus Brücher und Martin Poltrum haben letztes Jahr einen sehr spannenden Reader zum Thema „Psychiatrische Diagnostik. Zur Kritik der diagnostischen Vernunft“ herausgegeben. Ein Thema, das spätestens seit dem DSM-5-Projekt, das vor allem von Allen Francis (vgl. Francis, 2013) sehr stark kritisiert wurde, da es die Gefahr einer „diagnostischen

Inflation“ mit sich bringt und die Normalität bedroht, da alles und jedes pathologisiert wird, not tut. Was Diagnosen und die verschiedenen diagnostischen Systeme prinzipiell leisten und wo ihre Grenzen sind, wird durch die Kritik der diagnostischen Vernunft bestimmt. Diagnosen können Menschen stigmatisieren, aber auch entlastend und exkulperierend wirken, sie sind die Grundlage für Verstehens- und Erklärungsansätze und für daraus abgeleitete Interventionen. Nicht zuletzt verweisen Diagnosen auch in die Geschichte, denn jede Zeit findet und erfindet ihre Krankheiten ein Stück weit mit. Insbesondere der im Reader enthaltene Beitrag von Alfred Springer zum Thema „Zur Problematik der Suchtdiagnostik“ beschreibt die historischen und philosophischen Probleme und Implikationen des Suchtbegriffs auf einem Niveau, das seinesgleichen sucht.

Damit hoffen wir, mit der ersten Ausgabe 2014 den Ansprüchen und Wünschen unserer AbonnentInnen gerecht zu werden, und wünschen viel Begeisterung und Freude bei der Lektüre.

Herzlichst

**Martin Poltrum, Oliver Scheibenbogen,  
Irene Schmutterer, Michael Musalek**

## Literatur

- Brücher, K., Poltrum, M. (Hrsg.) (2013): *Psychiatrische Diagnosen. Zur Kritik der diagnostischen Vernunft*. Berlin: Parodos-Verlag.
- Francis, A. (2013): *Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*. Köln: DuMont Buchverlag.
- Musalek, M. (2010): Social aesthetics and the management of addiction. *Current Opinion in Psychiatry*, 530-535.
- Musalek, M. & Poltrum, M. (Hrsg.) (2010): *Ars Medica. Zu einer neuen Ästhetik in der Medizin*. Berlin: Parodos-Verlag.
- Musalek, M. (2013): Health, Well-being and Beauty in Medicine. *Topoi* 32, 171-177.
- Poltrum, M. (2010): Musen und Sirenen. Orpheus als Psychotherapeut. In: M. Musalek & M. Poltrum (Hrsg.), *Ars Medica. Zu einer neuen Ästhetik in der Medizin* (S. 233-251). Berlin: Parodos-Verlag.
- Poltrum, M. (2012): Nüchterne Trunkenheit und drogenfreie Ekstase. Der Rausch als Therapeutikum der Sucht bei Nietzsche und Platon. *Rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie* 2: 61-66.

# Genusserleben als Antagonist der Sucht

Oliver Scheibenbogen, Selina Franzke & Michael Musalek

## Einleitung

Im Rahmen des Orpheusprogramms – jenem ressourcenorientierten Ansatz, der Betroffenen die (Wieder-)Aufnahme eines autonomen und freudvollen Lebens ermöglichen soll – wurde am Anton-Prosch-Institut Ende 2012 eine Gruppe zum Genusserleben implementiert. Dieses neue Gruppenkonzept stützt sich auf einen multidisziplinären, integrativen Ansatz, der versucht, unterschiedlichste Methoden zu vereinen. Dabei gelangen Konzepte der Salutogenese (Antonovsky, 1997), der achtsamkeitsbasierenden Psychologie, der Alexithymieforschung sowie erlebnis- und ressourcenorientierte Ansätze zur Anwendung.

Nicht der „Kick“ oder die kurzfristige „Berausung“ stehen im Fokus therapeutischer Bemühungen, sondern die langfristige Integration der Erlebniswerte zur nachhaltigen Stärkung gesunder Persönlichkeitsanteile. Ein autonomes und freudvolles Leben kann dann geführt werden, wenn man sich dieser Möglichkeit auch bewusst ist und sie zu nutzen weiß. Diese Willens- und Handlungsfreiheit soll in der Gruppe zum Genusserleben für die PatientInnen (wieder) spürbar gemacht werden und im Gegensatz zur reinen ungezügelter Lustbefriedigung ein vertieftes und anhaltendes Gefühl der Lebensfreude eröffnen.

Das durch verstärkten Genuss induzierte eigene Wohlbefinden in alltäglichen Lebenssituationen dient der Vermeidung und dem Abbau von Stressfaktoren und in weiterer Folge der Rückfallprävention. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf den salutogenetischen Faktoren wie Lebenseinstellung, Bewältigungskompetenz und soziale Ressourcen (Kaluza, 2011), die den allgemeinen Gesundheitszustand positiv beeinflussen und die Lebensqualität der PatientInnen verbessern. Menschliche Ressourcen sind nicht nur Fähigkeiten, sondern vielmehr auch Kraftquellen des Menschen, die ihm ermöglichen Lebensprobleme zu lösen und der Erreichung seiner Lebensziele näherzukommen (vgl. Musalek, 2012).

Für die PatientInnen ist die Gruppe zum Genusserleben eine Aufforderung, sich neue „Verstärkungsmöglichkeiten“ zu suchen und nicht mehr im Suchtmittel den omnipotenten Verstärker zu sehen. Je größer die Variationsbreite des positiven Erlebens ist, umso eher sind Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen gegenüber den suchtmittelspezifischen Lockrufen und Versuchungen gefeit.

## Epikur und Orpheus – Allgemeine Betrachtungen zum Genussbegriff

Beschäftigt man sich mit Genuss im engeren Sinne und mit Lebensfreude im Weiteren, so kommt man an den Philosophen des Altertums und der Neuzeit nicht vorbei. So stellte beispielsweise Konfuzius die Mitmenschlichkeit und die Familienorientierung als Tugend eines freudvollen und genussvollen Lebens an oberste Stelle. Auch Bildung und Wissen sieht er als Basis für persönliches Glück. Im Gegensatz dazu meint Laotse, dass Menschen die natürliche Ordnung akzeptieren und sich selbst als Teil der Natur begreifen sollen. Er sieht Wissenserwerb und soziales Engagement als „Energieverschwendung“.

Heutige Studien zeigen wiederholt, dass Wissen per se nicht glücklich macht, jedoch höherer Status – zumindest bis zu einem gewissen Maß – mit höherer Lebenszufriedenheit deutlich korreliert. Aus der buddhistischen Tradition kann der seelische Zustand der Freude und Ausgeglichenheit vor allem durch die Selbsterkenntnis und durch achtsame und rechte Lebensweise gefördert werden.

Epikurs Lehren werden fälschlicherweise oft sehr verkürzt in der Literatur dargestellt. Er ist jedoch keinesfalls ein „Prophet“ des zügellosen Hedonismus, sondern, ganz im Gegenteil, betont er das Maßhalten als wichtigen Aspekt im Umgang mit Genussmitteln. Er selbst zog sich mit seinen Jüngern und Anhängern oft in den Epikureischen Garten zurück und sieht ein

zurückgezogenes Leben unter Freunden als erstrebenswert an. Aktuelle Forschungsergebnisse wiederum zeigen, dass sozialer Rückzug oft negativ mit Lebensqualität korreliert. Gerade Personen, die sich im Zuge ihrer psychischen Erkrankung immer weiter sozial distanzieren, erfahren dadurch noch zusätzliche Probleme in der Lebensgestaltung und in der Lebensführung. Daher wird in der Gestaltung der Gruppe das Thema soziales Netz im Modul C („Beziehungen leben“) berücksichtigt, da Genussfähigkeit mit einer Steigerung der Lebensqualität zusammenhängt.

Aristippos hielt den Genuss des Moments für wertvoller als ein langes Leben. Er warnt jedoch auch davor, sich „allzu eng mit dem Genuss und seinem Überbringer zu verbinden, denn durch diese Abhängigkeit gerieten wir zuletzt in den Sturm des Schmerzes, den wir eigentlich vermeiden wollen“. Aristippos warnt hier indirekt vor der Entwicklung einer Abhängigkeit und deutet in seiner Beschreibung das Phänomen des Kontrollverlustes an.

Arthur Schopenhauer zeigt in der Parabel vom Stachelschwein die grundsätzliche Problematik der Menschheit zwischen Solidaritätsbedürfnis, Gesellschaftsbedürfnis, Nähe- und Distanzbedürfnis auf. Er meint, der Mensch könne nur versuchen, das Ausmaß des Unglücks zu reduzieren und am besten gelinge dies, indem Erwartungen und Wünsche so nieder wie möglich zu halten seien. Diese pessimistische Sicht der Welt – wer nicht viel erwartet, könne nicht enttäuscht werden – wohnt vielen PatientInnen aufgrund ihrer Erlebnisse während der jahrelangen Entwicklung der Abhängigkeitserkrankung inne, eine eher ungünstige Ausgangslage zur Entwicklung von Veränderungsmotivation.

Historisch gesehen ist die Einengung des Genussbegriffes auf orale Genüsse ein Phänomen der Neuzeit. In früheren historischen Epochen wurde der Genussbegriff viel weiter gesehen. Robert Pfahler, Ordinarius der Philosophie an der Universität für Angewandte Kunst (Interview in „Der Zeit“, 2011), meint dazu: „Wir sind nicht diszipliniert, wir haben nur ein gestörtes Verhältnis zum Genuss. Wir haben ein kindisches, tyrannisches Überich, das uns dazu bringt, uns nichts zu gönnen und uns ständig vor allem zu fürchten. Menschen sind von sich aus alles andere als genussorientiert und hedonistisch. Erst die Kultur kann ihnen ein wenig dazu verhelfen. Freilich vermögen das nicht alle Kulturepochen im selben Ausmaß. Die unsere bestärkt uns darin, das tyrannische Überich ernst zu nehmen, anstatt uns zu helfen, seine Kindereien mit Humor zu betrachten.“

Unsere Sprache zeigt deutlich, welche Semantik Genuss in der Postmoderne hat. Redewendungen wie „Genuss ist Sünde“ oder „Erst die Arbeit, dann das Vergnügen“ verdeutlichen die von Pfahler propagierte „Überich-Dominanz“. Genuss widerspricht zudem gänzlich dem protestantischen Leistungsideal, das „Es“ hat kaum Chancen auf Befriedigung.

## Der Genuss, das Erleben und die Sucht

Am Anton-Proksch-Institut wird in der Gruppe zum Genusserleben bewusst nicht von einem Genuss-„training“ gesprochen, nicht das Wiederholen und Üben nach den Vorgaben eines Trainers, sondern das Erlebnis, das Durchdrungensein stehen im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen.

Erlebnisfähigkeit ist laut Duden die „Fähigkeit, Eindrücke aufzunehmen und seelisch zu verarbeiten“. Sie zählt zu den psychischen Eigenschaften, die sich auf Grundlage der individuellen Disposition der Menschen im Laufe des Lebens durch Erlebnisse, Erfahrungen, Aneignung von Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnissen herausbildet. Dadurch ist es möglich, dass Menschen verschiedene Situationen im Leben subjektiv unterschiedlich wahrnehmen, erleben und reflektieren.

Die vielfältigen Anregungen und die Reflexionen in der Gruppe haben zum Ziel, diese Erlebnisfähigkeit zu stärken und den PatientInnen wieder ins Zentrum des Bewusstseins zu bringen, um genussfähiger zu werden.

Genuss dient der Freude, der Belohnung, der Steigerung des Wohlbefindens und der Lebensfreude. Er ist nicht mit schwerer Berausung und massiven Bewusstseinsveränderungen verknüpft.

„Genuss als höchste Form des Schönheitserlebens darf aber nicht mit Spaß bzw. rascher Lustbefriedigung, und schon gar nicht – wie heute oft anzutreffen – mit Konsum auf hohem preislichem oder quantitativem Niveau verwechselt werden“ (Musalek, 2014).

Genuss steht mit der Fähigkeit zu Muße und Entspannung in Verbindung. Wenn der Mensch jedoch unter Spannung steht, werden die für den Genuss notwendigen Sinne blockiert und Aufmerksamkeit ist nur noch oberflächlich möglich. Stress, Angst, Burnout und Sucht sind Belastungen, unter denen Genießen nur schwer möglich ist, denn Genuss benötigt bewusste Wahrnehmung.

Inhalt der therapeutischen Auseinandersetzung mit abhängigkeitserkrankten Personen ist das Herausarbeiten des Zusammenhangs sowie vor allem der Diskrepanz von Suchtverhal-

Tabelle 1

Gegenüberstellung der Merkmale von Genuss und Sucht (Bläsing, 2004).

Merkmale von Genuss	Merkmale von Sucht
Genuss-Verhalten lebe ich, um alles zu erleben, mich zu erleben, mit allen Gefühlen	Suchtverhalten lebe ich, um bestimmte Gefühle nicht wahrzunehmen
Genuss schöpft aus der Fülle	Sucht versucht, die Leere gierig zu füllen
Im Genuss gibt es Steigerung	In Sucht herrscht Stillstand und Rückschritt
Genuss verursacht keine Reue	Sucht bringt Reue mit sich
Genuss reicht – kann auch ohne	Sucht muss – will mehr mehr, mehr
Genuss geschieht in der Freiheit	Sucht geschieht in der Abhängigkeit
Genuss bereichert, stärkt, macht langfristig satt	Süchtiges Verhalten macht hungriger, schwächer
Genuss hat mit wirklicher Befriedigung zu tun	Sucht hat mit Oberflächlichkeit zu tun
Genuss braucht keinen Kick	Sucht sucht den Kick
Genuss kennt das Maßhalten	Sucht neigt zu Maßlosigkeit
Genuss: Essen hat einen nicht zu hohen Wert	Bei Ess-Sucht: Essen hat einen zu hohen Stellenwert
Genussmittel: bewusster Gebrauch	Genussmittel: (bewusster) Missbrauch
Genuss heißt: Ich hab's unter Kontrolle	Sucht heißt: Es hat mich unter Kontrolle

ten und Genuss erleben. Die Gegenüberstellung der Merkmale von Genuss und Sucht (siehe Tabelle 1) fasst dabei die Empfindungen und Beiträge der PatientInnen zu diesem Thema sehr gut zusammen.

Suchtverhalten bedeutet, sich mit eigenen Emotionen und den Gefühlen anderer nicht mehr auseinanderzusetzen, sondern sich zu betäuben und zu absentieren. Vor allem diese Erkenntnis empfinden viele Betroffene als ausschlaggebend für eine Veränderung ihres Wahrnehmungs- und Erlebensverhaltens. Die belastenden Gefühle der Leere, des Stillstands und der Reue bewusst hinter sich zu lassen und sich einem genussvollen Verhalten, das mit Freiheit, wirklicher Befriedigung und Kontrolle in Verbindung steht, zu öffnen und anzunähern, kann in der angstfreien Atmosphäre des Gruppensettings angestoßen werden.

### Gefühlsarmut und Sucht

Alexithymie und Anhedonie stehen oft in Verbindung mit Suchterkrankungen. Beide Konstrukte sind Merkmale eines pathologischen emotionalen Erlebens und beziehen sich auf Schwierigkeiten, Gefühle wahrzunehmen oder zu differenzieren. Betroffene weisen Einschränkungen des persönlichen wie auch des sozialen Erlebens auf.

Alexithymie (aus den griechischen Wortstämmen *α-* [a-] „nicht“, *ή λέξις* [he léxis] „Rede/Wort“ und *ό θυμός* [ho thymós] „Gemüt“, über-

setzt: „keine Worte für Gefühle“) bezeichnet das Unvermögen, eigene Gefühle bzw. Emotionen bei anderen wahrzunehmen, zu deuten und zu verbalisieren. Weitere Merkmale des auch als Gefühlsblindheit bezeichneten Störungsbildes beziehen sich auf die Schwierigkeit, körperliche Empfindungen von Emotionen zu unterscheiden. PatientInnen mit alexithymen Persönlichkeitseigenschaften verfügen über reduzierte imaginative Fähigkeiten und sind in ihrer Denk- und Sprechweise stark an konkreten äußeren Umständen orientiert.

Daher werden im Modul A der Gruppe zum Genuss erleben die Sinnesempfindungen angesprochen. Durch geeignete Stimulation des Geruchs-, Geschmacks- und Tastsinns sowie zur optischen Wahrnehmung erleben die PatientInnen Empfindungen, die im Sinne einer Generalisierung von diskreten sensorischen Stimuli zur Wahrnehmung komplexer Emotionen anregen.

Der Begriff Anhedonie (abgeleitet aus dem Griechischen: „hedone“ für Lust, Freude) wurde erstmals Ende des 19. Jahrhunderts von dem französischen Psychologen Ribot im psychologischen Kontext verwendet. Anhedonie meint den Verlust freudvollen Erlebens und kann verschiedene Ebenen des Daseins betreffen. Es lässt sich dabei ein perzeptiver Aspekt im Sinne von Defiziten die genussvolle Wahrnehmung betreffend unterscheiden von einem Handlungsaspekt, der sich in einem Mangel an befriedigenden Aktivitäten manifestiert.

Eine der Aufgaben der therapeutischen Interventionen in der Suchtbehandlung ist die

Stärkung der Fähigkeit, positive Gefühle und Stimmungen (wieder) intensiv erleben zu können. Daher setzt sich die Gruppe zum Genusserleben im Modul B aktiv mit der Suche nach freudvollen Aktivitäten und genussvollen Erlebnissen auseinander.

## Die Atmosphäre als Basis des Genusserlebens

Atmosphären ermöglichen ein Zusammenführen von Menschen, Räumen und Inhalten mit dem Ziel, ein angstfreies Ausprobieren und Experimentieren sowie ein Hinterfragen eigener Motive, Normen und Wertvorstellungen zu ermöglichen. Genuss soll als Antagonist der Sucht greifbar werden.

Die sechswöchige Dauer der Gruppe zum Genusserleben orientiert sich am Therapiekonzept des Anton-Proksch-Institutes, das von drei Therapiephasen ausgeht: Akutphase – Lebensneugestaltung – Transferphase. Die Gruppe zum Genusserleben verortet sich hierbei in der Phase der Lebensneugestaltung.

Die Gruppe zum Genusserleben findet zweimal wöchentlich statt und ist für eine Dauer von eineinhalb Stunden und einer Gruppengröße von maximal zwölf Personen angesetzt. Zielgruppe sind alle PatientInnen mit dem Therapieziel Lebens-(Neu-) bzw. -Umgestaltung.

Um ein vertieftes themenspezifisches Arbeiten zu ermöglichen, ist die Gruppe modular konzipiert, wobei sich ein Modul jeweils über drei Einheiten erstreckt. Das gesamte Programm, bestehend aus vier Modulen, ist somit für eine Dauer von sechs Wochen angelegt. Ein Einstieg ist daher jeweils alle eineinhalb Wochen möglich (teiloffenes Gruppensetting). Es besteht jedoch für die PatientInnen auch die Möglichkeit, nur an einzelnen Modulen teilzunehmen.

## Die Module – Einblicke in die Praxis

Um die Erlebnisfähigkeit durch positive Erfahrungen zu fördern, werden Materialien, die auf unterschiedliche Wahrnehmungskanäle und Verarbeitungsebenen abzielen, vorgegeben. Sinnesempfindungen und Identifikation von Faktoren, die für Wohlbefinden ausschlaggebend sind, werden gruppenspezifisch genutzt. Das Wahrnehmen und Spüren von sozialen Interaktionen und die Stärkung von Selbstwert sowie dem achtsamen Umgang mit sich selbst sollen einen ganzheitlichen Effekt auf die individuelle Genussfähigkeit ermöglichen.

## A) Mit allen Sinnen (er)leben

Im Modul A werden die basalen Sinnesebenen angesprochen. Ein Experimentieren mit unterschiedlichen Materialien und ein bewusstes Wahrnehmen der (Sinnes-)Empfindungen ist die Grundlage dafür, Genuss erleben zu können.

### A1) Schmecken, Sehen

Indem unterschiedliche Flüssigkeiten in der gleichen Lebensmittelfarbe eingefärbt und anschließend verkostet werden, sind die PatientInnen zur Auseinandersetzung mit Geschmackssinn und optischer Wahrnehmung angeregt. Die Reflexion in der Gruppe beschäftigt sich einerseits mit der höheren Intensität der Geschmacksempfindungen, die durch die Fokussierung auf den Geschmacksreiz entsteht, und andererseits, aufgrund der visuellen Störreize, mit dem Hinterfragen von Automatismen. Eigene Handlungsweisen auch im Alltag und im Umgang mit dem Suchtmittel sollen genauer betrachtet werden, um mögliche alternative Strategien entwickeln zu können.

### A2) Tasten, Hören

Die Haut ist unser größtes Wahrnehmungsorgan und dient als Verbindung und Grenze zugleich. Sie ermöglicht den Kontakt zu unseren Mitmenschen und der gegenständlichen Umwelt. Beim Ertasten von Objekten, die in einer verschlossenen Box liegen, wird die Wahrnehmung mittels Sehsinn, die sonst im Alltag meist dominant im Vordergrund steht, ausgeschaltet. So können die Objekte auf eine ganz neue Art und Weise erfahren werden. Die PatientInnen versuchen, Qualitäten wie rau-glatt, hart-weich, leicht-schwer, warm-kalt usw. so differenziert wie möglich zu erfassen und zu verbalisieren. Ein erster Schritt in Richtung differenzierter Wahrnehmung der eigenen Empfindungen soll hierbei erarbeitet werden, ein Sich-(wieder-)spüren-Lernen, kann so auf der Ebene des Tastsinnes beginnen.

Der Gehörsinn ist ein sehr sensibler Sinn, den wir nicht ausschalten können. Hörbelästigung und Hörerlebnis liegen sehr oft nahe beieinander und können von Personen unterschiedlich aufgefasst werden. Durch die Anregung zu eigenen Hörerlebnissen (z.B. einen „Lauschspaziergang“ zu machen, während dem man versucht jegliche Geräusche bewusst wahrzunehmen) und der spielerischen Auseinandersetzung mit einem Geräuschmemory

werden die PatientInnen dazu angehalten, sich auch mit diesem Sinn auseinanderzusetzen und achtsamer zu sein.

### A3) Riechen

Bewusst als letzten Sinn dieses Moduls gewählt, hat der Geruchssinn eine besondere Bedeutung für den Zugang zum eigenen Gefühlserleben. Die starke Verbindung des Geruchssinnes mit den Gefühlen liegt nicht zuletzt daran, dass das olfaktorische System in der Nähe der Amygdala liegt, die unter anderem für die Emotionen verantwortlich ist. Aus der Traumatherapie ist bekannt, dass bestimmte Gerüche traumatische Erinnerungen triggern können. Aus einer Stichtagserhebung (Andorfer et al., 2006) geht hervor, dass ca. 40 Prozent der weiblichen und ca. 25 Prozent der männlichen PatientInnen in stationärer Entwöhnungstherapie Kriterien einer Traumafolgestörung aufweisen. Eine vertrauensvolle Atmosphäre und ein achtsamer Umgang ist daher besonders wichtig, wenn die PatientInnen mithilfe verschiedener ätherischer Öle und Gewürze an ihre positiven, genussvollen Geruchserinnerungen herangeführt werden.

## B) Selbstfürsorge und Wohlbefinden

Genussfähig zu sein erfordert, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen, zu kennen und erleben zu können. Achtsamkeit stellt die Grundlage jeder positiven Selbstzuwendung dar (vgl. Potreck-Rose & Jacob, 2011). Wer nicht achtsam mit sich umgehen kann, der kann sich nicht positiv sich selbst zuwenden, seine eigenen Bedürfnisse nicht spüren und genussvolle Momente und Wohlbefinden nicht wahrnehmen.

### B1) Wohlbefinden im Alltag wahrnehmen

In der Gruppe werden anfänglich die Genussregeln im Sinne einer „Einladung zum Genießen“ (vgl. Kaluza, 2011) erarbeitet.

- **Gönne dir Genuss:** Manchen Menschen fällt es schwer, sich Genuss zuzugestehen. Sie haben ein schlechtes Gewissen, wenn sie sich was Gutes tun.
- **Genuss braucht Zeit:** Genießen bedeutet, sich Zeit zu nehmen, auch wenn es manchmal nur ein kleiner Augenblick ist.
- **Genieße bewusst:** Genuss kann man nicht nebenher erleben, man muss lernen die

Aufmerksamkeit dem Genussvollen zu widmen.

- **Schule deine Sinne:** Genießen setzt voraus, die Sinne differenziert wahrzunehmen, was manchmal Übung erfordert.
- **Genieße auf deine eigene Art:** Vorlieben sind bei Menschen sehr unterschiedlich, es gilt herauszufinden, was jedem individuell Genuss bereitet.
- **Weniger ist mehr:** Für Genuss ist nicht die Menge, sondern vielmehr die Qualität entscheidend. Deshalb sollte mit Bedacht ausgewählt werden, was im Augenblick guttut.
- **Plane deinen Genuss.** Es ist nicht immer ratsam, das Genießen ausschließlich dem Zufall zu überlassen. Planung und Vorbereitung eröffnen meist erst die Möglichkeit.
- **Genieße die kleinen Dinge des Alltags.** Es sind nicht immer besondere Anlässe nötig, um Genuss erleben zu können, vielmehr können die kleinen alltäglichen Dinge des Lebens genussvolle Momente bieten, wenn man achtsam danach sucht.

Dabei wird ein besonderes Augenmerk auf die Individualität gelegt, indem jede/r PatientIn die eine „Genussregel“ finden soll, die für sie/ihn am meisten Bedeutung hat. Gefragt, was denn heute schon genossen wurde, geben die PatientInnen unterschiedlichste individuelle Erfahrungen an, die in der Auseinandersetzung mit der Gruppe zu einem befruchtenden Austausch führen und die Wahrnehmung positiver Genusserlebnisse intensivieren.

### B2) Wohlbefinden bewusst herstellen

In der vorangegangenen Einheit darauf hingeführt, was für die PatientInnen Genuss bedeutet, wird nun dezidiert an der Erlebnisrealisierung gearbeitet. Mithilfe der Erstellung eines „Wohlfühl-Plans“ (Kaluza, 2011) wird detailliert ein konkretes Genusserlebnis geplant und in der Gruppe besprochen. Ein Fokus liegt hier auch auf den Hindernissen und Schwierigkeiten, die bei der Umsetzung auftreten können, und den entsprechenden Bewältigungsstrategien. Die Diskussion in der Gruppe über die persönlichen Vorhaben dient als positiver Verstärker und zur Verankerung der geplanten Ergebnisse.

### B3) Mein Wohlfühl-Ort/ mein Zukunftstraum

In der abschließenden Einheit des Modules B werden die PatientInnen dazu eingeladen, ein Bild oder einen Gegenstand zu gestalten, der

für sie ihr Genusserlebnis symbolisiert. Mithilfe einer Imaginationsübung, die durch die bewusste Konzentration auf die einzelnen Sinnesempfindungen ein ganzheitliches Erleben des Genussmomentes ermöglichen soll, wird die Gestaltungsfähigkeit angeregt. Die entstandenen Bilder und Objekte, die dann auch mitgenommen werden können, sollen eine Transferwirkung nach der Therapie induzieren.



### C) Beziehungen leben

Die Beschäftigung mit dem Thema des sozialen Netzes erstreckt sich aufbauend über die drei Einheiten des Moduls. Soziale Unterstützung und positive soziale Beziehungen erweisen sich als Protektivfaktoren für Gesundheit und als Unterstützung bei alltäglichen Belastungen und kritischen Lebensereignissen und somit als Voraussetzung für ein ganzheitliches freudvolles Leben.

#### C1) Mein soziales Netz. Wer gehört dazu?

Als erste Bestandsaufnahme zeichnen die PatientInnen auf einem DIN A3 Blatt intuitiv die bedeutsamen Personen in ihrem Leben – ihr soziales Netz – mittels Symbolen auf (vgl. von Ameln et al. 2009). Erfasst werden sollen (Ehe) Partner, Eltern, Kinder, Freunde, Bekannte, Arbeitskollegen, Freizeitpartner, Nachbarn sowie auch Haustiere und Verstorbene, wobei die Bedeutsamkeit nicht mit der Kontaktfrequenz zusammenhängen muss. Dabei gilt, je näher die eingezeichnete Person dem Betroffenen (gefühlsmäßig) steht, desto näher sollte sie auch am eingezeichneten „Ich“ stehen.

Abschließend wird zu einer Diskussion bezüglich der Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten der „Netzbilder“ innerhalb der Gruppe angeregt. Von einer inhaltlichen Deutung der Soziogramme wird jedoch explizit Abstand genommen.

#### C2) Mein soziales Netz. Wer tut mir gut?

Aufbauend auf dem „Sozialen Netz“ der vorangegangenen Einheit werden die PatientInnen eingeladen, ihr „Netzbild“ noch einmal zu betrachten und im Hinblick darauf zu analysieren, wie zufrieden sie mit der Konstellation sind.

Die Qualitäten der Beziehungen unterliegen in dieser Einheit genauerer Betrachtung, da die PatientInnen ihr „Netzbild“ weiter bearbeiten, indem sie die Personen, die ihnen gut tun, mit einem Pfeil zum „Ich“ kennzeichnen. Beziehungen, bei denen sie das Gefühl haben, mehr zu geben als zu bekommen, werden mit einem Pfeil vom „Ich“ gekennzeichnet.

Vor allem bei diesem Modul zeigt sich die Wichtigkeit einer Auseinandersetzung mit dem Beziehungsgefüge, in das die PatientInnen eingebettet sind. Kontaktwünsche, Abgrenzungsbedürfnisse und Veränderungsmöglichkeiten können hierbei auf einer einfachen visuellen Ebene abgebildet und reflektiert werden.

#### C3) Genuss im sozialen Kontext

Abschließend werden in diesem Modul gemeinsam alkoholfreie Cocktails zubereitet. Die Konfrontation mit dem sozialen Netz führt meist zu einer achtsameren Betrachtung des eigenen sozialen Umfeldes. Welche Kontaktwünsche habe ich? Wie werde ich mit Personen aus dem trinkenden Umfeld zukünftig umgehen? All diese Fragen finden in dieser Einheit ihren Platz. Durch das gemeinsame Gestalten einer Feier erwerben die PatientInnen positive Strategien im Umgang mit dieser Thematik und was Genuss ohne Alkohol bedeuten kann.



### D) Sinnorientierung und Selbstwirksamkeit

Die Wertschätzung der eigenen Person sowie das in Erfolgserlebnissen wurzelnde Erleben der eigenen Kompetenz sind zentrale Stützen des Selbstwertes (vgl. Potreck-Rose & Jacob,

2003). Genusserleben als positive Auseinandersetzung mit sich selbst, seinen Fähigkeiten und Zielen sind Inhalte der drei Einheiten dieses Moduls.

### D1) Idole/Ideale. Welche Werte leiten mich?

Werte dienen als Wegweiser, Sinnstifter und Haltgeber. Ohne Werte ist ein menschliches Leben kaum vorstellbar, sie stellen die Bedingung für psychosoziale Gesundheit dar. Mittels Bildern von prominenten Persönlichkeiten erfahren die PatientInnen eine aktive Auseinandersetzung mit den eigenen Wertegefügen und beginnen ihre eigenen Lebenseinstellungen zu hinterfragen.

### D2) Selbstlob. Sich selbst liebevoll begegnen.

Diese Einheit zielt darauf ab, einen möglichen Weg aufzuzeigen, wie das Wohlwollen sich selbst gegenüber nachhaltig vergrößert werden kann. Durch das Verfassen eines Lobbriefes der PatientInnen an sich selbst wird ein Perspektivenwechsel induziert, der die Wahrnehmung der eigenen positiven Eigenschaften in den Mittelpunkt stellt.

Die Inhalte des Briefes, die sich nicht nur auf äußere Erfolge beschränken, sondern auch erfolgreich bewältigte Krisen und überwundene Schwierigkeiten beinhalten, sind wichtig für die Selbstwirksamkeitsüberzeugung der PatientInnen. Die Reaktionen der Gruppe beim

Vortragen der Lobbriefe verstärken die positiven Affirmationen.

### D3) Mutmacher. Wie stärke ich mich?

Selbstwirksamkeitserwartung bezeichnet die subjektive Erwartung, aufgrund eigener Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich selbst ausführen zu können (vgl. Bandura, 1997). Ein Mensch, der daran glaubt, selbst etwas zu bewirken und auch in schwierigen Situationen selbstständig handeln zu können, hat demnach eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung. Personen mit einem starken Glauben an die eigene Kompetenz haben eine größere Ausdauer bei der Bewältigung von Aufgaben, eine niedrigere Anfälligkeit für Angststörungen und Depressionen und mehr Erfolge in der Ausbildung und im Berufsleben.

In der Gruppe zum Genusserleben wird daher auch dieses Thema aufgegriffen. Als Hilfestellung im Sinne der Transferwirkung werden gemeinsam „Mutmacher“ formuliert, die die PatientInnen individuell aufgrund ihrer Lebensgeschichte formulieren und als positive Verstärker mitgenommen werden können.

## Evaluationsforschung

Im Herbst 2013 wurde nach einer ca. sechsmonatigen Gruppeneinführungsphase mit einer wissenschaftlichen Begleitforschung begonnen. Ziel ist einerseits die empirische Wirksamkeitsprüfung, andererseits dient die Forschungsarbeit auch der Adaption der Gruppeninhalte im Sinne einer Qualitätssicherung. An der Studie nahmen bis dato 109 stationär wegen eines Alkohol- (F10.2) bzw. Medikamentenabhängigkeitsyndroms (F13.2) oder Pathologischen Glücksspiels (F63.0) aufgenommene Patienten teil. Die Probanden waren zwischen 18 bis 65 Jahre alt und mussten den körperlichen Entzug im Falle einer Substanzabhängigkeit bereits abgeschlossen haben. Von der Studie ausgeschlossen wurden Personen mit Demenz bzw. starker kognitiver Beeinträchtigung sowie einer akuten Psychose. Das Untersuchungsdesign besteht aus einer klassischen Messwiederholung (Pre/Post) mit einer Anfallsstichprobe, da die Zuordnung zur Kontroll- bzw. Versuchsgruppe durch die Zuweisung des jeweiligen Bezugstherapeuten an den Abteilungen erfolgte. Die Kontrollgruppe erhielt „Treatment as usual“ (TAU), die Versuchsgruppe zusätzlich zu den gängigen Angeboten am Anton-Proksch-Institut die Gruppe zum Genusserleben.



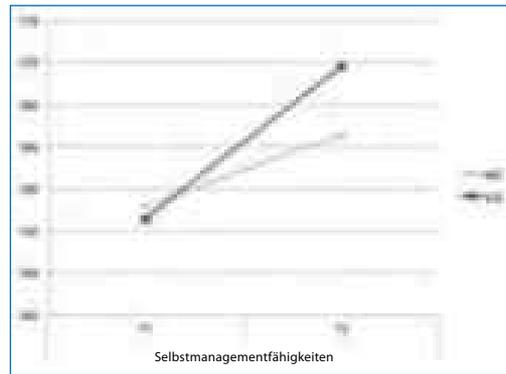
Zur Operationalisierung der Treatmenteffekte wurden folgende Fragebögen und Testinstrumente vorgegeben:

- Soziodemographischer Fragebogen,
- Wortschatztest/WST (Schmidt & Metzler),
- Fragebogen zur Erfassung gesundheitsrelevanter Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS – Jack),
- Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (Jerusalem & Schwarzer),
- Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung des Werterlebens (Längle & Eckhardt),
- Fragebogen zur Erfassung der „Fünf Säulen der Identität“ (FESI – Kames).

Da die Untersuchung zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen ist, werden in diesem Artikel lediglich erste Ergebnisse auszugswise vorgestellt. Teile der wissenschaftlichen Arbeit werden in Kooperation mit Bachelor-Studenten der Sigmund-Freud-Universität Wien sowie einer Diplomandin an der Donauuniversität Krems durchgeführt.

Der Fragebogen zur Erfassung gesundheitsrelevanter Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS) nach Jack (2007) erfasst gesundheitsrelevante Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten. Er besteht aus 7 Skalen (Veränderungsmotivation, Selbstbeobachtung, aktives und passives Coping, Selbstwirksamkeit, Selbstverbalisation, Hoffnung und soziale Unterstützung) und einer Summenskala. Theoretische Grundlagen bildeten das salutogenetische Modell von Antonovsky (1979, 1987), das Selbstmanagementkonzept nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996), die Theorie der Selbstwirksamkeit nach Bandura (1977), die Selbstinstruktionstechniken nach Meichenbaum (1977), die Depressionstheorie nach A.T. Beck (1986) und die Ausführungen zur sozialen Unterstützung von Sommer und Fydrich (1989). Abbildung 1 zeigt eine deutliche Zunahme der Selbstmanagementfähigkeiten in beiden Gruppen, wobei die Zunahme in der Versuchsgruppe tendenziell stärker ausfällt.

In der Subskala „soziale Unterstützung“ des FERUS kommt es durch den Treatmenteffekt der Genussgruppe zu einem deutlichen Anstieg, die untersuchten Patienten der Versuchsgruppe fühlen sich subjektiv deutlich besser unterstützt (Abbildung 2). Die unterschiedlichen Ausgangswerte, VG weist zum Zeitpunkt T1 deutlich geringere Werte auf, sind ebenso wie in der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung nach Schwarzer (siehe unten) durch die Zuweisung der Bezugstherapeuten bedingt. Jene Patienten, die im Erstgespräch mit dem Bezugstherapeuten sich als weniger sozial unterstützt bzw. gering in ihrer Selbstwirksamkeitserwartung ausgeprägt beschrieben haben,



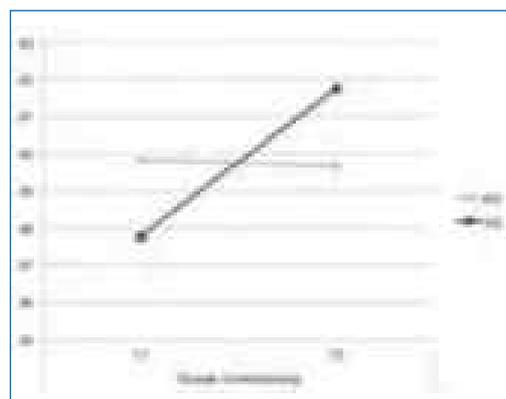
**Abbildung 1**

FERUS –  
Selbstmanagementfähigkeiten

wurden deutlich häufiger der Genussgruppe zugewiesen. Dieser Umstand des unterschiedlichen Ausgangswertes ist zwar aus empirischer Sicht ungünstig, kommt jedoch in klinischen Anfallsstichproben häufig vor.

Eine Zunahme in der Skala „Soziale Unterstützung“ in der Genussgruppe hat die Autoren besonders überrascht, da stationäre Rehabilitationsprogramme für alkoholabhängige Patienten lediglich sehr schwache positive Effekte auf die wahrgenommene soziale Unterstützung haben (Schiepek, Noichl, Tischer, Honermann & Elbing, 2001). Den Bedarf an Behandlungsangeboten, die es schaffen, dass PatientInnen sich sozial stärker unterstützt fühlen, wird aus zahlreichen Untersuchungen zu diesem Thema wie beispielsweise jene von Hahn, Neidhardt, Florin & Franzen (1995) deutlich, die verringerte soziale Unterstützung und erhöhte soziale Belastung bei alkoholabhängigen PatientInnen fanden. Mauthe (1996) berichtet ferner, dass alkoholabhängige Frauen wegen Alkoholismus deutlicher als Männer Verluste sozialer Unterstützung erleben.

Soziale und gesellschaftliche Ressourcen haben jedoch einen langanhaltenden Einfluss auf die Entwicklung des Alkoholismus (Humphreys, Moos & Cohen, 1997), ein größeres Ausmaß an sozialer Unterstützung zu Beginn der Behandlung korreliert mit geringerem Al-

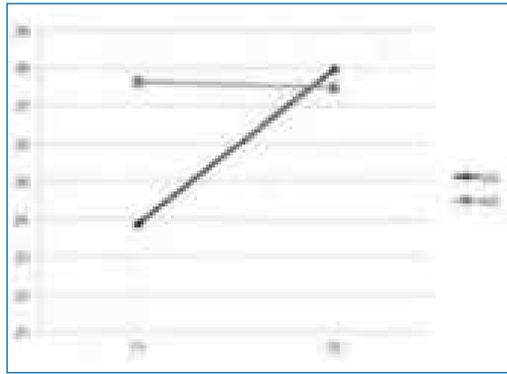


**Abbildung 2**

FERUS –  
Soziale Unterstützung

Abbildung 3

Allgemeine  
Selbstwirksamkeits-  
erwartung.



koholkonsum fünf bis sechs Jahre nach der Behandlung (Rychtarik et al., 1987). Generell korreliert eine höhere Beziehungsqualität negativ mit dem Alkoholkonsum und stellt damit einen wesentlichen Prädiktor für einen nachhaltigen Therapieerfolg in der Behandlung abhängigkeitserkrankter Personen dar.

Unabhängig von der Art der psychischen Erkrankung gilt die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem 1999) als zentraler Wirksamkeitsfaktor für den Genesungsprozess, denn nur jemand, der eine optimistische Kompetenzerwartung aufweist, darauf vertraut eine schwierige Lage zu meistern und den Erfolg der eigenen Kompetenz zuschreibt, wird wieder gesund. Dies spielt gerade im Bereich der Behandlung von Suchterkrankungen, wenn es beispielsweise um ein Sich-Entgegenstellen bezüglich des Alkohols bei Cravingattacken geht, eine entscheidende Rolle. „Jedem Suchtdruck kann ich begegnen, kann mich erfolgreich entgegenstellen, solange ich das Gefühl habe, stärker als mein eigenes Verlangen zu sein“, wird oftmals von Betroffenen berichtet.

Abbildung 3 zeigt eine deutliche Zunahme der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung in der Gruppe zum Genusserleben (Effektstärke  $d = ,58$ ). Anfänglich liegen die Werte zwar deutlich unter jenen der Kontrollgruppe, steigen aber nach Abschluss des Gruppenprogramms über jene der Kontrollgruppe an. Teilnehmer, welche die Gruppe zum Genusserleben abgeschlossen haben, berichten signifikant über eine Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung.

Die Selbstwirksamkeitserwartung kann als eine wesentliche innere Ressource zur erfolgreichen Gestaltung unserer Person-Umwelt-Beziehungen verstanden werden.

Banduras Selbstwirksamkeitstheorie (1997) geht davon aus, dass die dynamische Entwicklung unserer modernen Gesellschaft eine erhöhte Fähigkeit des Einzelnen im Umgang mit diesen rasanten Veränderungen voraussetzt. Er

versteht die Selbstwirksamkeit als eine kognitive Quelle der Motivation, die zwischen der Person und der Handlung steht. Nur eine Person, die überzeugt von ihren Fähigkeiten ist – im Falle der Abhängigkeitserkrankungen handelt es sich zumeist um die Fähigkeit der Abstinenz –, wird diese Fähigkeit auch in Handlungen umsetzen (Bandura, 1977).

## Zusammenfassung

Die zentrale Intention des Orpheus Programms ist, suchterkrankten Personen bei der Entwicklung eines autonomen sowie sinn- und freudvollen Lebens zu unterstützen. Ein dauerhafter Verzicht auf das Suchtmittel wird gerade zu Therapiebeginn oder sogar noch früher, nämlich in der Phase der Absichtsbildung, als sehr belastend und schmerzhaft erlebt. Die Folge ist eine unzureichende Entwicklung intrinsischer Therapiemotivation. Die Gruppe zum Genusserleben versteht Genuss als Antagonist zur Sucht. Gelingt es den Betroffenen ein freudvolles und reiches Leben wieder aufzunehmen, so tritt die Sucht allmählich in den Hintergrund. Erste Ergebnisse einer Evaluationsstudie zeigen eine deutliche Zunahme wesentlicher interner Ressourcen der Betroffenen, wie beispielsweise Selbstmanagementfähigkeiten, soziale Unterstützung und Selbstwirksamkeitserwartung.

## Literatur

- Ameln, F. von, Gerstmann, R., Kramer, J. (2009): *Psychodrama*. Heidelberg: Springer.
- Andorfer, U., Feselmayer, S., Scheibenbogen, O. (2006): *Unveröffentlichte Studie*. Vortrag EN-CARE-Tagung, Salzburg.
- Antonovsky, A. (1997): *Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bandura, A. (1997): *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84, 191-215.
- Bläsing, S. (2004): *„Medizinische und psychologische Betrachtung von Genuss und Sucht“*. Diplomarbeit. Kassel.
- Derndorfer, E. (2011): *Genuss. Über Epikur, Erdmandel und Experimente beim Essen*. Wien: Wilhelm-Maudrich-Verlag.
- Hahn, J., Neidhardt, E., Florin, I. & Franzen, U. (1995): Emotionsausdruck und soziale Unterstützung bei alkoholabhängigen Männern und ihren Partnerinnen. *System Familie* 8, 179-188.

- Huppertz, M. (2011): *Achtsamkeitsübungen. Experimente in einem anderen Lebensgefühl*. Paderborn: Junfermann.
- Kaluza, G. (2011): *Salute! Was die Seele stark macht. Programm zur Förderung psychosozialer Gesundheitsressourcen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Martens, J.-U. (2009): *Einstellungen erkennen, beeinflussen und nachhaltig verändern. Von der Kunst, das Leben aktiv zu gestalten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mauthe, K. (1996): *Zur Bedeutung wahrgenommener sozialer Unterstützung bei Frauenalkoholismus*. Phil. Diss. Tübingen.
- Musalek, M. (2012): Das Mögliche und das Schöne als Antwort. Neue Wege in der Burnout-Behandlung. In: Musalek, M. & Poltrum, M. (Hrsg.). *Glut und Asche – Burnout* (S. 177-201). Berlin: Parodos.
- Musalek, M.: *Punschzeit, Feiertag, Fasching – Von der Vergiftung zum Genuss*. Online: <http://www.alkoholohneschatten.at/punschzeit-feiertage-fasching/> [Stand 2014-02-20].
- Potreck-Rose, F., Jacob, G. (2003): *Selbstzuwendung. Selbstakzeptanz. Selbstvertrauen – Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rychtarik, R. G., Foy D. W., Scott, T., Lokey, L., Prue, D. M. (1987): Five-six-year follow-up of broad-spectrum behavioral treatment for alcoholism: effects of training controlled drinking skills. *Journal Consult Clin Psychol* 55 (1), 106-108.
- Scheerer, S. (1995): *Sucht*. Reinbek: rororo special.
- Schiepek, G., Noichl, F., Tischer, D., Honermann, H. & Elbing, E. (2001): Stationäre Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. Evaluation eines systemisch-ressourcenorientierten Konzepts. *Psychotherapeut* 46 (4), 243-251.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999): *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.



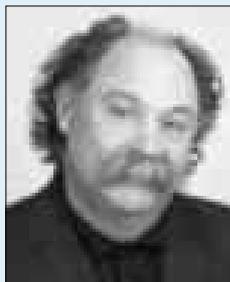
**Dr. Oliver Scheibenbogen**

Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe, Biofeedbacktherapeut  
Leitung Bereich Aktivierung, BRISANT,  
Schwerpunktskordinator Kreativität  
und Lebensgestaltung des  
Anton-Proksch-Institut.  
oliver.scheibenbogen@api.or.at



**Mag.ª Selina Franzke**

Bildungswissenschaftlerin, Aktivtherapeutin  
und ECDL-Testmaster am Anton-Proksch-  
Institut, Schwerpunkte: Gruppe zum Genuss-  
erleben, Kreativwerkstatt und Lernzentrum  
selina.franzke@api.or.at



**Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek**

Ärztlicher Direktor des Anton-Proksch-  
Instituts. Facharzt für Psychiatrie und  
Neurologie; Psychotherapeut

# Lebensverständnis und ästhetische Erfahrung als Ziel der Suchtbehandlung –

## Hölderlins Gedicht „Hälfte des Lebens“ und die Rückgewinnung des Urvertrauens durch das Schöne

Martin Poltrum

### Einleitung

Wenn es um das Verstehen des Lebens geht, um die Frage: ich und mein Leben, wie leben, wie die Spanne zwischen Geburt und Tod verbringen, und zwar so, dass sie nicht nur vergeht, sondern auch Freude, tiefe Freude macht, dann gäbe es verschiedene Experten des Lebens, die wir befragen könnten. Da wären einmal *Gurus und Erleuchtete*, eine aussterbende und schwer anzutreffende Spezies, wie mir scheint, und darum für eine Befragung ungeeignet. Die zweite Gruppe, *Apostel, Heilige und Priester*, sind durch eine Reihe von Skandalen der Letzteren irgendwie unglaubwürdig geworden und als Redner oder Schreiber kann man sich kaum mehr ungebrochen und ohne Beigeschmack auf diese Tradition beziehen, wenn es um die Autorität in Sachen Lebensverständnis geht. Lehrer, Trainer und Meister sind Spezialisten, wenn es um einzelne Fertigkeiten des Lebens geht, bei der Frage nach dem Ganzen des Lebens und beim Wissen um das gute Leben sind sie nur Zaungäste und scheiden daher ebenfalls aus. Psychiater und Psychotherapeuten sind nahe dran, sehr nahe. Sie werden aber in der Regel auch nur dann aufgesucht, wenn das Leben seine natürliche Selbstverständlichkeit verloren hat – um einen Begriff Wolfgang Blankenburgs (vgl. Blankenburg, 1971) zu zitieren – und sind, wenn wir es genau nehmen, eigentlich auch keine Experten erster Ordnung. *Lebenskünstler und Artisten der Existenz* leben ein feines Leben. Sie haben es geschafft, sie wissen, wie es geht, sie leben gut und genießen ihr Dasein. Leider haben sie aber keine Tradition der Weitergabe ihrer Lebensweisheit ausgebildet und scheiden daher ebenfalls aus. Damit bleibt nur mehr eine Gruppe übrig, die wir als Virtuosen des Lebens und Kenner der Lebensfreude befragen können, was es denn mit dem freudvollen und guten Leben auf sich hat, wie man das Leben verstehen muss und auf welches Pferd man setzen soll,

um in den Genuss der Freude zu kommen – *Philosophen und Dichter*.

Der Gang der Untersuchung gliedert sich daher in folgende Abschnitte:

1. Rückgewinnung des Urvertrauens in der ästhetischen Erfahrung
2. Lebensverständnis in Hölderlins Gedicht „Hälfte des Lebens“
3. Schönheitsentzug, Suchterfahrung und Ästhetik als Therapeutik

### 1. Rückgewinnung des Urvertrauens in der ästhetischen Erfahrung

Wenn man die großen Philosophen des Abendlandes danach befragt, was denn das Entscheidende im Leben sei, bzw. was denn hilfreich sei, das Wesentliche des Lebens nicht aus den Augen zu verlieren, dann scheint es eine Universalantwort zu geben. Viele Denker behaupten, dass das Wichtigste im Leben die ästhetischen Angelegenheiten darstellen und dass man vor allem dem Phänomen des Schönen sehr große Aufmerksamkeit schenken soll. Denn das Schöne gibt einem Orientierung und Halt, macht klar und deutlich, um was es im Leben gehen könnte und wie man ein Leben, das seine Lebendigkeit verloren hat, wieder zurück zur Freude bringen kann. In Platons Philosophie oder besser gesagt therapeutischem Programm – und damit beginnt im Abendland der Diskurs um das Schöne – ist es ganz explizit die ästhetische Erfahrung, welche die Seele mit dem Leben versöhnt und das Leben erst eigentlich lebenswert macht. Die Erfahrung des Schönen vermag kraft des Glanz- und Lichtcharakters des Schönen Wirklichkeitsbereiche zu beleuchten, die ohne diese Erfahrung im Dunkeln bleiben würden. Weil das Schöne „höchst klar Erscheinendes und höchst Liebenswertes“ (ekphanestaton kai erasmiotaton) (Platon, 205d) ist, vermag es die höhere Ordnung der Dinge sichtbar zu machen, die Lebensideale transparent

zu halten und die ethischen Belange zu regeln. Ethik und Ästhetik, Lebensorientierung und Schönheitserfahrung waren im antiken und christlichen Abendland für lange Zeit untrennbar verbunden.

Dem Schönen wurde in den unterschiedlichsten ästhetischen Theorien und Philosophien oft eine Schlüsselfunktion zuerkannt, wenn es um so etwas wie die Versöhnung mit der Welt oder um die Veredelung des Menschen ging. Darin zeigt sich nicht zuletzt die hermeneutische Wirkungsgeschichte der platonischen Metaphysik des Schönen. Wenn die Griechen vom Schönen handeln, dann diente diese Besinnung einer besonderen Form der Erkenntnis und Lebenspraxis. Das Schöne ist nämlich Spur des Guten und macht durch sein funkelndes Leuchten auch das Wahre zugänglich. Das mittelalterliche Denken kennt die Einheit von *verum, bonum und pulchrum*. Ethik, Ästhetik und der Einblick in die letzten Wahrheiten gehörten in der europäischen Philosophietradition Tausende von Jahren zusammen. Wenn man sich die Geschichte der Philosophischen Ästhetik ansieht und sich vor Augen führt, welche Großleistungen auf das Konto des Schönen gehen, dann wundert es, dass die Psychotherapie nicht Teil der geistes- und kunstwissenschaftlichen Fakultäten geworden ist. Das Schöne und das Ästhetische haben eine therapeutische Dimension, daran gibt es keinen Zweifel, wenn man die großen Philosophen der abendländisch-europäischen Denktradition befragt. Was leistet das Schöne? Das Schöne enthüllt das Wahre und das Gute (Platon), es zeigt die harmonische Ordnung, den Kosmos und den Glanz der Dinge (Pseudo-Dionysius Areopagita), es ist eine der transzendentalen Bestimmungen Gottes (Thomas von Aquin), in der Schönheit scheint die Welt in ihrer Vollkommenheit (Baumgarten), bei Kant ist das Schöne „Symbol des Sittlichguten“ (Kant, 1996: 234, 297), und bei Schiller ist das Schöne über seine Analogie zum Phänomen der Freiheit bzw. durch seine „Freiheitsähnlichkeit“ jene Gestalt, die über die ästhetische Erziehung des Menschen das Humane in die Welt bringt (Schiller, 1997; Habermas, 1986: 95-103). Im ästhetischen Platonismus bei Hölderlin ist das Schöne die Instanz, in welcher sich das Numinose zeigt (Hölderlin, 1982; 1982a: 339 f., 367, 379). Bei Schelling wird durch die unendliche Interpretation, welche das schöne und gelungene Kunstwerk erlaubt, das Unvordenkliche, das Unendliche erfahrbar (Schelling, 1991: 113). Bei Hegel ist das Kunstschöne, als „sinnliches Scheinen der Idee“, vorübergehender Aufenthaltsort und Anschauungsmedium des zu sich selbst kommenden, absoluten Geistes (Hegel

1992, 114). Doch nicht nur in der idealistischen Ästhetik ist die Ausgezeichnetheit des Schönen verbürgt. Auch in nihilistischer bzw. pessimistischer Perspektive wird den ästhetischen Phänomenen ein Rechtfertigungsgrund zum Leben abgerungen. Die Erfahrung des Schönen leistet eine zeitweilige Erlösung vom Leiden am Dasein, sagt Schopenhauer. Die ästhetischen Werte sind die einzigen Werte, die dem Nihilismus und der Sinnlosigkeit des Daseins standhalten und damit das eigentliche Stimulans des Lebens, lesen wir bei Nietzsche (Nietzsche, 1988a: 47; Heidegger, 1989: 11-255, insb. 86). In der Hermeneutik ist die Reflexion auf das Schöne ebenfalls zentral. In „Wahrheit und Methode“ zeigt Gadamer, dass das Phänomen des Schönen und das Phänomen des Verstehens wesensverwandt sind. Der Vorschein des Schönen und das Einleuchten des Verständlichen phänomenalisieren sich über das Licht des Ästhetischen (Gadamer, 1965: 458 f.; 1964). In Heideggers Bemühungen nach der Kehre wird das Geschehen der Wahrheit als Unverborgenheit und das Ereignis des Schönen als ein analoger Vorgang gedeutet (Heidegger, 1994b: 69). Bei aller Differenz zwischen hermeneutischer Ästhetik und jener der Frankfurter Schule wird auch hier das Ästhetische an zentraler Schnittstelle verortet. Bei Herbert Marcuse hat das Ästhetische die Funktion, einer dem Realitätsprinzip verfallenden Kultur durch das Aufrechterhalten eines möglichen, zu verwirklichenden ästhetischen Universums kritisch ein Korrektiv entgegenzuhalten (Marcuse, 1979: 150-170). Bei Adorno wahrt ästhetische Identität das verdinglichte und unterjochte Nichtidentische (Adorno, 1995: 14), denn im Kunstwerk und durch die ästhetische Einstellung wird das Andere, Fremde, das „Nichtidentische“, das in der verwalteten Welt zugerichtet und verstümmelt wird, aufbewahrt und gerettet. Kunst ist „Vorschein“ einer möglichen, besseren und anderen Welt (Bloch), das Schöne – es ließen sich noch sehr viele affirmative Bezüge anführen – ist damit dasjenige Therapeutikum und Prophylaktikum, das unbedingt auch für die Psychotherapie, insbesondere für eine *Philosophische Psychotherapie* fruchtbar gemacht werden muss. Daran führt kein Weg vorbei. Damit wird aber das Schöne bzw. das Ästhetische in der philosophischen Besinnung von Platon bis Bloch immer dann aufgegriffen, wenn es um eine Leistung geht, die in einem erweiterten Sinne therapeutisch ist, wenn unter Therapie, wie das Wort ursprünglich sagt, so etwas wie Dienst, Pflege verstanden wird. Vom Schönen und vom Ästhetischen ist immer dann die Rede, wenn es um die Versöhnung mit dem Leben und um einen Dienst am Leben, um eine Pflege

der schönen und bejahenswerten Dinge des Lebens geht.

Dass in der ästhetischen Erfahrung eine Art Rückgewinnung des Ur- und Lebensvertrauens stattfindet, davon wissen nicht nur die großen Philosophen zu berichten, sondern auch der Film „American Beauty“ (Regie: Sam Mendes, USA 1999), der 2000 fünf Oscars gewonnen hat. American Beauty ist ein Film, der u.a. von der heilenden Wirkung der ästhetischen Erfahrung erzählt und durch den einfach und klar exemplifiziert werden kann, was ästhetische Erfahrungen leisten. Insbesondere durch die berühmte „Nylonsackszene“ in der Mitte des Filmes, in der ein junger Mann (Ricky Fitts) seiner Freundin (Jane Burnham) das „Schönste zeigt“, das er je gefilmt hat: einen durch den Wind tanzenden Nylonsack. Die tanzende Tüte ist darum von so großer Bedeutung für Ricky, weil er durch dieses Erlebnis zu einer bedeutenden Erkenntnis gelangt. Ricky: „Und diese Tüte hat einfach mit mir getanzt, fünfzehn Minuten lang, wie ein kleines Kind, das dauernd bettelt mit mir zu spielen. Fünfzehn Minuten lang. An dem Tag ist mir klar geworden, dass hinter allen Dingen Leben steckt und diese unglaubliche gütige Kraft, die mich wissen lassen wollte, dass es keinen Grund gibt Angst zu haben, nie wieder. Ein Video ist ein armseliger Ersatz – ich weiß. Aber es hilft mir mich zu erinnern, und ich muss mich erinnern. Es gibt manchmal so viel Schönheit auf der Welt (...)“ American Beauty hat viele spannende Interpretationen erfahren (vgl. Piegler, 2008b: 167-182), was jedoch allen Interpreten entgangen ist, ist die hermeneutische Tatsache, dass in die Auslegung der Nylonsackszene durch Ricky Fitts der platonische Topos der *kalokagathía* eingeschrieben ist, die Erfahrung der „Schön-Gutheit“ durch das ästhetische Erlebnis und auch Platons Idee der Erkenntnis als *anamnesis* – Wiedererinnerung – an und durch das Schöne (vgl. Poltrum, 2010: 79-82), die darauf hinweist, dass „hinter allen Dingen Leben steckt, bzw. eine gütige Kraft, die einen wissen lassen möchte, dass es keinen Grund gibt Angst zu haben“, wie Ricky diese Einsicht formuliert. Das Schöne, das wird in dieser Szene klar und deutlich ist ein Phänomen das eine anxiolytische Wirkung hat und zur Rückgewinnung des Urvertrauens beiträgt.

## 2. Lebensverständnis in Hölderlins Gedicht „Hälfte des Lebens“

Das Ereignis des Schönen, das soll in diesem Beitrag nicht verschwiegen werden, hat aber auch noch eine andere Dimension. Die ästhetische Erfahrung des Schönen hat zwei Seiten. Hölder-

lin hat im Gedicht „Hälfte des Lebens“ beiden Seiten der Schönheitserfahrung ein Denkmal gesetzt (vgl. Poltrum, 2013). Weil das Spiel mit der Schönheit zwei Wesensaspekte hat, haben kann, vielleicht notwendigerweise immer haben muss, lassen sich nicht alle auf dieses Spiel ein. Vielleicht gibt es auch andere Gründe, sich nicht auf diesen Weltbezug einzulassen, aber ein Grund könnte im Phänomen des Schönen und in dem liegen, was es mit den Menschen macht. Es fasziniert und erschreckt nämlich im gleichen Maße, es verspricht und bricht, was es verspricht, daher lässt man sich vielleicht nicht auf das Schöne ein. Man fliegt nicht, weil man abstürzen könnte, missachtet den Himmel, weil sonst der Boden unter den Füßen schwindet, man wagt nichts, gewinnt nichts, verliert aber auch nichts. Wer auf die Schönheit setzt, kann alles verlieren und alles gewinnen. Das Schöne erlöst, es versöhnt mit dem Tragischen, behaupten die einen, das Schöne ist das Tragische, sagen die anderen. Bei Schopenhauer z.B., der davon ausgeht, dass die Welt ein Jammertal ist und Leben Leiden heißt, darum Leiden heißt, weil hinter allen Manifestationen des Seins ein unersättlicher Wille steckt, der nie befriedigt werden kann, der will und immer mehr will und darum Leid erzeugt, leistet die kontemplative Hingabe an die Schönheit der Musik eine temporale Erlösung vom Leiden am Dasein. In dem Moment, wo das Schöne erscheint, da ist alles gut, der Wille kommt zeitweilig zur Ruhe. Nein, es ist gerade umgekehrt, das Schöne beruhigt nicht, es erschreckt, gerade weil in der Schönheit etwas gezeigt wird, das wir nur flüchtig besitzen können, hat das Schöne auch einen Stachel, es tröstet nicht, es ist das Tragische selbst. Es zeigt, was sein könnte, aber nie bleibt, da es immer nur flüchtig verweilt. Die Rose hat Blüten und Dornen. Erlösungsästhetik oder Ästhetik des Schön-Schrecklichen? Die zwei Hälften des Lebens, das Schöne und das Tragische, gehören untrennbar zusammen, sagt die Ästhetik des Erhabenen. Erhaben wird das Schöne, das auch das Schreckliche ist, darum genannt, weil es einen beflügelt und erhebt, aber nicht nur beflügelt und nicht nur erhebt, sondern in höchster Höhe und Ekstase, im Augenblick des größten Glücks, fallen und abstürzen lässt. Rilke lässt seine „Duineser Elegien“ mit dem Schön-Schrecklichen beginnen:

„WER, wenn ich schrie, hörte mich denn aus der Engel / Ordnungen? und gesetzt selbst, es nähme / einer mich plötzlich ans Herz: ich verginge von seinem stärkeren Dasein. Denn das Schöne ist nichts / als des Schrecklichen Anfang, den wir noch grade ertragen, / und wir bewundern es so, weil es gelassen verschmäh, / uns zu zerstören. Ein jeder Engel ist schreck-

lich. / Und so verhalt ich mich denn und verschlucke den Lockruf / dunkelen Schluchzens“ (Rilke, 1996: 629).

Der Lockruf, der den Engel herbeiruft, wird dunklen Schluchzens verschluckt, denn der Engel der Schönheit ist auch der Engel des Schrecklichen. Schrecklich ist der Engel, weil er das Glück verspricht und dieses Versprechen bricht. Er bricht es, weil er kommt, verweilt, aber nicht bleibt. Er glänzt und tanzt, erlöst, versöhnt und vollendet, zeigt Ordnung, Welt und Harmonie, vergoldet, schmückt, beglückt, verschwindet, stirbt, erlischt, verweht, lässt Dürre, Durst und Weh. Diese zwei Hälften gehören zusammen, wird behauptet. „Am Tage, da die schöne Welt für uns begann, begann für uns die Dürftigkeit (...)“, heißt es in der metrischen Fassung des Hyperion. Alles ist nur geliehen, nicht Besitz, so auch die Schönheit. Das Schöne gibt es nicht ohne das Schreckliche. Das hängt mit dem Wesen der Vollendung zusammen, wie Winfried Menninghaus (2005) in seinem „Versuch“ über Hölderlins Poetik schreibt. Hölderlin benennt das Schön-Schreckliche in seinem Gedicht „Hälfte des Lebens“ folgendermaßen:

„Mit gelben Birnen hängt / Und voll mit wilden Rosen / Das Land in den See, / Ihr holden Schwäne, / Und trunken von Küssen / Tunkt ihr das Haupt / Ins heilignüchterne Wasser. / / Weh mir, wo nehm' ich, wenn / Es Winter ist, die Blumen, und wo / Den Sonnenschein / Und Schatten der Erde? / Die Mauern stehn / Sprachlos und kalt, im Winde / Klirren die Fahnen“ (Hölderlin, 1982c: 134 f.).

Das Gedicht besteht aus zwei Hälften, einer warmen und einer kalten, aus Farb- und Temperaturanstieg, aus Abfall und Tiefdruck, aus Birnen, Rosen, Küssen, Trunkenheit und Schwänen im ersten Teil, Schatten, Mauern, Fahnen, kalten Winden und Sprachlosigkeit im zweiten Teil. Ekstase in der ersten und Entzug in der zweiten Hälfte. Von der Erfüllung und Vollendung durch trunkenen Küsse zur Sorge, „Weh mir, wo nehm' ich, wenn“, in der bereits eine erste Ernüchterung und ein erstes Verschwinden des Schönen sich ankündigt, bis zum totalen Entzug des Schönen und kalten „Klirren“ der „Fahnen“ legt sich hier nicht nur eine Poetik des Schmerzes aus, sondern eine universelle Erfahrung, die Erfahrung, dass das eine, Rausch und Glück, nicht ohne das andere, Ernüchterung und Leere, zu haben ist. Das „heilignüchterne Wasser“, in dem das heilig Schöne und das nüchtern Schreckliche zusammenfließen, ist der Punkt im Gedicht, in dem Vollendung und Verlust sich für einen kurzen Moment nahe sind. Hölderlins Gedicht enthält die „der Erfahrung des Schönen eingeschriebene Antinomie von Vollendungs-

glück und Verlust Erfahrung“ (Menninghaus, 2005: 63). Hölderlin wollte wie Schiller „Briefe über die ästhetische Erziehung des Menschen“ schreiben, allerdings „Neue Briefe über die ästhetische Erziehung des Menschen“. Das Neue daran wäre der Gedanke gewesen, dass die Erfahrung des Schönen nicht nur Heimat, Himmel und Transzendenz bedeutet, sondern auch Leere, Mangel und Fehl. „Denn anders als bei Schiller setzt uns das Schöne im Sinne Hölderlins stets zugleich einer Erfahrung von Armut, Mangel und Verlust aus“ (ebenda). Wenn etwas voll zur Erscheinung kommt, nichts mehr übrig bleibt, alles da ist, dann ist es vollendet und geht zu Ende, es hört auf zu sein. Was in „Hälfte des Lebens“ traurig klingt, ist in Wahrheit aber ein freudiges Ereignis – Melancholie und Tränenglück. Denn wäre das Schöne nicht auch das Schreckliche, würde es sich nicht schenken und zugleich wieder entziehen, dann wäre es nicht das Schöne, dessen Reiz ja auch in seiner Flüchtigkeit besteht und vor allem darin, dass das Begehren durch die Kurzweiligkeit des Schönen nie ganz gestillt wird. Menninghaus: „Die radikale Unbesitzbarkeit des Schönen, der ekstatische ‚Moment‘-Charakter seiner Erfahrung, sein ‚Verschwinden‘ ins ‚nichts‘: Nicht zuletzt dies führt der Umschlag zwischen den beiden Strophen von *Hälfte des Lebens* vor Augen. Schön sein, so Hölderlin unter Berufung auf Homer, heißt ‚für kurze Zeit geboren‘ sein. (...) Das Begehren des Schönen trägt diesen ‚Widerstand‘, diese ‚Fessel‘ der Endlichkeit, diese Erfahrung des ‚Verschwindens‘ letztlich ‚gerne‘. Denn das Fehlen des Fehlens, die Mangellosigkeit einer dauerhaften Aneignung des Schönen würde nichts zu ‚wünschen‘ übriglassen und mit dem ‚Leiden‘ zugleich das ‚Leben‘ tilgen. Das Begehren würde sich selbst nicht mehr fühlen“ (Menninghaus, 2005: 64 f.).

### 3. Schönheitsentzug, Suchterfahrung und Ästhetik als Therapeutik

Hölderlins Gedicht heißt nicht nur „Hälfte des Lebens“, sondern besteht auch aus zwei Hälften mit unterschiedlichen Temperaturen und Gemüthsstimmungen. In der einen Hälfte spätsommerliche Fülle, gelbe Birnen, wilde Rosen, trunken von Küssen – und in der andern Hälfte klirrende Kälte, Mauern, Schatten und Sprachlosigkeit! In der einen Hälfte wird das Erscheinen des Schönen beschrieben, ein Phänomen, das immer satter, voller und dichter wird, immer mehr zu sich und zur vollen Blüte gelangt und dann am Höhepunkt der Schönheitsvollendung umschlägt in sein Gegenteil. Freude und Fülle auf der einen Seite, Dürre, Mangel und Leere

auf der anderen Seite. Ekstase (vgl. Poltrum, 2012; 2013a) in der einen Hälfte und Entzug in der andern, oder in weiteren klinischen Begriffen: manische Expansion hier und depressive Starre dort. Das Schöne schwindet, vergeht und hinterlässt Entzug und Melancholie. Das Wort oder der Ort, an dem die eine Erfahrung in die andere umschlägt, sich beide Erfahrungen verdichten, ist das Wort „heilignüchtern“. Das Heilige (vgl. Otto, 1917) ist eine Erfahrung, die einen nie nüchtern sein lässt. Im Wort „heilignüchtern“ haben wir die Erfahrung der Berausung und die Erfahrung der Ernüchterung, also beide Hälften, die zum Leben gehören, in einem Wort-Phänomen versammelt.

Sucht – meine sehr verehrten Damen und Herren – beginnt meistens dort, wo ein Mensch in der Gestimmtheit der einen Hälfte festgehalten ist, wo die Welt *sprachlos* geworden ist, alles *kalt* ist und eine *Mauer* von den lebendigen Dingen trennt. Sucht – meine sehr verehrten Damen und Herren – beginnt dort, wo Menschen den Glauben an die Wiederkehr der *gelben Birnen*, *wilden Rosen* und *trunknen Küsse* verloren haben. Sucht beginnt dort, wo die Lebensfreude abhanden gekommen ist, das Leben einer Entziehungskur gleicht und seine natürliche Selbstverständlichkeit verloren hat.

Suchtbehandlung aber – und damit werde ich diese Überlegungen schließen – findet dort statt, wo es gelingt, beglaubigt klar zu machen, dass zum Leben beide Hälften gehören und dass nach der Dürre, dem Mangel und dem Entzug der Lebensfreude das Schöne wiederkehrt. Die eine Hälfte des Lebens mit Notwendigkeit in die andere umschlagen wird. Diese Rückgewinnung des Vertrauens, des Urvertrauens leistet, wie wir weiter oben gesehen haben, die ästhetische Erfahrung des Schönen. Damit wird die Ästhetik zur Therapeutik und das Schöne zum entscheidenden Pharmakon der Suchtbehandlung.

## Literatur

- Adorno, T. W. (1995): *Ästhetische Theorie*. 13. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Blankenburg, W. (1971): *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien*. Berlin: Parodos-Verlag.
- Gadamer, H.-G. (1965): *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. 2. Auflage. Tübingen: J.C.B. Mohr.
- Habermas, J. (1986): Exkurs zu Schillers Briefen über die ästhetische Erziehung des Menschen. In: ders., *Der philosophische Diskurs der Moderne*. 5. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Heidegger, M. (1989): Der Wille zur Macht als Kunst. In: ders.: *Nietzsche*, Bd. I. 5. Auflage. Pfullingen: Neske.
- Heidegger, M. (1994b): Der Ursprung des Kunstwerks, Nachwort. In: ders.: *Holzwege*. 7. Auflage. Frankfurt am Main: Klostermann.
- Hegel, G. W. F. (1992): *Vorlesungen über die Ästhetik*, Werke 13. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hölderlin, F. (1982): Der Gott der Jugend. In: ders.: *Werke und Briefe*, Bd. 1. Hrsg. v. F. Beissner & J. Schmidt. Frankfurt am Main.
- Hölderlin, F. (1982a): *Werke und Briefe*, Bd. 1. Hrsg. v. F. Beissner & J. Schmidt. Frankfurt am Main.
- F. Hölderlin (1982c): Hälfte des Lebens. In: Hölderlin, *Band 1, Gedichte*. Frankfurt am Main: Hyperion-Insel.
- Kant, I. (1996): Kritik der Urteilskraft. 14. Auflage. Hrsg. v. W. Weischedel. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Marcuse, H. (1979): *Schriften. Bd. 5. Triebstruktur und Gesellschaft. Ein philosophischer Beitrag zu Sigmund Freud*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Menninghaus, W. (2005): *Hälfte des Lebens. Versuch über Hölderlins Poetik*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Nietzsche, F. (1888a): Ecce Homo, In: G. Colli & M. Montinari (Hrsg.) *KSA Bd. 6*. Berlin, New York: dtv/de Gruyter, 1988.
- Piegler, T. (2008b): American Beauty. In: ders.: *Mit Freud im Kino. Psychoanalytische Filminterpretationen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Otto, R. (1917): *Das Heilige. Über das Irrationale in der Idee des Göttlichen und sein Verhältnis zum Rationalen*. München: C.H. Beck, 2004.
- Platon (250d): Phaidros. In: Platon, *Sämtliche Werke, Band 2*. Übers. v. F. Schleiermacher. Hamburg: Rowohlt, 2006.
- Poltrum, M. (2010): *Klinische Philosophie. Logos Ästhetikus und Philosophische Therapeutik*. Berlin: Parodos.
- Poltrum, M. (2012): Nüchterne Trunkenheit und drogenfreie Ekstase. Der Rausch als Therapeutikum der Sucht bei Nietzsche und Platon.

*Rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie* 2, 61-66.

Poltrum, M. (2013): *Musen und Sirenen. Ein Essay über das Leben als Spiel* (S. 39-52). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Poltrum, M. (2013a): *Rausch und Ekstase. Ein Weg in die Sucht*. *Spectrum Psychiatrie* 2, 42-45.

Rilke, R. M. (1996): *Duineser Elegien. Erste Elegie*. In: R. M. Rilke, *Die Gedichte*. 8. Auflage. Frankfurt am Main: Insel.

Schelling, F. W. (1991): *System des transzendentalen Idealismus*. In: ders.: *Texte zur Philosophie der Kunst*. Stuttgart: Reclam.

Schiller, F. (1997): *Über die ästhetische Erziehung des Menschen*. Stuttgart: Reclam.



**Dr. Martin Poltrum**  
Koordinator der Akademie  
des Anton-Proksch-Instituts,  
Philosoph und Psychotherapeut  
martin.poltrum@api.or.at  
www.philosophiepraxis.com

## NACHRICHT

# Gehen macht kreativ

*Auf noch unbekannt Weise fördert ein gemächlicher Spaziergang die Ideenfindung – unabhängig von der Anregung anderer Hirnleistungen.*

Beim Gehen hat man mehr kreative Ideen als im Sitzen. Diese oft berichtete Erfahrung bestätigt jetzt eine amerikanische Studie. Selbst das gemächliche Gehen auf einem Laufband fördert die Kreativität, wenn auch weniger stark als ein Spaziergang im Freien. Die positive Wirkung war nicht dadurch zu erklären, dass körperliche Aktivität generell Denkleistungen verbessert, berichten die Forscher im „*Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*“. Noch ist nicht bekannt, welche biologischen Mechanismen für den Effekt verantwortlich sind. Ein angeregter Kreislauf, chemische Botenstoffe und eine verbesserte Stimmung könnten eine Rolle spielen.

„Wir wollten prüfen, ob einfaches Gehen den freien Fluss der Gedanken verbessern und die Kreativität steigern könnte“, sagt Daniel Schwartz von der Stanford University. Für die Untersuchungen, an denen insgesamt 176 meist junge Erwachsene teilnahmen, setzten Schwartz und seine Kollegin Marily

Oppezzo zwei bewährte Testverfahren zur Messung von Kreativität ein. Bei einem dieser Tests geht es darum, möglichst viele ungewöhnliche Verwendungsmöglichkeiten für Alltagsgegenstände aufzuzählen. So dachte ein Proband bei dem Wort „Knopf“ unter anderem an ein winziges Sieb oder ein Ersatzauge für eine Puppe. Je ungewöhnlicher die Einfälle, desto höher war die Bewertung. Ein dritter Test diente dazu, kognitive Hirnleistungen wie Konzentrationsfähigkeit oder Gedächtnis zu messen, die nichts mit Kreativität zu tun haben.

In einer der Testreihen mussten die Personen ihre Aufgaben zunächst sitzend und dann beim Gehen auf dem Laufband in einem frei gewählten Tempo lösen. Andere Gruppen erhielten ihre Aufgaben, während sie im Freien unterwegs waren oder nachdem sie von einem Spaziergang im Haus oder draußen zurückgekehrt waren und sich wieder gesetzt hatten. Während und kurz nach dem Gehen war die Kreativität bei

81 Prozent der Teilnehmer erhöht, die kognitiven Leistungen nur bei 23 Prozent. Das Spazieren in abwechslungsreicher Umgebung war effektiver als das Gehen in einem Zimmer vor einer weißen Wand. Aber in einem Rollstuhl gefahren zu werden ersetzte die geistig anregende Wirkung des Gehens nicht.

Das Gehen beeinflusst offenbar bestimmte Körperfunktionen, deren positive Wirkung auf kreatives Denken auch nach dem Hinsetzen noch eine Zeitlang anhält. Worin diese biologischen Veränderungen bestehen, wissen die Forscher nicht. Ob auch andere Formen leichter körperlicher Aktivität eine vergleichbare Auswirkung wie das Gehen hat, ist bisher noch nicht untersucht. Viele Menschen behaupten, dass ihnen die besten Gedanken beim Gehen kommen, schreiben die Autoren. Nachdem ihre Studie zu dem gleichen Schluss gelangt ist, wollen die Wissenschaftler nun herauszufinden, warum das so ist.

Quelle: „Give Your Ideas Some Legs: The Positive Effect of Walking on Creative Thinking“, Marily Oppezzo, Daniel L. Schwartz, *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, doi:10.1037/a0036577

# Kunsttherapie in der Behandlung von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen

Jutta Dennstedt, Angela Olbrich & Franz Steinert

## Einleitung

Die Kunsttherapie ist eine in Österreich relativ junge therapeutische Disziplin, die auf kreativen und kunsttherapeutischen Prozessen mit bildnerischen und darstellenden Medien aufbaut. In den letzten Jahrzehnten haben sich, so wie im psychotherapeutischen Feld, unterschiedliche Ansätze und Methoden entwickelt. Sie reichen von tiefenpsychologischen über (heil-)pädagogische, psychiatrische, d.h. arbeits-, ergo- und beschäftigungstherapeutische, anthroposophische bis hin zu philosophischen und kunstbasierten Ansätzen.

Im Kontext der Abhängigkeitserkrankungen kommt der Kunsttherapie vor allem eine stabilisierende, stützende, ressourcen- und lösungsorientierte sowie begleitende Funktion zu, mit Ausdrucksmöglichkeiten, die eine verbale Auseinandersetzung erweitern.

## Grundlagen der Kunsttherapie

Obwohl die Orientierung der kunsttherapeutischen Szene noch an einem funktionierenden oder gar ergänzenden Nebeneinander aller Ansätze und Methoden arbeitet, können einige gemeinsame Eckpfeiler in kunsttherapeutischer Begleitung genannt werden:

### a) „Das unvermittelbare Dritte“<sup>1</sup>

Die kunsttherapeutische Triade: Eine Besonderheit in der Arbeit mit kreativen Medien ist die Erweiterung der Beziehung zwischen Klientin/Patientin und Therapeutin<sup>2</sup> durch einen

kreativen, kunsttherapeutischen Prozess bis hin zu einem entstandenen Werk (Bild, Objekt, Bewegung, Gedicht etc.). Diese neue Ebene schafft eine Differenzierung in der Auseinandersetzung auftauchender Empfindungen, Gefühle, Gedanken oder Beziehungsmomenten. Sie kann den nötigen Abstand, aber auch die gewünschte Annäherung erleichtern.

### b) „Der Mensch wird am Du zum Ich“<sup>3</sup>

Die kunsttherapeutische Begleitung zeichnet sich in jedem Fall durch eine professionelle, wertschätzende, empathische Haltung der Kunsttherapeutin und eines ebensolchen Beziehungsangebots aus. Das Erkennen von Übertragung und Gegenübertragung sowie der professionelle Umgang des Therapeuten damit sind dabei Grundlage und Voraussetzung.

### c) „Kunst in der Kunsttherapie“

Die Arbeit mit kreativ, künstlerischen Medien und die Anwendung dieser in einem kunsttherapeutischen Setting setzt die Kenntnis der Wirkweisen derselben durch die Kunsttherapeutin voraus, die in Selbsterfahrung entlang der Stufen der Kreativität<sup>4</sup> bis hin zum eigenen künstlerischen Handeln und Sein entwickelt, als empfehlenswert und sinnvoll erscheinen lässt.

*Um es mit den Worten von Knill zu beschreiben, die Entstehung von Werken im künstlerischen und im gestaltenden Handeln zeigen unter anderem folgende Charakteristiken:*

<sup>1</sup> 1990 führte Paolo J. Knill den Begriff „Das unvermittelbare Dritte“ in den wissenschaftlichen Diskurs ein und bezeichnet damit jenen Moment, in dem aus einer therapeutischen Begegnung unvermittelt etwas Neues hervorgeht oder auftaucht (vgl. Knill, Eberhart, 2009: 12).

<sup>2</sup> Anmerkung: Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit lediglich in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

<sup>3</sup> Buber, 1995: 28.

<sup>4</sup> Stufen der Kreativität:

1. expressive-Kreativität,
2. produktive Kreativität,
3. inventive Kreativität = 1. Stufe der Kunst + 1. Stufe der Wissenschaft (Thesis),
4. innovative Kreativität, = 2. Stufe der Kunst + 2. Stufe der Wissenschaft (habil. Prof. mit Lehrstuhl),
5. emergentive Kreativität = 3. Stufe der Kunst + 3. Stufe der Wissenschaft (Nobelpreis) (Fritz-Ipsmiller, 2010: 31 ff.)

- *Gezielte verbindliche Zuwendung.*
- *Raum und Zeit sprengende Hingabe.*
- *Gegenseitiges Durchdringen mit dem Dargestellten.*
- *Loslassen können beim Erkennen des Werkes.*
- *Die Anziehung und das Sehnen sind nicht Besitz ergreifend und ermöglichen die Distanz zum „Gegenstand“ der Darstellung.*
- *Die Gültigkeit des Werkes ist unabhängig von der Schönheit oder Hässlichkeit des „Gegenstandes“, das Wesentliche liegt in der Darstellungsweise und der gesamten Wahrnehmung des Werkes (vgl. Knill, 2005: 115, 116).*

Dies gilt es als Kunsttherapeutin auszuloten. Auch Manfred Wagner, Universitätsprofessor, Kultur- und Musikwissenschaftler, schreibt über Kunst und Künstlerinnen und somit auch geltend für Kunsttherapeutinnen folgend: *„Die Kunst arbeitet im Wesentlichen mit nichts Anderem als mit Versinnlichung. Das heißt, der Künstler ist jemand, der sehr gut ausgestattet ist, genetisch und sozialisationsmäßig, mit einem Wahrnehmungspotential, das auf Sinnlichkeit beruht – akustisch, verbal, gestisch, visuell“* (Wagner, 2009: 6).

Karl-Heinz Menzen, Professor für Kunsttherapie und Klinische Rehabilitation, und Gründer des Österreichischen Kollegs für Kunsttherapie (ÖKfKT/1991), schreibt über Kunst: *„Wenn Kunst die imitierenden und irritierenden Codes einer Gesellschaftsverfassung in eigenwilligen Material- und Verfahrensweisen entwirft, um eben diese Verfassung aufzubrechen und zu verändern, – dann will Therapie das Gegenteil: Menschen, die leidvoll aus ihren sozialen Kontexten herausgefallen sind, wieder dorthin zurückführen, wo sie sich geborgen fühlen“* (Menzen, 2001: Vw).

#### d) „Ressourcen und Lösungen → Ernte“

Die kreativ-kunsttherapeutischen Prozesse bieten einen Raum der Dezentrierung<sup>5</sup>, mit den

<sup>5</sup> Das Verfahren ist unter dem Titel „Intermodales Dezentrieren IDEC“, registriert worden“ (Lösungskunst; Knill, Eberhart, S. 13).

Exkurs Dezentrierung: Nach einleitenden Worten zum Thema wird der/die KlientIn ersucht, ins künstlerische Tun z.B. Malen, Schreiben, Tanz, Gestalten, Vertonen etc. überzugehen. Mit der Aufgabe, zu malen, distanziert (de-zentriert) er/sie seine Aufmerksamkeit vom vorgebrachten Anliegen und ist – dies gilt für die meisten der KlientInnen – bei geeigneter Anleitung sofort von der neuen Herausforderung – des Tuns – fasziniert. Dezentrierung ist eine bestimmte zeitliche Phase innerhalb eines vom/von der TherapeutIn geführten Settings. Die Bewegung von der Enge im Denken (wiederholtes „darüber reden“, kognitives Suchen einer Lösung) in die Herausforderung der überraschenden, nicht vorhersehbaren Schlüsseligkeit eines künstlerischen Prozesses, wird als Intermodale Dezentrierung bezeichnet (vgl. Eberhart/Knill, 2009: 45). Intermodales Dezentrieren soll in einem geschützten Rahmen und angenehmer Atmosphäre erlebt werden. Mit Neugierde und Begeisterung am künstlerischen Tun. Ohne Leistungsdruck betreffend des künstlerischen Könnens der KlientInnen. Selbst wenn trotzdem Zweifel aufkommen, so

Möglichkeiten, sich kathartisch zu entladen, die Aufmerksamkeit zu schulen, sinnlich zu erfahren oder neu zu entdecken, kreative und soziale Anlagen zu fördern und zu pflegen, sich ressourcen- und lösungsorientiert zu erleben und auszuprobieren.

Arten der Kunst-Therapie<sup>6</sup>:

- Kreativitäts-Therapie und Kunst-Therapie;
- Ausdrucks-Therapie, Gestaltungs-Therapie, Kunst-Therapie;
- passive- (rezeptive-) und aktive (produktive) Kunst-Therapie;
- monomediale, multimediale, intermediale, monomodale, multimodale Kunsttherapie und Medientransfer<sup>7</sup>;
- bedürfnis-, interaktions-, sozial- und kontextuell-, kultur- und anthropologisch-orientiert;
- präventiv, rehabilitativ und lebenssituativ.

#### Kunsttherapie und Suchterkrankungen

Die Patientinnen mit einer Suchterkrankung werden oft von einer Wolke aus Schuldgefühlen, Versagens-Angst, Minderwert und eingeschränktem Gefühlszugang begleitet. Sie haben sich meist jahrelang als destruktiv sich selbst, aber auch ihrem nahen und weitem Umfeld gegenüber erlebt. Nach ganz individuellen biographischen Erfahrungen bietet der zur Verfügung gestellte Raum der Kunsttherapie einen Ort, sich anders, neu oder wieder zu erleben. Themen wie Selbstwirksamkeit, Würde, Akzeptanz, aber auch Kollegialität, Unterstützung und Wertschätzung können in angebotenen

ist es durch die Anwendung der Interventionstechnik „low-skill-high-sensitivity“ möglich, diese Hürde zu meistern. Nur so kann das ursprüngliche Anliegen des/der KlientIn für diese Zeit des Schaffens in den Hintergrund treten (vgl. Eberhart, Knill, 2009: 101). Die Lösung trägt der/die KlientIn bereits in sich und findet diese während des Prozesses – weg vom Problem (dezentrieren) – hin zur Lösung. (vgl. Knill, Eberhart, 2009: 121).

<sup>6</sup> Nach Fritz-Ipsmiller & Menzen.

<sup>7</sup> KUNSTTHERAPIE ALS GANZHEITLICHES VERFAHREN:  
MONO-MEDIAL: Streckenweise wird nur in einem Medium gearbeitet. Kunsttherapeutinnen sind Experten in mindestens einem künstlerischen Medium.  
MULTI-MEDIAL: Die verschiedensten künstlerischen Medien werden als therapeutische Medien verwendet. Wir beschäftigen uns mit den verschiedensten bildnerischen und mit den unterschiedlichsten darstellenden Medien.  
INTER-MEDIAL bzw. TRANS-MEDIAL: Wenn wir uns bei der Arbeit auf einen Sinn konzentrieren, entdecken wir Überleitungen in andere Sinnesqualitäten. Im Medientransfer tanzen wir und sehen Farben. Getanztes wird in Bilder umgesetzt. Wir schreiben und sehen Bilder. Inhalte, die in einem künstlerischen Prozess entstehen, werden in ein anderes künstlerisches Medium übergeleitet.  
MULTI-MODAL: In einem Medium bleibend, verwenden wir verschiedenste Interventionen und/oder Modalitäten, um Veränderungen zu erwirken.  
INTER-MODAL: Wenn wir auf einer Ebene wirken, bringt dies Veränderungen auf einer anderen Frequenz mit sich. Stabilisation einer Krise bewirkt auch Veränderung der Inhalte aus altem Drama (Fritz-Ipsmiller, 2010: 23).

Themen gemeinsam oder individuell angeregt werden. Der Fokus liegt dabei auf dem „Was kann ich noch, wieder oder trotzdem?“, „Wer bin ich, unabhängig von Kategorien wie ‚krank‘ oder ‚gesund‘?“ Der Psychiater und Psychotherapeut Walter Pieringer drückt dazu folgend aus: „Krankheit ist unbewusste und unverantwortete Kreation, spiegelbildlich zur Kreativität“ (Fritz-Ipsmiller, 2007: 9).

In den kunsttherapeutischen Settings begeben sich die Patientinnen auf die Suche nach ihrem ursprünglichen Selbst, ihrem Eigentlichen, nicht immer steht dabei das „Verstehen“ im Vordergrund. Oft sagt ein entstandenes Bild, ein erlebter kreativer Prozess, eine Geste, ein Ton, eine Erkenntnis sofort oder zu einem späteren Zeitpunkt mehr als tausend Worte.

Die stattfindenden Settings stellen die Struktur und den Rahmen zur Verfügung, in dessen „Bildfläche“ das Spektrum kunsttherapeutischer, multimedialer Prozesse geöffnet wird.

Das Spezielle in diesen Settings richtet den Fokus auf jenes, was im Augenblick passiert, begleitet durch die Kraft der kreativen und künstlerischen Medien, sowie die bedingungslose Annahme des Einzelnen in seiner individuellen Vielfalt und des Unvorhergesehenen. Dies stellt eine immerwährende Bereicherung und Herausforderung für Patientinnen und Kunsttherapeutinnen dar.

### Spezifika im Suchtbereich

Der gestalterische und schöpferische Umgang mit der Herausforderung der Abstinenz bedeutet für Suchtkranke ein wesentliches Merkmal ihrer Genesung. Das ist wiederum ein Motto der Kunsttherapie. Innere Bilder, Gefühle, Wünsche, Ziele und Vorstellungen werden mit Unterstützung unterschiedlicher Methoden visualisiert, um diese in Musik, Tanz, Poesie, auf Papier, Leinwand oder in Form des Gestaltens mit Ton zu wandeln, auszudrücken, zu verändern oder erfahren zu können. Kunsttherapie bereichert im Sinne eines Synergieeffektes die verschiedenen, meist kognitiven Therapien der ambulanten und stationären Psychotherapie und psychologischen Behandlung um die Bild-, Ton-, Installations-, Bewegungs-, Poesie- und Musiksprache.

Zitat Knill, Eberhart (2009: 226): „Das sich zeigende Werk ist letztlich in seinem Entstehen nicht im Detail kontrollierbar, das heißt, wir lassen uns auf einen Prozess ein, wo Überraschendes nicht nur möglich wird, sondern auch erwünscht ist. Eine solche Haltung wiederum widerspricht allen therapeutischen Vorgehensweisen, die auf einen machbaren

(herstellbaren) therapeutischen Erfolg tendieren, so wie es in kognitiven und rein verhaltensorientierten Ansätzen oft der Fall ist.“

### Mögliche Themen

#### **Verarbeitung von Craving-Situationen und anderen belastenden Gefühlen und Situationen bis hin zur Findung von neuen Werkzeugen zur Veränderung-, Lösungs- sowie Verhaltensstrategien**

Ziel: Kathartisches Entladen von belastenden Emotionen, Stabilisierung, Erleben des Wandels, Erkennen und Ausprobieren anderer Möglichkeiten.

Prozessvorschlag: Messpainting, z.B: Zwei-Minuten-Bilder; es werden im Zwei-Minuten-Takt Bilder gestaltet, Format ca. 50 cm x 70 cm. Die Teilnehmerinnen fangen immer gemeinsam an, zwei Drittel des Blattes sollen gefüllt sein, nicht gegenständlich, nach fünf Sequenzen wird der Malprozess länger und mündet in einem Bild, an dem ca. 20 Min. gearbeitet wird, oder

Geführtes Zeichnen nach Maria Hippius: Gezeichnet wird auf großen Blättern mit geschlossenen Augen und mit beiden Händen. Material sind Graphitblöcke oder dicke Kohlestifte, ausgehend von Grundformen wie Kreis, Schale, Welle, Spirale; es wird seriell gezeichnet, bis aus der vorgegebenen Form ausgebrochen wird und zu einem eigenen Bild gefunden wird.

#### **Bewusstwerdung über suchtspezifische Muster**

Ziel: Erkennen von Bedürfnissen und Erleben ihrer möglichen Erfüllung.

Prozessvorschlag: Ausdrücken, was ich brauche! Nach einem Text aus dem Buch von Anam Cara, „Die Seele verlangt nach Ausdruck“. Bewusstmachen dessen, was man gerade braucht und wie man es ausdrücken kann. Zur Verfügung stehende Medien: Schatzkarten, Postkarten, Malen, Zeichnen, Collage, Formen, Singen, Bewegung, Schreiben, Rhythmus etc.

#### **Stärkung von Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit**

Ziel: Ich bin es wert und ich kann mein Leben verändern.

Prozessvorschlag: „Ich bin Ursache!“ Zeichnen, Malen etc. auf eigenem Bild, nach bestimmter Zeiteinheit, Weitergabe der Bilder im Uhrzeigersinn und Gestaltung des neuen Bildes. Vorgang so lange wiederholen, bis man sein eigenes Bild wieder hat. Medien: Stifte, Farben, auch bunte Blätter möglich.

### **Positives Erfahren von Veränderung und Lösungsmöglichkeiten, auch in der Veränderung und Gestaltung des Lebens ohne Suchtmittel**

Ziel: Das Erfahren der Möglichkeit, mein Leben ohne Sucht erst aushaltbar bis hin zu erfüllend und für mich schön zu erkennen und zu gestalten.

Prozessvorschlag: Zukunftsvision. Fantasiereise „Reise in die Zukunft“, festhalten auf einer Skala/Maßband – bis wann will ich „meine Vision“ erreicht haben, anschließend malen meines Zukunftsbildes. Medien: Fantasiereise, Maßband, Farben, Stifte

### **Stärkung und Pflege von gesunden Anteilen und Ressourcen**

Ziel: „ICH bin einzigartig, ICH bin wertvoll, ICH setze Ziele um, mit MEINER Stärke und Kraft“.

Prozessvorschlag: Innere Bilder – Ressourcenbild. Durch das Imaginieren von stärken- und hilfreichen Bildern, empfunden aus der Zeit vor der Sucht, und den darin enthaltenen Elementen und Empfindungen, unterstützt durch Bewegung, sein persönliches Ressourcenbild entwickeln und dieses anschließend auf Papier bringen. Medien: Bewegung, Musik, Ton, Malen.

### **Wiedererlangter oder neuer Gefühlszugang über alle Sinne**

Ziel: Fühlen und sich spüren ist möglich, wirkt befreiend und stärkend.

Prozessvorschlag: Erwünschtes oder unerwünschtes Gefühl in einer Farbe/einem Farbspektrum oder in eine Form gestalten. Medien: Zeichnen, Malen, Collage, Ton

## **Die Kunsttherapie am Anton-Proksch-Institut**

Die Kunsttherapie am Anton-Proksch-Institut hatte ihre Anfänge mit großer Unterstützung von Ärztinnen und Therapeutinnen in der Einführung einer Mal- und Gestaltungsgruppe 2006 im Bereich der Aktivierung, Kreativität und Lebensgestaltung, die 2008 um eine weitere Gruppe ergänzt wurde.

Mit der Einführung des Orpheus-Programms des Anton-Proksch-Instituts 2009 wurde schließlich ein Paradigmenwechsel in der Behandlung von Suchtkranken vollzogen.

„Endziel ist die (Wieder-)Erlangung eines möglichst autonomen und freudvollen Lebens, und die Orpheus-Module dienen dazu, dieses Behandlungsziel zu erreichen“ (Musalek, 2009: 18).

Einen wichtigen Beitrag kann dabei die Kunsttherapie leisten, deren Kernkompetenz sich mit jener des Namensgebers Orpheus deckt. Neben dem bekannten Mythos von Orpheus und Euridike in der Unterwelt „gibt es einen zweiten, weniger bekannten Mythos. Auch Orpheus, der mit den Argonauten ausgezogen war, um das Goldene Vlies zurückzugewinnen, konnten die Sirenen nichts anhaben. Als er bei der Rückreise an der Insel der Sirenen vorbeikam, wandte Orpheus aber eine ganz andere (Anm.: als Odysseus) Strategie an: Er nahm seine Leier und machte die bessere und schönere Musik und übertönte so die Rufe der Sirenen“ (Musalek, 2009: 18).

Neben den kreativen Beschäftigungs- und Entwicklungsmöglichkeiten der Patientinnen im Angebot der Kreativwerkstatt war mit der Mal- und Gestaltungstherapie-Gruppe der Grundstein für eine kreativtherapeutische Auseinandersetzung im Feld der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen gelegt. Mit der Erweiterung des Teams der Aktivierung im Jahr 2013 um zwei Kunsttherapeutinnen, können die Patientinnen in drei unterschiedlichen kunsttherapeutischen Schulen und Ansätzen zu komplexen Erkenntnissen kommen und die „bessere Musik machen“. Die kunsttherapeutische „Seinsweise“ fließt darüber hinaus in die gestalteten Gruppen des klinischen Gärtnerns, der Freizeitgestaltung, sowie der Aktivgruppe – eine Gruppe für Patientinnen mit hirnorganischem Psychosyndrom oder anderer physischer, emotionaler oder kognitiver Beeinträchtigung – ein.

## **Die kunsttherapeutische Gruppe**

Die Patientinnen haben bei entsprechender Zuweisung ein Mal die Woche die Möglichkeit, die Kunsttherapie-Gruppe zu besuchen. In jedem Fall erfolgt eine persönliche Begrüßung an der Eingangstür zur Werkstatt und ein Weiterleiten in den angrenzenden Therapieraum. Die Patientinnen wählen frei ihren Platz im Kreis oder um einen quadratischen Tisch herum. In der wärmeren Jahreszeit, wenn die Gruppe auch im Freien stattfinden kann, verändert sich das Szenario natürlich einschneidend. Hier wird bereits die Flexibilität aller Beteiligten, eine wesentliche kreative Fähigkeit geschult.

Zu Beginn findet meist eine einführende Runde statt, die eine aktuelle Bestandaufnahme von Befindlichkeiten, Stimmung und möglicher Themen ist. Die Patientinnen haben dabei immer Blickkontakt zur TherapeutIn und zu den übrigen Patientinnen. Aktuelles wird in jedem Fall von der KunsttherapeutIn aufgegriffen und die erforderlichen Interventionen werden

adaptiert. Diese „Check-In“-Runde kann mit unterschiedlichen Hilfsmitteln wie Postkarten, farbigem Papier, Schatzkarten, Orff-Instrumenten etc. über eine verbale Ebene hinaus anregen oder zum Ausdruck verhelfen. Bereits in dieser Phase gibt es für die Gruppe unzählige Varianten des Angebots des „Wie bin ich heute da?“ auszudrücken, z.B. mittels Körperhaltung, Musikinstrumenten, Symbolen etc.

Im Anschluss an diese Runde und bei Bereitschaft aller Anwesenden wird in einen kreativ-kunsttherapeutischen Prozess übergeleitet. Dies kann ebenso variantenreich über einen Text, Lied, Gedicht, Bild, Zitat als auch über eine Erklärung des Themas und des Gestaltungsimpulses erfolgen.

Die nun gewählten Medien befinden sich je nach therapeutischer Ausrichtung im bildnerischen Bereich, sowie im multimedialen und intermodalen Bereich, wo Methoden und alle Medien, die der Sinneserfahrung dienen, beinhaltet sind. Ob diese frei wählbar oder für die Gruppe gemeinsam zur Verfügung gestellt werden, die Auswahl ergänzt oder geändert werden kann, obliegt der Kompetenz des entsprechenden Kunsttherapeuten.

Nach dieser Phase des kreativ-kunsttherapeutischen Prozesses, der unterschiedlich lang, meist aber zeitlich geleitet wird, erfolgt eine weitere Phase, die dann zur gemeinsamen Abschlussrunde überleitet. Während des Prozesses richtet die KunsttherapeutIn ihre Aufmerksamkeit bereits auf Veränderungen, die ersichtlich, spür- oder hörbar sind und hat außerdem die Möglichkeit, im Bedarfsfall unmittelbar zu intervenieren.

Die abschließende Runde dient der Bewusstwerdung und Reflexion durchlebter Prozesse auf allen erfahrbaren Ebenen (physisch, psychisch, soziokulturell, transpersonal) sowie der Stärkung und Manifestierung von Erkenntnissen und Gewinnen. Aufkommende Themen können in weiterer Folge ins therapeutische Angebot integriert werden. Darüber hinaus findet ein therapeutischer Austausch innerhalb des multiprofessionellen Teams statt.

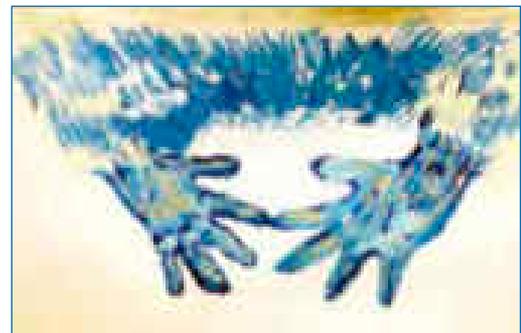
Im Folgenden werden nun drei Fallvignetten kunsttherapeutischer Gruppenarbeit geschildert, mit einer Erläuterung des Settings, entstandenen Werken und Auszügen aus der Reflexion der Patientinnen:

### 1. „Der Schatten spricht!“<sup>8</sup> nach dem ganzheitlichen Ansatz – Setting von Angela Olbrich

In der Eingangsrunde tauchen bereits einige aktuelle Anliegen (u.a. Konfliktsituation, Unsicherheit in Bezug auf Entlassung, Anspannungsgefühl) auf. Danach wird das Thema („Der Schatten spricht!“) vorgestellt, als Einleitung das Gedicht von Christian Morgenstern gelesen. Die Idee ist, einen Körperteil, Gegenstand oder auch den ganzen Körper zu wählen, der in einer bestimmten Position mit Hilfe eines starken Strahlers Schatten an die Wand wirft. Zu zweit werden diese Schattenrisse auf Papier oder Karton gebracht, die Umsetzung obliegt den Patientinnen. All jene (in dieser Einheit ohne Ausnahme 8 Patientinnen), die sich auf den Prozess einlassen können und wollen, kommen selbstständig ins Tun. Es organisieren sich Paare, die sich jeweils gegenseitig die Schattenrisse von Körperteilen oder Gegenständen abzeichnen. Dann wird gewechselt. Dabei wird teilweise experimentiert, mit unterschiedlichen Körperhaltungen und wie diese sich im Schatten verändern, sowie mit den Eigenschaften des Schattens an sich, der jeweils das Gespiegelte als Schattenfigur an der Wand wiedergibt.

Nach dieser interaktiven Erfahrung wählt jede PatientIn frei, was sie mit dem bereits Entstandenen weiter tun möchte. Die meisten greifen zu Farben oder Stiften, um die Umrisse farbig auszumalen.

Nach Beendigung des Prozesses sammelt sich die Runde erneut, um sich über das Erlebte auszutauschen, Veränderungen zu artikulieren, mögliche Gewinne zu benennen. Hier ein Auszug:



<sup>8</sup> Der Schatten spricht: Mensch, willst du einen Gegenstand zum Reden über sich reizen, So frag' seinen Schatten an der Wand; der wird mit Weisheit nicht geizen. Der wird dir sagen: Lieber Geist, Ich bin sein wahres Wesen. Das, was du seinen Körper heißt, das ist nur Schrift, zum Lesen; der Körper ist der Buchstabe nur, mit dem die Gottheit schreibt, die Gottheit oder die Natur, und der nicht lang verbleibet. Sieh mich an, mich, der nichts an sich und doch ein Schmuck deiner Wände; Sieh mich an, Mensch, ich lehre dich den Geist der Gegenstände (Morgenstern, 2004: 801).

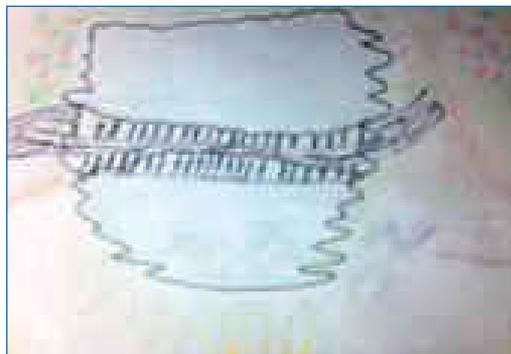
Fr. E., zum ersten Mal dabei, kann sich trotz anfänglicher Unsicherheit gut einlassen, kommt schnell ins Tun. Mit Hilfe einer Mitpatientin wählt sie beide Hände, die sie dann in Blau und Weißtönen weitermalt. Sie weiß zu diesem Zeitpunkt noch nicht genau, was ihr das Bild sagen soll, jedoch bemerkt sie, dass zu langes Überlegen ihre Kreativität hemmt, da sie einen starken perfektionistischen Anteil spürt, der dann vieles verhindert (Bewusstwerdung). Das möchte sie gerne von Zeit zu Zeit ablegen.

Fr. L. trägt einen starken Konflikt mit einer nahen Bezugsperson mit sich herum. Sie möchte sich zurzeit mehr abgrenzen. Der Prozess



bringt ihr einerseits etwas Erleichterung, was ihre Wut betrifft (Entladung), andererseits stellt das Ergebnis für sie ein Symbol der Hoffnung dar, eine Lösung zu finden. Das macht ihr Mut. Auch ein Mitpatient bestärkt sie, da sie Hand und Mund in leuchtendem Orange darstellt, was er interpretiert als Tat und Aussprache sind möglich. Das hilft ihr. Gut gefallen hat ihr die Interaktion beim Abzeichnen der Schattenrisse gemeinsam mit Hrn. S. Das hat ihr richtig Spaß gemacht.

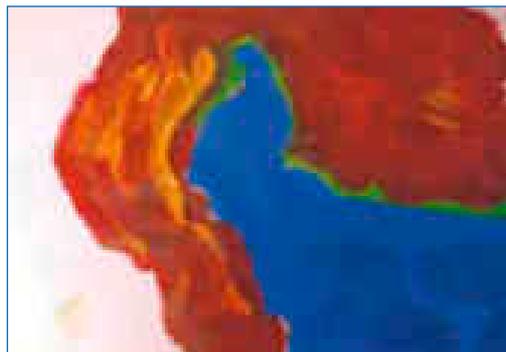
Fr. S. geht es, trotz geäußerter Unsicherheit in Bezug auf die bevorstehende Entlassung, gut. Das abgezeichnete Bild ihres Kopfes erschreckte sie zuerst, da es nicht so aussah wie erwartet. Doch sie kann den ersten Zweifel ablegen und



sich auf dieses unerwartete Bild einlassen. Es wird eine Seelandschaft mit Brücke daraus, ein Ort, an dem sie sich wohlfühlen kann, der auch

verbindende Elemente für sie beinhaltet. Sie bemerkt, dass sie eine neue Erfahrung mit etwas Heiterkeit gut annehmen kann.

Hr. S. wollte sich erst nicht auf den Prozess einlassen, meint, Schatten würde er genug finden, spürte Anspannung. Doch fast im selben Moment wandelt er sich, streckt die linke Hand



mit erhobenem Daumen gegen die Wand und beginnt alleine, den Schattenriss abzumalen. Der weitere Prozess mit Acrylfarben ist fließend und passiert, auch nach seinen Angaben, wie von selbst. Er prägt dann für sich als Ernte die Begriffe „Farbiges Leben“ und „Bunte Schatten“.

Gewinne:

- Das duale Thema von „Licht- und Schatten-seiten“ kann neutral erlebt werden.

Martin Poltrum (2011: 244) schreibt: „Auf jeden Fall geht es bei der Sucht, die ja immer irgendwie eine Anästhetisierung der Existenz und der Sinne darstellt, bei der Drogensucht ist dieser Zusammenhang am evidentesten, um die Wiedergewinnung der ästhetischen Seite des Lebens. (...) Die Anästhetisierung durch Drogen und Sirenen ist in der Suchtbehandlung durch Ästhetik und die Musen zu ersetzen.“

Auch aufkommende dunkle Seiten können ausgedrückt, ästhetisch verarbeitet und so integriert werden („Bunte Schatten“).

- Kreativität als Schlüssel zu einem bewusst gestalteten Leben.

Gefördert und gearbeitet wird mit der kreativen Kraft, die nach Aristoteles zur Erfüllung der „Entelechie“ verhelfen kann, womit er meint: „Jedes Lebewesen trägt Zweck und Ziel in sich selbst und entfaltet sich dieser seiner innersten Zielstrebigkeit gemäß. (...) Alles was ist, strebt danach, sich in der Fülle seiner Möglichkeiten, auf die es angelegt ist, zu verwirklichen. Die ganze Welt drängt zu ihrer eigensten Vollkommenheit“ (Weischedl, 1992: 55).

Im kunsttherapeutischen Kontext mit suchtkranken Patientinnen liegt der Fokus daher auf

der Entdeckung und Stärkung dieser ursprünglichen kreativen und sozialen Anlagen.

Durch die gesteigerte, bewusste Selbstwahrnehmung und Selbstwirksamkeit, die wieder erlebten oder neu erlebten Fähigkeiten, können auch schwierige Situationen oder Persönlichkeitsanteile erlöst, eine kreative Lösungsstrategie integriert werden, das Leben authentisch, bewusst, und kreativ verändert werden.

„Das Geheimnis der Kunst liegt darin, dass man nicht sucht, sondern findet“ (Pablo Picasso).

## 2. „Meine Empfindungen/Gefühle – mein Schatz“ nach dem ressourcen- und lösungsorientierten sowie dem psychiatrischen-, arbeits-, ergo- und beschäftigungstherapeutischen Ansatz – Setting von Jutta Dennstedt

Ziel: Wahrnehmung meiner Empfindungen/Gefühle – gemalte Themen erleichtern Hypothesen – wie kann ich meine Krankheit akzeptieren und meinen Perfektionismus loslassen

Medium: Poesie und bildnerisches Gestalten.

Bei jeder Interaktion während meiner Settings wird der Fokus einerseits auf den ressourcen- und lösungsorientierten Ansatz (nach Knill), andererseits auf den psychiatrischen, d.h. arbeits-, ergo- und beschäftigungstherapeutischen Ansatz (nach Menzen) gelegt.

In dieser Therapieeinheit vertieft der intermediale Transfer den Prozess – zum Beginn steht die Poesie („Geschichte: Die Insel der Gefühle“<sup>9</sup>), anschließend das Ziehen einer „Schatzkarte“, bis zum schlussendlich gemalten Bild – der dadurch nicht nur schreibbar und lesbar, sondern auch durch die visuelle Überraschung des eigenen Bildes und der durch die Verdichtung der Worte entstandenen Botschaft um diese Erfahrung reicher macht.

Nach der anfänglichen Befindlichkeitsrunde wurde die Geschichte „Insel der Gefühle“ von mir vorgelesen, im Anschluss daran sind die Patientinnen eingeladen, sich aus den mitgebrachten „Schatzkarten“ (diese sind mit Begriffen wie Abenteuer, Einheit, Glaube, Heilung, Hingabe, Ziel, Vergebung versehen), eine Karte zu ziehen und zu dem gezogenen Wort die spontan auftauchenden Gedanken und Empfindungen niederzuschreiben (als Dezentrierung bezeichnet). Durch diese „Dezentrierungsphase“ ist es den Patientinnen möglich, aus Sicht einer neuen Perspektive, ein neues Handeln probeweise, oder aber auch verbindlich kennenzulernen. Die Wirkung ihres Han-

dels kann damit sofort für sie ersichtlich und sinnlich erfahrbar sein. Durch diese Erfahrung sind die Patientinnen in der Lage und bereit, Neues in ihrem Alltag konkret umzusetzen. Patientinnen, die dies zum ersten Mal erleben, sind erstaunt über sich selbst und ihre Ressourcen, die sie im Zusammenhang mit ihrer Herausforderung (der Sucht) entdecken. Sie sind bereit aus einer Opferhaltung oder Leidensstimmung herauszutreten und eine andere Sichtweise anzunehmen mit der Auswirkung auf nächste neugierige Schritte (vgl. Knill, Eberhart, 2009: 165, 173).

Anschließend folgte die erste Reflexionsrunde, bei der die Patientinnen zu ihren gezogenen Karten die aufgeschriebenen Gedanken und Empfindungen mitteilten.

In Folge wurden die Patientinnen wieder eingeladen ein Bild über die momentane Befindlichkeit zu malen (Dezentrierung, die Wahl der Materialien wird freigestellt), mit dem Fokus auf die Fragen: „was empfinde ich jetzt?“ oder „was wünsche ich mir?“, „was und/oder welches Erlebnis gibt mir eventuell Kraft aus der Vergangenheit vor der Sucht?“

Im Anschluss an das Bild wurde von den Patienten ein Symbol oder ein Wort auf die vordere Seite einer Postkarte gezeichnet oder geschrieben, die sie an sich selber adressieren sollen, weiters wurde auf diese Karte ein Satz oder das zum momentanen Zeitpunkt intensivste Empfinden/Gefühl niedergeschrieben – laut Knill ist dies als „Ernte“ eines kunsttherapeutischen Prozesses zu bezeichnen. Das Wort „Ernte“ dient als hilfreiche Metapher, was von Bedeutung ungezwungen für den Moment zusammenzubringen ist (vgl. Knill, Eberhart 2009: 173).

Hr. A. gestaltet zur Schatzkarte „Synthese“ dieses Bild:



Hr. A. konnte sich nach seiner Aussage gut mit dem Begriff „Synthese“ identifizieren und malte dazu obiges Bild. Hr. A. ist sehr strukturiert und organisiert, sein Statement zu seinem Bild:

<sup>9</sup> <http://www.die-geschichtenschreiber.de>

„Das Ganze aus Bestandteilen zusammensetzen, ich wünsche mir Einheit von Geist & Körper.“

Seine Gefühlswelt ist aufgrund seiner langjährigen Depressionen getrennt vom Körper, ließ er mich reflektiert wissen.

### Die Ernte für Hr. A. aus diesem Setting



Hr. A. zeichnete auf die Postkarte, seiner persönlichen Schatzkarte, die er an sich schickt, einen Smiley (in demselben Grün, das auch die Hoffnung für ihn symbolisiert) mit dem Satz:

**„Don't give up“!**

### Meine persönliche Wahrnehmung dieses Patienten während des Prozesses:

Hr. A. erwähnte alle Farben, Formen und dass das Bild in der Mitte eine Krebszelle seiner Seele zeigt, dieser Krebs ist aus seiner Sicht die Depression, mit der er seit einigen Jahren zu kämpfen hat.

Die grünen Ringe stehen für die Hoffnung, „Gib nicht auf“!

Zum „Bunten im Bild“ meinte er: „Es ist die Hoffnung, dass etwas gedanklich Vorgestelltes, bereits in etwas Konkretes übergeht“.

*Wie ging es Ihnen während des Prozesses?*

„Es fiel mir leicht, zu der gezogenen Karte mit dem Begriff Synthese zu malen, ich konnte mich sehr gut mit dem Begriff identifizieren, da ich aus beruflichen Gründen immer sehr strukturiert und organisiert zu arbeiten habe“.

*Was war überraschend für Sie?*

„Ich habe durch die Intervention einen Weg aus der Enge der Struktur gefunden, „komme aus der engen Welt raus“.

*Welche Themen aus dem Werkprozess regt das Bild an? Welche Impulse setzt das Bild?*

**„Ich werde mein bereits seit einiger Zeit vernachlässigtes Hobby, das Joggen, wieder regelmäßig betreiben, ich verbinde es mit Spaß und schöpfe Kraft daraus“.**

Durch die Interventionen in der Kunsttherapie – getragen durch die unterschiedlichen Medien, wird sich der Patient seiner Ressourcen, Empfindungen, Stärken – „Mut zur Verän-

derung“ – (wieder) bewusst, dies bietet der Gesprächstherapie (Psychotherapeuten und/oder Psychologen) die Möglichkeit, dort mit einer weiteren Intervention anzusetzen.

Zitat von Hr. A.:

„Durch das Auseinandersetzen mit mir und meiner Gefühlswelt, unterstützt durch die Interaktionen während des Kunsttherapiesettings, komme ich aus meiner engen Welt (Notenge) heraus“.

### 3. „Baummandala – in Fluss bringen – Gemeinschaft – Grenzen setzen und erkennen“ nach dem Ansatz der Mal- und Gestaltungstherapie von Franz Steinert

Die Gruppe sitzt im Kreis für die Begrüßungsrunde; heute sind 7 Personen anwesend. In der Begrüßungsrunde frage ich alle, wie es denn so geht und ob sie auch was dazu sagen wollen.

Fr. A. ist heute sehr ungeduldig, kann aber nicht benennen warum.

Fr. D., die immer gemeinsam mit Fr. A. kommt, sagt, dass es ihr heute gut geht „so wie immer“.

Fr. F. ist ein bisschen nachdenklich, aber es gehe ihr gut.

Fr. B., C., G. und Hr. E. geht es ebenfalls gut und sie sind schon gespannt, was heute passiert.

Im Malraum habe ich schon eine große Leinwand rund zugeschnitten und auf einen quadratischen Tisch aufgeklebt. So, dass alle Patientinnen rund um die Leinwand stehen und malen können. Für alle sind Farben und Pinsel hergerichtet. Diese Situation ist neu für die Gruppe, da sonst die Möglichkeit besteht das Material selbst auszusuchen, je nach Thema und Empfinden. Für den heutigen Gruppenprozess ist von Vorteil, wenn alle mit Acrylfarben arbeiten, da sie sich auf Leinwand am besten eignen.

Wir beginnen die heutige Übung mit einer Imagination zum Thema Baum. Alle stehen auf und suchen sich einen Platz mit genügend Raum, um auch die Hände ausstrecken zu können. Wenn alle bequem stehen, lade ich ein die Augen zu schließen und sich auf das Thema Baum einzulassen. Ich hab dazu eine Imagination zum Thema Baum so zusammengefasst, dass sich jeder in der Gruppe seinen Baum vorstellen kann, wie er aussieht, wo er wächst, ob er allein oder in einer Gruppe steht, ob er Blätter, Nadeln, Früchte hat, welche Jahreszeit ist ...

Nach dieser Phantasiereise lade ich ein, diesen Baum zu malen. Zum Malen gebe ich ein paar Regeln vor. Beim Malen soll nicht mitein-



ander gesprochen werden; der Platz soll nicht verlassen werden; wenn Farben oder frisches Wasser oder ein anderer Pinsel gebraucht wird, bin ich da, um die gewünschten Dinge zu bringen. Durch diese Methode wird der Fokus auf das Tun gelenkt. Wenn jemand fertig ist, dann bitte am Platz warten, bis alle anderen fertig sind. So haben alle die Möglichkeit, bis zuletzt im Prozess drinnen zu bleiben und daran teilzuhaben. Erst dann gemeinsam Werkzeuge waschen und wegräumen. Danach beginnen wir mit der Besprechung.

Als alle ihre Farben haben, erkläre ich noch einmal den Ablauf. Nachdem sich die Gruppe um die Leinwand aufgeteilt hat und jeder seinen Platz hat, beginnen alle gemeinsam ihren Baum zu gestalten. Durch die Stille entsteht eine sehr dichte Atmosphäre, bei der alle konzentriert an ihrem Baum arbeiten.

Fr. A. ist sehr ungeduldig und hat in kurzer Zeit ihren Baum aufskizziert. Lang, schlank und spitz zulaufend malt sie ihre Fichte mit Waldboden. Es ist auffallend, wie viel Platz und Raum sie für sich beansprucht. „Der Baum ist genauso geworden wie ich ihn mir vorgestellt habe“, sagt sie später in der Reflexion. Sie ist als Erste fertig. „Ich bin heute ungeduldig“, kann aber nicht benennen warum.

Fr. C., eine extrovertierte junge Künstlerin, malt einen Baum mit mächtigem Stamm, der am Rand der Leinwand aufgesetzt ist. Die Äste sind kahl, bis auf einen Apfel. Auch sie bekommt zur Mitte hin wenig Entfaltungsspiel-

raum, was sie aber nicht stört. „Der Apfel ist das Wichtige – und der mächtige Stamm.“ „Blätter gibt es halt keine, ist gerade Winter“.

Fr. F., eine ältere Frau, die auf ihrer Seite der runden Leinwand viel Platz hat. Sie selbst hat das ganz anders wahrgenommen. Für sie ist der Platz ihrer Baumkrone eingeschränkt. Ihr Baum hat keine sichtbaren Wurzeln, scheint zu schweben. Darauf angesprochen sagt sie: „Meine eigenen Wurzeln sind gerade etwas verfault, ich möchte da vielleicht gar nicht hinschauen“, aber auch: „Mir gefällt mein Baum; ich mag Birken sehr gerne.“

Fr. G., eine selbstbewusste Frau, die gerne in die Kunsttherapie kommt. Welcher Baum das sei, weiß sie nicht – „ein Fantasiebaum“. Bei der Reflektion stellt sie überrascht fest: „Ich hab ja den kleinsten Baum“. Da sie sonst nicht zu übersehen ist, macht sie das ein wenig nachdenklich, die Tatsache mit den Wurzeln ebenso. „Der Baum hat keine Wurzeln, weil ich zurzeit auch keine habe.“

#### *Ergebnis:*

Durch die runde Form der Leinwand lässt es sich im Prozess nicht verhindern, dass es in der Mitte eng wird, dort wo die Bäume Platz brauchen. Das Thema, wie gehe ich damit um, wenn ich auf die Grenzen anderer stoße oder wenn ich Platz beanspruche, ist gerade bei einer solchen Übung schnell sichtbar. Das Ergebnis ist sofort auf das Leben übertragbar: Agiere ich immer so? Lass ich Anderen den Vortritt? Denke ich darüber nach, wenn ich über die Gestaltung anderer drübermale, um meinen Platz zu behaupten, oder nehme ich mir einfach den Raum? Wie geht es mir damit, wenn jemand über meinen Baum malt, meinen Raum einnimmt, mir die Luft nimmt? Wie sehr schränkt mein Suchtverhalten meine Freiheit ein? Gibt es eine andere Lösung?

Trotzdem, dass heute viel Platz war, ging es in der Reflektion um die Themen eigener Freiraum. Was wäre passiert, wenn dieser Raum zu sehr beschnitten worden wäre? Trotz der für einige erlebten Enge war die beim Arbeiten entstandene Arbeitshaltung von gegenseitigem Respekt getragen, dieses Gefühl des Ernstgenommen-Werdens, und das Wahrnehmen der Anderen war allen sehr wichtig. Für Andere war es gar nicht so wichtig, Platz zu haben, als einfach arbeiten zu können, sich hineinfallen lassen in die Gestaltung, abschalten und tun, der vorhandene Platz ist Nebensache. Die Verknüpfung mit intensiven Erlebnissen und Gefühlen schafft beim Malen eine Polarisation der Aufmerksamkeit, nichts anders wird wahrgenommen, nur das eigene Tun. Sich selbst als wirksam erleben und etwas zu

erschaffen, ist für viele Suchtkranke eine neue Erfahrung.

In der Reflektion sind sich alle einig, ein tolles Werk geschaffen zu haben, obwohl sie sich nichts ausgemacht hatten.

## Zusammenfassung

Die Erlebniswelt der Kunsttherapie führt in ihrem Gesamtbild und den damit verbundenen unterschiedlichen Methoden und Möglichkeiten zu komplexen Erkenntnissen der Klientinnen.

Bei verantwortungsbewusster, wertschätzender Arbeitsweise und kompetenter, empathischer Haltung der TherapeutIn erhalten die Suchtkranken die Möglichkeit, durch diese Therapieform gewinnbringende, rekuperative Ergebnisse und Erkenntnisse zu erfahren. Die freigesetzte kreative Kraft eröffnet den Patienten, neue Sichtweisen ihre Ressourcen und Stärken (wieder) zu entdecken, um den Herausforderungen des Lebens kreativ zu begegnen und diese erfolgreich zu integrieren.

Die Suchtkranken können ein Stück weit ihre Autonomie und Selbstwirksamkeit durch diese oft nonverbale Therapieform mit den vielfältigen Erfahrungsprozessen diverser Medien zurückgewinnen. Es gilt die Lebenskompetenzen der Patientin durch ihr Tun und Handeln zu stärken.

Die Kunsttherapie ist Teil eines Behandlungsspektrums, deren interdisziplinärer Zugang ein multiprofessionelles Team mit traditionellen Behandlungsmethoden sowie die medizinisch-psychotherapeutische Ebene gut ergänzen und begleiten kann.

*„Die Kunsttherapie bietet den Möglichkeitsraum an, in welchem alles geschehen kann. Denn in der Kunst darf alles sein, es gibt keinen falschen Ausdrucksversuch“* (Spreti, Martius, Förstel, 2005: 40).

## Literatur

- Antonovsky, A., Franke, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Dennstedt, J. (2013): *Kunsttherapie im Umfeld von Sucht und Abhängigkeit, als Perspektive und Wegbegleiter bei Veränderungsprozessen von und mit Suchtkranken*. Baden.
- Dörner, K., Plog, U., Teller, C., Wendt, F. (2002): *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie* (5. Auflage 2010). Bonn: Psychiatrie-Verlag.



**Jutta Dennstedt**

Dipl.-Kunsttherapeutin und Suchtberaterin am Anton-Proksch-Institut, Wien, Bereich: Aktivierung, Kreativität und Lebensgestaltung.  
jutta.dennstedt@api.or.at  
www.kunst-belebt.at



**Mag. Angela Olbrich**

Freischaffende Künstlerin, diplomierte ganzheitliche Kunsttherapeutin, Kunsttherapeutin am Anton-Proksch-Institut, Wien, Bereich: Aktivierung, Kreativität und Lebensgestaltung  
Lehrtherapeutin an der Akademie für ganzheitliche Kunsttherapie, Wien.  
Studierte Kommunikationswissenschaften und Kunstgeschichte  
angela.olbrich@api.or.at  
www.kunstpflege.at



**Franz Steinert**

Mal- und Gestaltungstherapeut am Anton-Proksch-Institut, Wien  
Kreativtrainer  
Leitung Kreativkurse  
steinert@api.or.at

- Buber, M. (1995): *Ich und Du*. Stuttgart: Reclam.
- Knill, P., Eberhart, H. (2009): *Lösungskunst, Lehrbuch der kunst- und ressourcenorientierten Arbeit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Menzen, K. H. (2001): *Grundlagen der Kunsttherapie*. Stuttgart: UTB für Wissenschaft, Reinhardt-Verlag.
- Fritz-Ipsmiller, H. (2007): *Vom Menschenbild der ganzheitlichen Kunsttherapie*. Vortrag in der Akademie für Kunsttherapie, Wien, 15.12.2007.
- Fritz-Ipsmiller, H. (2010): *Skriptum „Einführung in die expressive Kunsttherapie“*. Akademie für Kunsttherapie, Wien, 20.10.2010.
- Morgenstern, C. (2004): *Gedichte*. Frankfurt a. M., Leipzig: Insel.
- Musalek, M. (Hrsg.) (2009): *Spectrum Psychiatrie*. Wien 4/2009: MedMedia-Verlag.
- Olbrich, A. (2012): *Über den Sinn im Irrsinn – Ganzheitliche Kunsttherapie trifft Psychiatrie*. Wien.
- O'Donohue, J. (2000): *Anam Cara. Das Buch der keltischen Weisheit*. München: dtv.
- Poltrum, M. (Hrsg.), Musalek, M. (2011): *Ars Medica. Zu einer neuen Ästhetik in der Medizin*. Berlin: Parodos-Verlag.
- Spreti, F. von, Martius, Ph., Förstl, H. (Hrsg.) (2005): *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Weischedel, W. (1992): *Die Philosophische Hintertreppe*. München: dtv.
- Wagner, M. (2000): *Stoppt das Kulturgeschwätz! Eine zeitgemäße Differenzierung von Kunst und/oder Kultur*. Wien, Köln, Weimar: Böhlau-Verlag.
- Wagner, M. (2009): Vortrag an ISSA, „Hat Kunst heilende Funktion?“ Wien, 24.01.2009.

## NACHRICHT

# Drogen-Selbsthilfe: Neue Freunde, neue Ehrlichkeit und vielleicht eine neue Wohnung

Die Mitglieder der Drogen-Selbsthilfe sind mit der Teilnahme an ihrer Gruppenarbeit sehr zufrieden. Gruppen, die einen kontrollierten Drogenkonsum akzeptieren, erfreuen sich der höchsten Akzeptanz. Der soziale Rückhalt in der Gruppe Gleichgesinnter steht für die meisten TeilnehmerInnen im Vordergrund. Zu diesen Ergebnissen kam Dr. Frederic Fredersdorf in seiner Studie „Verantwortung leben – Ambulante Drogenselbsthilfe in Deutschland“.

Die Teilnehmenden nennen als wichtigste gruppenspezifische Vorzüge: In der Selbsthilfe-Gruppe

- lernt man, ehrlich mit sich selbst zu sein.
- lernt man, sich gegenseitig zu achten.
- lernt man, seine Gefühle offen zu äußern.
- lernt man, sich Ziele zu setzen.
- wird man motiviert, abstinenz zu leben bzw. kontrolliert zu konsumieren.

- vermindert man sein Rückfallrisiko.
- werden Angehörige mit einbezogen.

Dabei unterscheiden sich akzeptanz- und abstinenzorientierte Gruppen deutlich voneinander:

- Akzeptanzorientierte Gruppen bestätigen ihre Mitglieder stärker (in ihrem kontrollierten Konsumverhalten), integrieren bereitwilliger die Angehörigen und bieten wesentlich häufiger soziale Dienstleistungen an; Letzteren verdanken

Betroffene häufig eine erträglichere finanzielle und strafrechtliche Situation, oft auch eine angenehme Wohnung.

- Abstinenzorientierte Gruppen akzentuieren stärker Selbstwahrnehmung und Empathie, integrieren ihre Klientel häufiger psychosozial sowie substanzspezifisch und senken damit das Rückfallrisiko.

Die Mehrheit in allen Drogen-Selbsthilfegruppen sieht generell eine Verbesserung ihrer Lebensumstände durch Selbsthilfe: Nicht nur Psyche und Gesundheit haben gewonnen; es sind auch Freundschaften entstanden, die allen Beteiligten guttun...

Frederic Fredersdorf: Verantwortung leben – Ambulante Drogen-Selbsthilfe in Deutschland. Neuland/Pabst, 424 Seiten, ISBN 3-87581-227-1

# Wider die Schwerkraft – therapeutisches Jonglieren in der Suchtbehandlung

Margret Kuderer, Mario Filzi & Oliver Scheibenbogen

## Einleitung

Jonglieren ist weit mehr als „mit mehr Gegenständen hantieren, als man Hände hat“ (Kiphard, 1991). Diese koordinationsfördernde, handmotorische Bewegungskunst erfreut sich in verschiedensten Bereichen immer größerer Beliebtheit. Wurde früher mit der Jonglage ausschließlich artistische Aktivität im Zirksumfeld verbunden, so findet man die faszinierende Beschäftigung mit Tüchern, Keulen oder Bällen nicht nur im Hobby- und Freizeitbereich, sondern auch unterstützend in diversen therapeutischen Einsatzgebieten wie Motopädagogik, Ergotherapie, Legastheniebehandlung und im rehabilitativen Bereich von der Pädiatrie bis zur Geriatrie. In der Suchtbehandlung wurden nun erstmals in einer empirischen Studie die Auswirkungen von regelmäßigem Jonglieren auf die Befindlichkeit, die Emotionsregulation, das Gefühlserleben und die Selbstmanagementfähigkeiten bei alkoholabhängigen stationären PatientInnen im Anton-Prosch-Institut untersucht.

## Historischer Hintergrund

Die etymologische Herkunft des Begriffs „Jongleur“ ist bisher nicht eindeutig geklärt. Ursprünglich stammt der lateinische Ausdruck „iaculator“ für „Werfer“ von dem Verb „ioculari“ für „scherzen, spielen“. Dieser Begriff entwickelte sich im Deutschen weiter zu „Goukal“ und schließlich zu „Gaukler“, im Französischen wurde daraus der Begriff „jongleur“. Das aus dem lateinischen Wort „Pilarius“ stammende „Bateleur“ hingegen meint einen Ballspieler und wäre demzufolge eigentlich eine präzisere Bezeichnung für jemanden, der mit Bällen hantiert.

Jonglieren ist eine Fertigkeit, die von zahlreichen Völkern wie den Chinesen, Indern oder Azteken zu allen Zeiten und vermutlich auch schon vor den ersten Aufzeichnungen erprobt wurde.



Abbildung 1

Jonglierender Gaukler  
im Mittelalter

Jonglierende Frauen sind auch bereits in Fresken ägyptischer Grabkammern aus dem Jahr 1900 v. Chr. verewigt. Kulturanthropologische Studien belegen eine lange Jongliertradition auf den Pazifikinseln. Das Jonglieren mit Nüssen oder anderen Früchten ist in ganz Polynesien seit alters her weit verbreitet und auch in vielen Volksmythen und Legenden überliefert. Es wird in Form von Jonglierspielen bei Wettbewerben betrieben und ist im Pazifikraum ausschließlich der weiblichen Bevölkerung vorbehalten. Im Mittelalter waren Jongleure eher schlecht angesehen, und sie wurden auch nicht ganz ohne Grund mit Vorsicht und Argwohn behandelt, da sich auch viele Landstreicher, Trickbetrüger und Diebe in der Jonglierkunst übten.

Seit dem Ende des 18. Jahrhunderts gehört Jonglieren als Bewegungskunst und Teil der Artistik traditionell zu den Darbietungen im

Zirkus oder Varieté. Bis vor kurzer Zeit wurde es auch fast ausschließlich in diesem Kontext praktiziert. Heutzutage stehen neben der Freude an der Bewegung vor allem die physischen und psychischen Effekte des Jonglierens und dessen Einsatz in einem breiten therapeutischen Kontext im Vordergrund. Dabei wird in spielerischer Weise der kinästhetische Sinn gefördert mit dem Ziel, das körperliche und geistige Wohlbefinden durch das Spiel mit der Schwerkraft zu steigern.

### Bisher bekannte Effekte der Jonglage

Jonglieren stellt höchste Anforderungen an die bilaterale Koordination des visuellen und motorischen Systems in Bezug auf Wahrnehmung und Reaktion. Aufgrund der Überkreuzbewegungen kommt es zusätzlich zu einem ständigen Informationsaustausch zwischen den beiden Hemisphären. Daher ist Jonglieren sehr gut geeignet, um Konzentrationsfähigkeit, Reaktionsvermögen, räumliches Vorstellungsvermögen, sowie Zeit-, Rhythmus- und Gleichgewichtsgefühl zu trainieren. Durch die gleichmäßige Beanspruchung der Muskeln und des Bewegungsapparats ergeben sich positive motorische Effekte auf Kraft, Beweglichkeit, Ausdauer und Koordination. Jonglieren verbessert außerdem das periphere Sehvermögen und schult Fein- und Grobmotorik und die Geschicklichkeit. Dabei kann Jonglieren in jedem Lebensalter erfolgreich erlernt werden, wie eine Untersuchung zur motorischen Lernfähigkeit und Plastizität in älteren Probanden belegt (Völcker-Rehage & Willimczik, 2006).

An psychischen Auswirkungen bietet Jonglieren nicht zuletzt eine gute Möglichkeit, durch seine beinahe meditative Gleichförmigkeit der rhythmischen Wurf- und Fangbewegungen Stress zu reduzieren und zu entspannen. Außerdem führt die Überzeugung, sich diese außergewöhnliche Bewegungskunst aneignen und beherrschen zu können, in vielen Fällen zu einer Stärkung des Selbstbewusstseins. Bei Partner- und Gruppenjonglagen wird zusätzlich kooperatives Sozialverhalten gefördert und durch mögliche Misserfolgserlebnisse der Umgang mit Frustrationen geübt. Mit dem Erlernen der Jonglage soll gleichzeitig auch die Selbstwirksamkeitserwartung wachsen, um damit physische, geistige und emotionale Schwierigkeiten zu meistern und Ziele fokussiert verfolgen zu können.

Lange Zeit waren diese Effekte des Jonglierens nur aus Beobachtungen und einzelnen Fallstudien bekannt. Die aktuelle Forschung beschäftigt sich erst seit kurzem mit der wis-

senschaftlichen, empirischen Absicherung der Jonglier-Auswirkungen auf das physische, mentale und emotionale Wohlbefinden.

### Aktuelle Forschungsergebnisse

Betrachtet man die durch Jonglieren verursachten neurophysiologischen Phänomene, so zeigen sich neben einer Synchronisierung beider Gehirnhälften auch mikrostrukturelle Veränderungen der weißen Gehirnsubstanz. Kernspintomografische Untersuchungen belegen dabei eine signifikante Zunahme neuronaler Verschaltungen im intraparietalen Sulcus nach sechswöchigem Jongliertraining (Scholz et al., 2009). Zwei Studien der Universität Regensburg ergeben, dass Jonglieren das visuell-räumliche Vorstellungsvermögen – gemessen bei dreidimensionalen, mentalen Rotationsaufgaben – sowohl bei Kindern mit Spina bifida (Lehmann & Jansen, 2012) als auch bei Erwachsenen im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant verbessert (Jansen et al., 2009). Weiters wurde bei Grazer Hauptschülern ein positiver Zusammenhang zwischen den Übungszeiten beim Jonglieren und den mit dem d2-Test gemessenen Werten der Konzentrationsleistung gefunden (Baierl, 2010).

Insgesamt verstärkt Jonglieren die Aktivität in mehreren unterschiedlichen Hirnarealen und verbessert mentale Leistungen, wie neurowissenschaftliche Befunde in „Nature“ gezeigt haben. Neben Veränderungen im visuellen Assoziationskortex, der für die räumliche Wahrnehmung zuständig ist, kann man eine Aktivitätssteigerung im Hippocampus beobachten, einem für das Lernen und das Gedächtnis grundlegenden Gehirnareal. Weiters finden sich neurophysiologische Auswirkungen des Jongliertrainings im Nucleus Accumbens, dem cerebralen Belohnungssystem, das auch in der Ätiologie und Genese von Suchterkrankungen eine wichtige Rolle spielt (Draganski et al., 2004).

Der Einfluss von regelmäßigem Jongliertraining auf die neuronale Plastizität konnte auch weit über die subadulte Phase hinaus nachgewiesen werden. Bei älteren Erwachsenen kam es zu einer vorübergehenden Verdichtung der grauen Hirnmasse in denjenigen Arealen des visuellen Cortex, die das Erfassen von räumlichen Bewegungen kontrollieren. Zum anderen veränderte sich der Bereich im linken Pars posterior sulci intraparietalis, der das Ergreifen von Gegenständen steuert (Boyke et al., 2008).

Ein wichtiges Ergebnis zur Wirkung des Jonglierens im psychischen Bereich liefert das Team um Nakahara et al. (2007). Die Forscher

untersuchten 17 ambulante Patientinnen mit einer nach DMS-IV diagnostizierten Angststörung. Die Versuchsgruppe (n = 8) absolvierte ein dreimonatiges Programm zum therapeutischen Jonglieren und die Effekte wurden mittels Fragebogen zur Angstaussprägung (STAI: State and Trait Anxiety Inventory), zur Stimmungslage (POMS: Profile of Mood Status) und zur Erhebung der Alltagsaktivitäten (FAI: Frenchay Activity Index) evaluiert. Die Ergebnisse des pre-post-Vergleichs zeigen eine signifikante Reduktion in den Skalen „Zustands“- und „Eigenschaftsangst“ (STAI) als auch in der Subskala Tension-Anxiety (POMS) sowie signifikant verbesserte Werte im Bereich „Vitalität“ und „Lebenskraft“ (POMS, FAI) im Vergleich zur Kontrollgruppe. Dieses Resultat legt nahe, dass durch regelmäßiges Jonglieren in der Behandlung von psychisch Erkrankten durchaus therapeutische Effekte erzielt werden können.

### Jonglieren im therapeutischen Kontext

Jonglieren im ursprünglichen Sinn besitzt keinen Wettkampfcharakter, sondern ist vielmehr auf Balance und die Freude an körperlicher Bewegung angelegt. Die ersten Hinweise auf eine therapeutische Einsatzmöglichkeit finden sich bereits im 5. Jahrhundert, als Aurelianus das Ballspiel für Kinder mit Epilepsie empfiehlt (Mendner, 1956).

Nach Kiphard (1992) ist der therapeutische Einsatz der Jonglierkunst bei unterschiedlichsten Indikationen wie bei schulischen Lernstörungen und Legasthenie, bei Hirnschäden (z. B. nach Schlaganfällen), bei geistigen und körperlichen Behinderungen, zur Traumabehandlung, bei Suchterkrankungen sowie bei degenerativen Erkrankungen des Alters etc. gerechtfertigt.

In der ergotherapeutischen Jonglier-Therapie wird durch Jongliertraining eine Verlagerung der Lateralität von einer geschädigten, dominanten Hand auf die intakte Seite durch spezielle Wurfmuster angestrebt. Neben der rehabilitativen Therapie bei körperlichen Handicaps wird Jonglieren auch in der Motopädagogik therapeutisch eingesetzt und findet als heilpädagogische Maßnahme z.B. bei Legasthnikern seit längerer Zeit schon erfolgreich Anwendung (Lynn, 1987).

Bezüglich der Anwendung von Jonglierübungen als unterstützende Behandlungsform bei psychischen Störungsbildern liegen nur wenige Befunde vor. Die in der Praxis beobachteten positiven Auswirkungen auf die Entspannungsfähigkeit, die Impulskontrolle, die bewusste Aufmerksamkeitslenkung und

Fokussierung auf innere Prozesse legt eine Übereinstimmung zu achtsamkeitsbasierten Übungen, zur Meditation oder zu kontemplativen Ansätzen nahe. Im Vergleich bezüglich der möglichen Wirkmechanismen finden sich immer wieder ähnliche neuronale Korrelate für diese Techniken. Hölzel et al. (2011) untersuchten mittels bildgebender Verfahren wie fMRI (functional Magnetic Resonance Imaging) die neurowissenschaftlichen Prozesse, die mit achtsamkeitsbasierten Übungen zur Aufmerksamkeitsfokussierung einhergehen. Es zeigten sich Anzeichen für eine Zunahme von grauer Gehirnmasse im Hippocampus, aber auch in Strukturen, die mit Selbstwahrnehmung und Mitgefühl assoziiert werden. Gleichzeitig nahm die graue Hirnmasse rund um die Amygdala ab, die mit Stress und Ängsten in Verbindung gebracht wird. Dem Konzept der Achtsamkeit wird bereits seit einiger Zeit ein fundamentales Wirkungsspektrum in vielen Therapieformen zugeschrieben. Nach Heidenreich et al. (2006) bestätigt die Tatsache, dass in den letzten Jahren zunehmend mehr empirische Arbeiten zu diesem Thema veröffentlicht wurden, den erfolgreichen Einsatz von achtsamkeitsbasierten Interventionen zur Behandlung verschiedener Störungsbilder. Wie nachfolgend gezeigt, kommt diesen Ansätzen auch in der Suchtbehandlung immer mehr Bedeutung zu.

### Erklärungsmodelle zur Wirkung des therapeutischen Jonglierens

#### • Das Konzept der Achtsamkeit in der Suchtbehandlung

Das Konzept der Achtsamkeit stammt ursprünglich aus der buddhistischen Psychologie und wurde als Weg zur Befreiung von Leiden beschrieben. Der Molekularbiologe und Gründer der Stress Reduction Clinic, Jon Kabat-Zinn, definiert Achtsamkeit als „*The awareness that emerges through paying attention on purpose, in the present moment, and nonjudgmentally at the unfolding of experience moment by moment*“. Achtsamkeit ist demzufolge ein Prozess, bei dem die Aufmerksamkeit absichtsvoll, nichtwertend auf den Gegenwartsmoment gerichtet ist. Für die therapeutische Umsetzung dieses Konzepts entwickelte Kabat-Zinn das „Mindfulness Based Stress Reduction“-Programm (MBSR), das als Grundlage für viele weitere achtsamkeitsbasierte Therapien dient (Kabat-Zinn, 2003).

Die bewusste Aufmerksamkeitslenkung auf die Gegenwart ermöglicht Entlastung von intentionaler Anspannung, Angst und Kreis-

läufen negativer Denk- und Bewertungsmuster und ermöglicht somit den Ausstieg aus malignen Automatismen. Dieses Konzept war schon Sigmund Freud als Prinzip der „Gleichschwebenden Aufmerksamkeit“ bekannt und auch in der Gestalttherapie bildet Gewährsein oder „Awareness“ ein grundlegendes Element therapeutischer Praxis. Achtsamkeitsbasierte Therapiekonzepte werden zurzeit in der Behandlung von Depressionen, Essstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung und auch in der Rückfallprävention bei Suchterkrankungen eingesetzt.

Mit dem von Marlatt und seinem Team entwickelten Trainingsprogramm „Mindfulness-based relapse prevention“ (MBRP) wurden erstmals konkrete Achtsamkeitsübungen in der Suchtbehandlung eingeführt (Hsu et al., 2008). Dieses Programm zielt primär darauf ab, Achtsamkeit und Akzeptanz gegenüber Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen zu entwickeln. Eine kontinuierliche Achtsamkeitspraxis soll die Patienten in die Lage versetzen, auf interne und externe Reize weniger automatisiert zu reagieren und diese Haltung als Bewältigungsstrategie auch in Hochrisikosituationen zur Rückfallprävention bei Suchtkranken einsetzen zu können. Auf die Bedeutung von Achtsamkeit im Zusammenhang mit Suchterkrankungen verweist auch Beiglböck (2013), der „Achtlosigkeit“ gegenüber eigenen Bedürfnissen als grundlegenden Faktor bei der Entstehung von Sucht identifiziert.

Eine empirische Studie zur Evaluierung der Auswirkungen eines achtsamkeitsbasierten Gruppenprogramms (MBRP) wurde von Beiglböck et al. (2013) an einer Stichprobe von 30 ambulanten und stationären suchtkranken PatientInnen im Anton-Proksch-Institut durchgeführt. Nach Teilnahme an dem 8-wöchigen Programm konnten statistisch signifikante Veränderungen bei den stationären TeilnehmerInnen gefunden werden. Es kam zu einer Verringerung des Cravings, zur Erhöhung der internalen Attribution und der subjektiv wahrgenommenen Ressourcenverfügbarkeit sowie im Vergleich zur Kontrollgruppe zu einer mäßigen bis mittleren Erhöhung ( $d = 0,39$ ) der Achtsamkeit.

### • Meditation

Jonglieren kann als eine Form der „Bewegungsmeditation“ beschrieben werden – beherrscht man ein bestimmtes Wurfmuster, lässt sich der Zustand mit dem der Meditation vergleichen, bei dem das bewusste Denken ausgeblendet wird und die Aufmerksamkeit auf den Rhyth-

mus der Bälle und die Wurfbewegungen fokussiert wird. Der Entspannungsprozess bei der Jonglage wird dabei durch bewusstes Atmen unterstützt und ermöglicht es, den Körper zu beobachten und zu zentrieren. Diese Fähigkeit des Jongleurs zur Dichotomie von Fokussierung und Überblick über die Gesamtheit der Bälle, Tücher, Keulen, etc. bildet die Grundlage für das erfolgreiche Jonglieren, ein rein kognitiv, analytischer, meist negativ kritischer und bewertender Zugang zur Jonglierkunst ist generell kontraproduktiv.

### • Körperwahrnehmung

Jonglierübungen haben auch etwas mit Balance und neuen Körpererfahrungen zu tun. Während des Jongliertrainings ist die Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper gerichtet und man versucht, die Kontrolle über ihn zu gewinnen. Durch Überkreuzwürfe werden beide Gehirnhemisphären stimuliert und auf eine psychophysische Beidseitigkeit abgezielt, die wiederum in einer verbesserten Körperwahrnehmung resultiert. Dem ganzheitlichen Bewegungsverständnis der Psychomotorik zufolge ist dieses Körperbewusstsein grundlegend für den Aufbau eines positiven Selbstwertes und Selbstbewusstseins. Über das Körpererleben entwickelt sich beim Jonglieren ein Körperbewusstsein, das den Selbstwert und in Folge die Selbstsicherheit positiv beeinflusst.

### • EMDR

Eine weitere Hypothese zu den Wirkmechanismen des therapeutischen Jonglierens stützt sich auf die Ähnlichkeit der okulomotorischen Bewegungen, die sowohl beim Verfolgen der Bälle als auch bei den Übungen in der EMDR-Methode (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) auftreten. EMDR ist eine anerkannte Psychotherapiemethode zur Behandlung akuter und chronischer Traumata und wurde von Shapiro in den 1980er Jahren des vorigen Jahrhunderts entwickelt. Charakteristisch für EMDR-Behandlungen ist die bilaterale Stimulation z.B. durch induzierte Augenbewegungen oder abwechselndes Tippen auf die Hände (Tapping) zur Anregung beider Gehirnhälften, um so den Informationsverarbeitungsprozess der traumatischen Erinnerung in Gang zu bringen. Dadurch kommt es durch spontane assoziative Verbindungen oder Entkoppelung der Traumainhalte zu einer affektiven Entlastung für die Klienten. Auch wenn der neurobiologische Wirkmechanismus nicht genau bekannt

ist, legen Befunde aus experimentellen Studien zu isolierten Behandlungselementen des EMDR nahe, dass die Anwendung von Augenbewegungen – unabhängig vom Kontext der EMDR-Behandlung – mit einer Entspannungsreaktion einhergeht (Barrowcliff et al., 2001; Wilson et al., 1996).

#### • Flow-Erleben

Der Begriff „Flow“ nach Mihály Csíkszentmihályi bezeichnet das Gefühl der völligen Vertiefung und des Aufgehens in einer Tätigkeit. Csíkszentmihályi fordert in seiner Flow-Theorie das Verschmelzen von Handlung und Bewusstsein, die Aufmerksamkeitszentrierung auf einen beschränkten Umweltausschnitt und den momentanen Augenblick, die Selbstvergessenheit mit gleichzeitig erhöhtem Bewusstsein der inneren Vorgänge sowie das Ausüben von Kontrolle über Handlung und Umwelt. Der Zustand beim Flow-Erleben entspricht der kardialen Kohärenz, einer optimalen Synchronisation von Herzschlag, Atmung und Blutdruck, wie er auch in einem tiefen Entspannungszustand oder beim Biofeedbacktraining auftritt. Nach Csíkszentmihályi (2010) ist es besonders wichtig, dass die ausgeübte Tätigkeit spielerisch ist – nicht etwa im Sinne von „trivial oder nicht ernst zu nehmen“, sondern in dem Sinne, dass „der Mensch, der sie vollzieht, kreativ und gestalterisch wirkt, [...] darin aufgeht und darin seinen freien Ausdruck findet“. Er betont weiters, dass Flow einerseits ein Streben nach Kontrolle und andererseits ein Bewusstsein verlangt, dass die Situation in ihrer Gesamtheit unvorhersehbar und unberechenbar ist. Sämtliche Merkmale, die Csíkszentmihályi im Zusammenhang mit dem Flow-Erleben beschreibt, lassen sich auch bei der intensiven Beschäftigung mit Jonglierübungen beobachten.

#### • Kontemplativer Ansatz

Ein bekannter amerikanischer Jongleur, Dave Finnigan, beschreibt als Ziel des Jonglierens die Aufrechterhaltung eines Musters, wobei er den Schlüssel zum Erfolg im Loslassen erkennt. Statt mit den Augen den Bällen zu folgen, fixieren gute Jongleure den höchsten Punkt der Flugbahn und lernen, die Bälle mit dieser Information „blind“ zu führen (Finnigan, 2008). Dabei konzentriert der Jongleur seine gesamte Aufmerksamkeit auf ein mehr oder weniger einfaches, dafür aber vollkommen periodisches und meist sehr symmetrisches Muster, das er völlig kontrollieren kann. Gleichzeitig nimmt

er sich eine Zeit lang gedanklich völlig aus dem Alltag heraus, um innerlich zur Ruhe zu erlangen, und kommt so in einen Zustand der Kontemplation. Im Gegensatz zur Meditation, wo versucht wird, den Geist zu leeren, wird hier ein innerer Fokus auf positive Affirmationen oder auf die emotionale Befreiung von den Sorgen und Zwängen des Alltags gerichtet.

#### Jonglierprojekt im Anton-Proksch-Institut

Im Rahmen des Orpheusprogramms werden am Anton-Proksch-Institut vor allem ressourcenorientierte Behandlungsformen zur Therapie von Abhängigkeit eingesetzt. Demzufolge wird eine Erforschung optionaler Therapiemaßnahmen, die zu einer Erweiterung des salutogenetisch basierten therapeutischen Angebotspektrums beitragen, gefördert und unterstützt.

Da stille Meditationsübungen nicht von alle PatientInnen angenommen werden, wird dieser therapeutischen Methode auch teilweise aversiv begegnet. Daher stellen aktive Interventionen und Übungen wie z.B. Naturerfahrungen in der Gartentherapie oder das Trainieren von Fertigkeiten wie Jonglieren eine alternative Möglichkeit dar, um in der Suchtbehandlung eine Zentrierung der Aufmerksamkeit auf innerpsychische Vorgänge zu bewirken. Die Psychologin und Begründerin der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT), Marsha Lineham, formulierte ihre Aufforderung zur Bewusstheit und Fokussierung auf innere Balance folgendermaßen: „Nehmen Sie aktiv teil an Ihrem Leben und lassen Sie sich darauf ein. Wie ein Tänzer, Jongleur oder Seiltänzer, konzentrieren Sie sich auf das gegenwärtige Tun“ (Lineham, 2009).

Um mögliche Effekte des therapeutischen Jonglierens bei SuchtpatientInnen zu evaluieren, wurde 2011 im Anton-Proksch-Institut ein Jonglierprojekt mit wissenschaftlicher Begleitforschung durchgeführt. Den PatientInnen wurde im Rahmen ihrer stationären Suchttherapie angeboten, in einem vierwöchigen Setting in acht Übungseinheiten Jonglieren unter professioneller Anleitung zu erlernen bzw. zu üben. Dabei wurde in der didaktischen Umsetzung ein feinstufiger Aufbau hinsichtlich der Komplexität der Aufgaben gewählt, um eine Überforderung der PatientInnen möglichst zu vermeiden.

#### Studiendesign

Als explorative Untersuchung wurde ein Pre-Post-Design zur Erforschung therapierelevanter

ter Faktoren im Zusammenhang mit dem Jongliertraining konzipiert. Das Setting umfasste für die Versuchsgruppe acht Jongliereinheiten zu jeweils 90 Minuten, die zusätzlich zum Basistherapieprogramm absolviert wurden. Die Kontrollgruppe nahm im selben Zeitraum an anderen, jeweils individuell angepassten Therapiemaßnahmen teil. Um personenbezogene Störvariablen und selektive Effekte weitgehend auszuschließen, wurden die TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe nach Geschlecht, Alter und Hauptdiagnose entsprechend den ProbandInnen der Experimentalgruppe parallelisiert. Die Untersuchungsvariablen wurden theoriegeleitet auf Grund der vorliegenden Befunde bestimmt und entsprechende Erhebungsinstrumente ausgewählt.

### Messinstrumente

Zur Erfassung der Effekte des therapeutischen Jonglierens auf verschiedene suchtrelevante Persönlichkeitsaspekte wurden standardisierte und normierte Testverfahren eingesetzt. Die Fragebögen wurden den Probanden zu Beginn des Trainings und nach der letzten Jongliereinheit vorgegeben. In der Kontrollgruppe wurden zwei Erhebungen im gleichen zeitlichen Abstand durchgeführt.

**BfS:** Mit Hilfe der Befindlichkeitsskala (Bf-S) nach Zerssen (1976) wurde die aktuelle Stimmungslage anhand einer Liste von 28 Wortpaaren (z.B.: aufgeschlossen – gehemmt; guter Dinge – trübsinnig usw.) durch Selbsteinschätzung auf einer 5-stufigen Skala erhoben. Um die Stimmungsänderungen der Probanden im Verlauf zu erfassen, wurde der Fragebogen zu Beginn und nach Abschluss des Jongliertrainings vorgegeben.

**STAXI:** Das State-Trait-Ärgerausdrucksinventar (STAXI) ist ein Verfahren zur Messung der Intensität von situationsbezogenem „Zustandsärger“ (State-Anger) und dem dispositionellen „Eigenschaftsärger“ (Trait-Anger), der die individuelle Tendenz erfasst, in einer provozierenden Situation mit Ärger zu reagieren. Weiters wird der Ärgerausdruck gegen andere Personen oder Objekte mit der Variable „Anger-Out“ bzw. die nach innen gerichtete Unterdrückung des Ärgers mit der Skala „Anger-In“ beschrieben. Die „Anger-Control“-Skala ist durch das Bestreben, den Ärgerausdruck zu kontrollieren, definiert.

**TAS:** Die Toronto-Alexithymie-Skala (TAS) erfasst mit 26 Items Alexithymie, d.h. die Unfähigkeit, emotionale Bedürfnisse wahrzunehmen und auszudrücken. Die drei Skalen „Schwierigkeiten bei der Identifikation von

Gefühlen“, „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ und der „extern orientierte Denkstil“ können zu einer Alexithymie-Gesamtskala zusammengefasst werden.

**FERUS:** Der FERUS (Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten) erhebt in sieben Skalen (Veränderungsmotivation, Selbstbeobachtung, aktives und passives Coping, Selbstwirksamkeit, Selbstverbalisation, Hoffnung, Soziale Unterstützung) das Ausmaß der persönlichen Ressourcen, wobei fünf Skalen zu einem Gesamtwert aufsummiert werden können, welcher die Selbstmanagementfähigkeiten der Probanden repräsentiert.

### Stichprobe

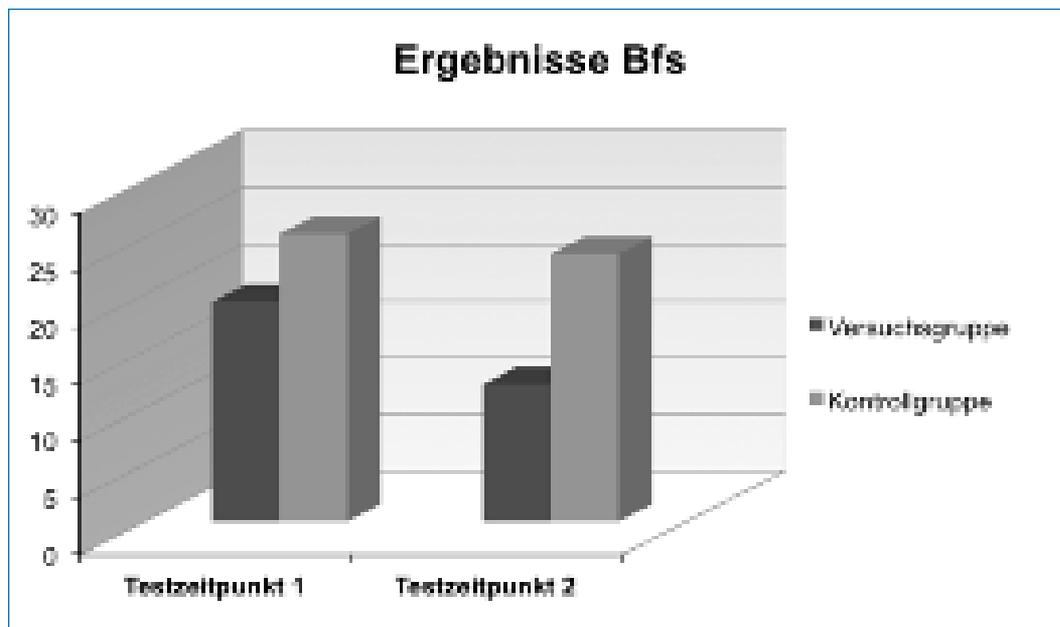
Insgesamt nahmen 28 Patientinnen und Patienten freiwillig an der Studie teil und füllten die die Fragebögen zu beiden Testzeitpunkten vollständig aus. Die ProbandInnen der Versuchsgruppe nahmen an mindestens fünf der acht angebotenen Jongliereinheiten teil, im Schnitt wurde rund sieben Mal (6,85) unter Anleitung trainiert. Die Trainingszeit außerhalb der Gruppentermine wurde dabei nicht explizit erfasst. Sowohl die Versuchs- als auch die Kontrollgruppe bestand aus neun weiblichen und fünf männlichen Teilnehmern. Als Folge der Parallelisierung der beiden Gruppen stimmt das durchschnittliche Alter der ProbandInnen mit 44 Jahren exakt überein ebenso wie der Altersrange der teilnehmenden PatientInnen, der von 22 bis 62 Jahren reicht.

### Ergebnisse

Die Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS, Version 16.0, wobei zur inferenzstatistischen Veränderungsmessung vorwiegend der Wilcoxon-Test zum Einsatz kam, der als parameterfreies Verfahren einen Vergleich von zwei verbundenen Stichproben zu unterschiedlichen Messzeitpunkten erlaubt.

#### • Befindlichkeit

Zur Erfassung des momentanen subjektiven Befindlichkeitszustands der TeilnehmerInnen wurden beide Parallelformen der Befindlichkeitsskala vorgegeben und ein gemittelter Summenscore berechnet, wobei niedrige Werte mit einer besseren Selbstbeurteilung der Stimmungslage einhergehen. Die PatientInnen, die am Jongliertraining teilnahmen, schätzten die

**Abbildung 2**

Mittelwerte der aktuellen Befindlichkeit: Vergleich der Pre-post-Messungen in der Versuchsgruppe vs. Kontrollgruppe (Bfs)

Verbesserung ihrer Befindlichkeit signifikant stärker ein ( $p = 0,043$ ) als die Probandinnen in der Kontrollgruppe im gleichen Zeitraum.

Zur besseren Beurteilung der praktischen Relevanz, welche diesen Ergebnissen zugesprochen werden kann, ist es aufgrund der gleichen Gruppengrößen und -varianzen möglich, eine Effektstärke der Veränderungen nach Cohen zu berechnen. Während sich Befindlichkeit in der Kontrollgruppe mit einem Wert von rund 0,1 ( $d = 0,1037$ ) nur geringfügig verbesserte, konnten die ProbandInnen nach vierwöchigem, regelmäßigen Jonglieren eine Stimmungsanstieg mit einer mittleren bis starken Effektstärke von circa 0,6 ( $d = 0,5979$ ) verzeichnen. Unter Berücksichtigung des Effektes der Kontrollgruppe kann somit für die Versuchsbedingung eine korrigierte Effektstärke mittlerer Stärke ( $d \sim 0,5$ ) bezüglich des therapeutischen Jonglierens angenommen werden.

Betrachtet man die Ergebnisse nach dem Geschlecht der TeilnehmerInnen, so kann festgestellt werden, dass Frauen trotz eines besseren Ausgangswerts zusätzlich einen erheblich größeren positiven Effekt des Jonglierens auf ihre Stimmungslage verzeichnen können als Männer. Dieses Ergebnis ist jedoch aufgrund der geringen Stichprobengröße – nur fünf Männer nahmen an den Jonglierübungen teil – nur von eingeschränkter Gültigkeit.

#### • Ärgerregulation

Die Ergebnisse zur Veränderung der Ärgerregulation zeigen, dass suchtkranke PatientInnen, die regelmäßig am Jonglierprojekt teilge-

nommen haben, einen Rückgang der Werte in allen Ärgerdimensionen aufweisen. Vor allem in den Skalen, welche die Ausprägung von „Zustandsärger“ (State Anger) und „Eigenschaftsärger“ (Trait Anger) messen, ergibt sich nach vierwöchiger, intensiver Beschäftigung mit Tüchern und Bällen ein tendenziell (State:  $p = 0,054$ ; Trait:  $p = 0,063$ ) höherer Rückgang in der Intensität des erlebten Ärgers als bei den StudienteilnehmerInnen in der Kontrollgruppe. Im Gegensatz dazu kann bei den SuchtpatientInnen, welche alternative Therapien in Anspruch nahmen, teilweise eine Zunahme der Ärgerintensität z.B. in den Skalen dispositioneller „Eigenschaftsärger“ und „Ärgerkontrolle“ beobachtet werden.

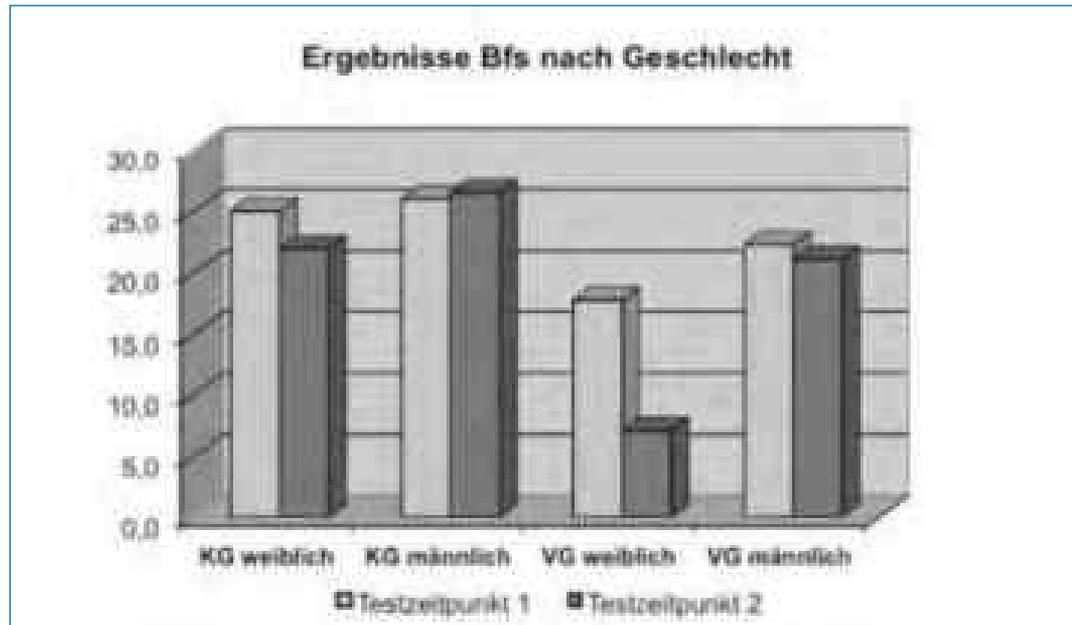
In der Subskala zur „Ärgerunterdrückung“ (Ärger-In), welche einen Zustand beschreibt, in dem Ärger oft erlebt, aber nicht nach außen gezeigt oder abregiert wird, zeigt sich hingegen ein deutlicher und signifikanter Rückgang ( $p = 0,005$ ) bei den PatientInnen der Versuchsgruppe. Jongliertraining dürfte sich demnach äußerst positiv auf entlastende Mechanismen zur Ärgerregulation auswirken.

#### • Alexithymie

Das Auftreten von Alexithymie oder „Gefühlsblindheit“ wird häufig im Zusammenhang mit Suchterkrankungen wie Alkoholabhängigkeit oder Drogensucht beobachtet. Damit wird ein kognitiv-emotionales Muster beschrieben, welches durch ein fehlendes emotionales Denken mit reduzierter Phantasie charakterisiert ist. Dies macht es den Betroffenen unmöglich, eige-

**Abbildung 3**

Mittelwerte der aktuellen  
Befindlichkeit:  
Vergleich der Pre-post-  
Messungen nach  
Geschlecht (Bfs)

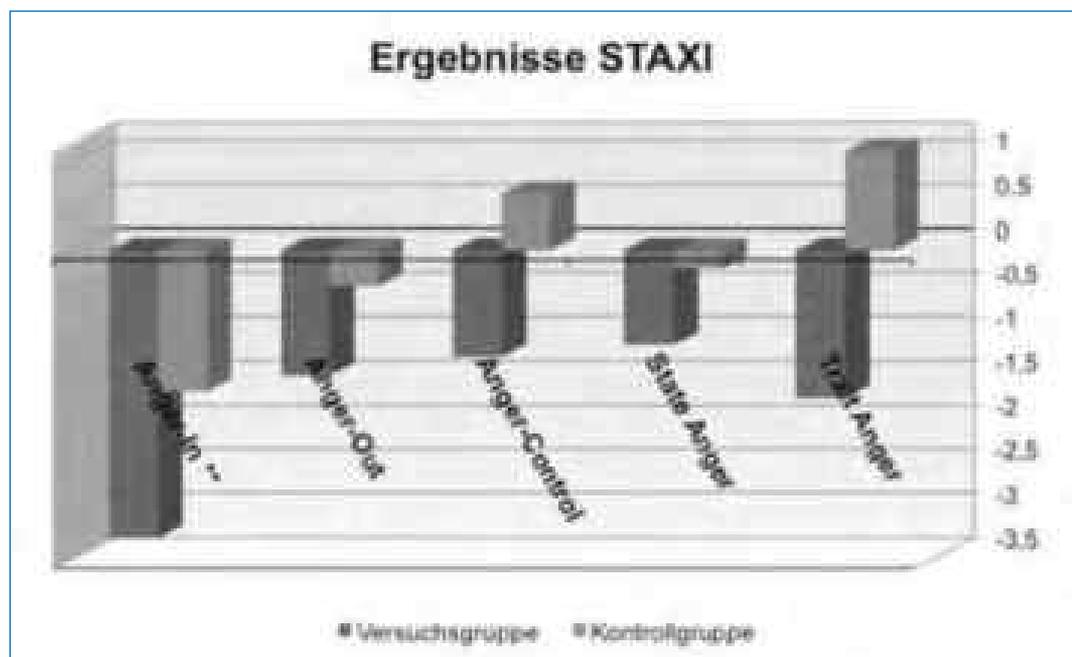


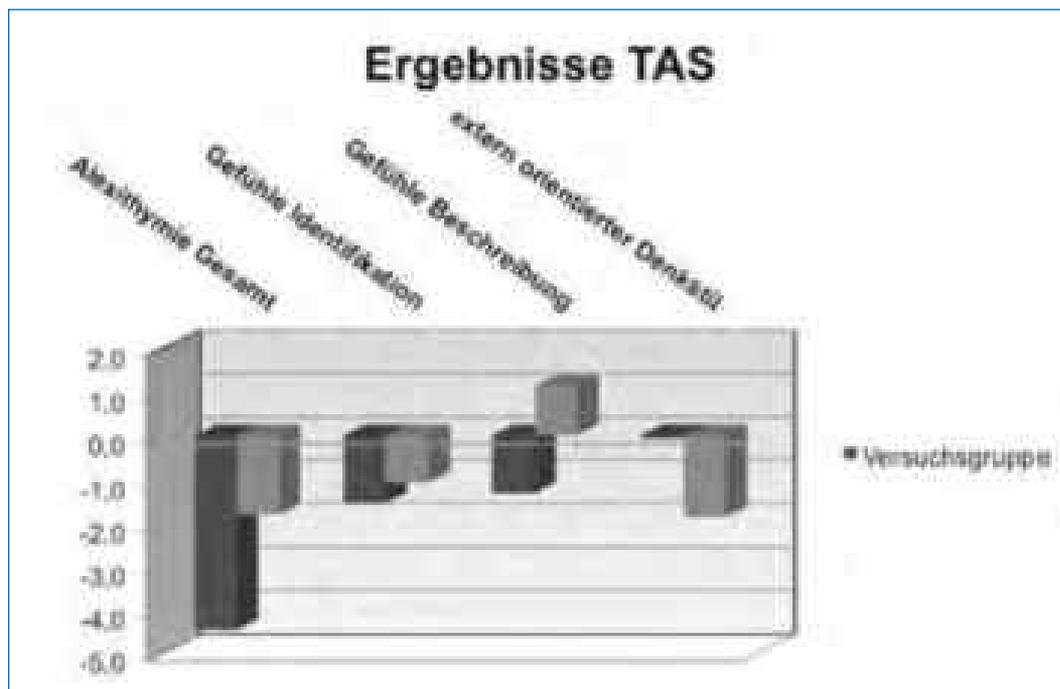
ne Gefühle adäquat wahrzunehmen und angemessenen zum Ausdruck bringen zu können. Die Messung dieses Persönlichkeitskonstrukts mittels Toronto-Alexithymie-Skala (TAS) ergab bei der Versuchsgruppe einen Rückgang der Werte in allen Skalen, was als Verbesserung in der Wahrnehmung und dem Ausdruck von Gefühlen interpretiert werden kann. Diese positive Entwicklung hinsichtlich alexithymer Defizite, die ProbandInnen nach vierwöchigem Jongliertraining zeigen, ist jedoch nicht signifikant. Eine Tendenz ( $p = 0,72$ ) zeigt sich lediglich in Bezug auf die Verbesserung in der Skala „Beschreibung von Gefühlen“, die den

Gefühlsausdruck, d.h. den kommunikativen Aspekt von Emotionen betrifft. In der Kontrollgruppe zeigte sich im selben Zeitraum in dieser Skala ein Nachlassen der Fähigkeit, Emotionen zu verbalisieren. In drei der vier Skalen kam es jedoch bei den PatientInnen, die nicht am therapeutischen Jonglieren teilnahmen, ebenfalls zu positiven Effekten, die jedoch teilweise weniger stark ausgeprägt auftraten. Nur in der Skala „extern orientierter Denkstil“, die analytisches Denken und die Reflexion von Lösungswegen erfasst, zeigt sich eine signifikante Verbesserung ( $p = 0,040$ ) in der Kontrollgruppe im Messintervall.

**Abbildung 4**

Mittelwerte der einzelnen  
Ärgerdimensionen: Ver-  
gleich der Pre-post-  
Messungen in der  
Versuchsgruppe vs.  
Kontrollgruppe (STAXI)





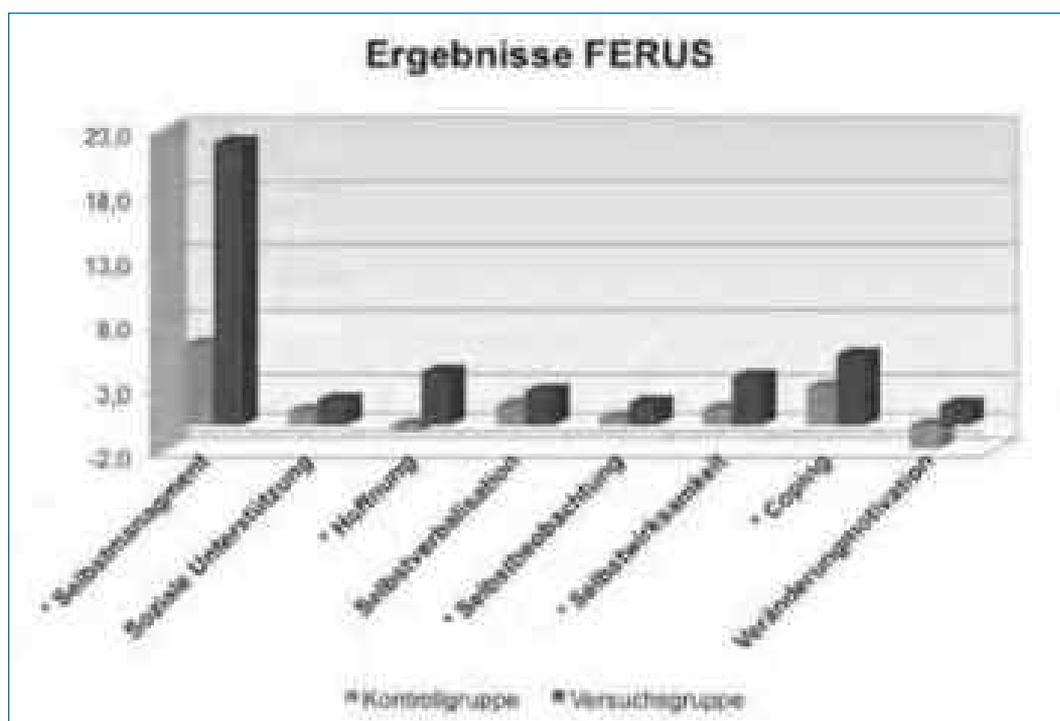
**Abbildung 5**

Mittelwerte der Alexithymie-Skalen: Vergleich der Pre-post-Messungen in der Versuchsgruppe vs. Kontrollgruppe (TAS)

• **Ressourcen und Selbstmanagement**

Eine deutlich positive Auswirkung dürfte das Jonglieren auf die Dimensionen der individuellen Ressourcen und Fähigkeit zum Selbstmanagement haben. Signifikante Effekte zeigen sich für die ProbandInnen der Versuchsgruppe in vier der sieben Skalen sowie bezüglich der Gesamtressourcen. In der Skala „Hoffnung“, welche inhaltlich eine

Einschätzung der persönlichen Zukunft bezüglich Kontrollierbarkeit umfasst, zeigt sich eine im Vergleich zur Kontrollgruppe überdurchschnittlich positive Entwicklung ( $p = 0,018$ ). Weiters lässt sich ein signifikanter Effekt durch die Beschäftigung mit der aufmerksamkeitsfokussierenden Jonglierkunst auf die Ausprägung der „Selbstbeobachtungsfähigkeit“ ( $p = 0,33$ ) erkennen. Ebenso steigt das Erleben von „Selbstwirksamkeit“, das verbunden



**Abbildung 6**

Mittelwerte der Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten: Vergleich der Pre-post-Messungen in der Versuchsgruppe vs. Kontrollgruppe (FERUS)

ist mit der Antizipation von Erfolgen und dem Durchhaltevermögen, mit einer Teilnahme am therapeutischen Jonglierensignifikant stärker (p = 0,012) als bei den nicht jonglierenden ProbandInnen. Die Entwicklung und Anwendung aktiver Bewältigungsstrategien sowie die Bewahrung innerer Ruhe und Akzeptanz bei unveränderbaren situativen Bedingungen, das sogenannte „Coping“, verbessert sich bei den PatientInnen der Versuchsgruppe im Messintervall überdurchschnittlich stärker (p = 0,023) als in der Kontrollgruppe. Ein besonders starker Effekt des Jonglierens lässt sich auch für die Fähigkeit zum „Selbstmanagement“ (p = 0,013), welche die Gesamtheit der Ressourcen umfasst, erkennen. Die geringe und teilweise negative Entwicklung der Veränderungsmotivation lässt sich vermutlich durch den Umstand erklären, dass sich sämtliche an der Studie teilnehmenden, stationären PatientInnen des Anton-Proksch-Instituts in Behandlung ihrer Suchterkrankung und somit bereits mitten im Veränderungsprozess befinden. Ebenso lässt sich durch personenzentrierte, therapeutische Interventionen kaum etwas an den manifesten Umgebungsbedingungen wie z.B. der sozialen Unterstützung des Patienten durch Angehörige oder aus dem Freundeskreis ändern.

## Diskussion

In der Gesamtheit der Ergebnisse lässt sich eindeutig ein positiver Einfluss der Beschäftigung mit dem Jonglieren auf unterschiedlichste suchtrelevante Persönlichkeitsdimensionen ausmachen. Der aufmerksamkeitsfokussierende Aspekt des Jongliertrainings konnte auch durch Aussagen der TeilnehmerInnen während einer Reflexionsrunde verifiziert werden. So äußert sich eine Patientin über die unmittelbaren Auswirkungen des Jonglierens folgendermaßen: *„Ich bin begeistert, ich bin eigentlich eine notorische Grüblerin. Hier fange ich an, eine Leere zu fühlen und bin entspannt.“*

Ebenso lassen sich signifikante positive Effekte auf die Stimmungslage und Befindlichkeit erkennen, die möglicherweise in Verbindung mit einer durch regelmäßiges Jonglieren induzierten Achtsamkeit oder vielleicht sogar mit erlebten Flow-Zuständen gesehen werden können. Insgesamt dürften Frauen in Bezug auf ihre Stimmungslage vom therapeutischen Jonglieren eher profitieren als Männer, wobei jedoch der geringe Anteil an männlichen Probanden (n = 5) bei dieser Interpretation berücksichtigt werden muss.

Der Zusammenhang zwischen maladaptiver Ärgerregulation und problematischen

Alkohol- und Substanzkonsummustern bzw. mit Suchterkrankungen wird in der Literatur bereits im Jugendalter beschrieben (Toska, 2013). Umso wichtiger erscheint der positive Einfluss, der sich durch therapeutisches Jonglieren auf die ärgerregulativen Strategien der ProbandInnen erkennen lässt. Dieses Ergebnis erscheint für die Suchtbehandlung ähnlich relevant wie die Resultate von Nakahara et al. (2007), welche die angstreduzierende Wirkung des Jongliertrainings belegen. Therapeutische Techniken, die innerpsychische Spannungszustände reduzieren bzw. affektive Entlastung bewirken, sind von unschätzbare Bedeutung in der Behandlung von Suchtkranken. In diesem Zusammenhang wird eine Erhöhung der Frustrationstoleranz von einem Teilnehmer des Jonglierprojekts folgendermaßen beschreiben: *„Jonglieren trainiert meine Geduld, man kann Fehler korrigieren, dann klappt es doch.“*

Dass Alkoholranke im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen signifikant höhere Alexithymiewerte aufweisen, ist in der Literatur vielfach belegt und wird auch in der Studie von Croissant et al. (2002) bestätigt. Die Autoren fordern daher die Berücksichtigung von Alexithymie-Merkmalen bei der Behandlung von PatientInnen im Rahmen der Therapie von Abhängigkeitserkrankungen. Auch wenn die Ergebnisse in der vorliegenden Untersuchung keine statistischen Signifikanzkriterien erfüllen, so zeigen die Effekte des therapeutischen Jonglierens auf die Gefühlswahrnehmung und vor allem auf den Gefühlsausdruck von SuchtpatientInnen in die richtige Richtung. Demzufolge erscheint eine Integration von Jonglierübungen in das Therapiekonzept von Alkohol- bzw. Substanzabhängigkeit durchaus wünschenswert und sinnvoll.

Im Rahmen des salutogenetisch orientierten Behandlungskonzepts des Anton-Proksch-Instituts sind die Ergebnisse zu den positiven Auswirkungen, die das therapeutische Jonglierens in dieser Studie auf die Ressourcenwahrnehmung und die Selbstmanagementfähigkeiten zeigt, als höchst relevant einzustufen. Die Verknüpfung von Einflüssen einer bewussteren Körperwahrnehmung, die durch die psychomotorische Wirkung der Jonglage induziert wird, scheint direkt mit einer verbesserten Selbstbeobachtung verknüpft zu sein. Des Weiteren erklärt sich auch die Auswirkung dieses Körperbewusstseins auf den Selbstwert und in Folge auf die Selbstwirksamkeit, die durch kleine Erfolge in der Umsetzung der Jonglierübungen erreicht wird. Von einer Teilnehmerin des Jongliertrainings wird dieser Effekt durch die Aussage *„Ich habe schon lange nicht mehr das Gefühl gehabt, weitermachen zu wollen, besser wer-*

den zu wollen. Wenn es nicht so gut geht, gehe ich einen Schritt zurück, das gibt Sicherheit“ reflektiert. Der signifikante Anstieg der Dimension „Hoffnung“ und eine Zunahme der subjektiv wahrgenommenen, verfügbaren „Coping“-Strategien bei den TeilnehmerInnen des Jonglierprojekts kann als besonders wertvoller Aspekt für erfolgreiche Suchtbehandlung gesehen werden.

Die Grenzen der vorliegenden Studie betreffen einerseits die geringe Stichprobengröße und die unausgewogene Geschlechterverteilung innerhalb der Studienteilnehmer. Weiters konnte nur ein geringer Teil von möglichen Zielvariablen, welche für suchtauslösende und -erhaltende Faktoren relevant erscheinen, in dem Forschungsprojekt berücksichtigt werden. Dieser Umstand kann jedoch durch den explorativen Charakter der vorliegenden Studie erklärt werden, die hauptsächlich darauf abzielt, eine weiterführende Forschung auf diesem jungen Gebiet der ressourcenorientierten und achtsamkeitsbasierten Behandlungsmöglichkeiten anzuregen.

Das Erlernen der Jonglage kann für die PatientInnen mit einer Suchterkrankung auch als Metapher für die Bewältigung von Schwierigkeiten, die in der Therapie wie auch im richtigen Leben auftreten können, interpretiert werden. Wie der Mathematiker Ronald Graham hinsichtlich des Jonglierens sehr treffend feststellt, „Too many balls – not enough hands“, so können auch diese Hindernisse durch Ausdauer und regelmäßiges Üben erfolgreich überwunden werden. Die positiven Erfahrungen beim therapeutischen Jonglieren können in weiterer Folge auf den Umgang mit widrigen Lebenssituationen oder zur Bewältigung von Suchterkrankungen transferiert werden. In diesem Sinne: „An die Bälle!“

## Literatur

- Baierl, W. (2010): *Jonglieren – „Bei der Sache sein“*. Diplomarbeit des Instituts für Sportwissenschaften. Karl Franzens Universität, Graz.
- Barrowcliff, A., Gray, N., Freeman, T. & Macculloch, M. (2004): Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 15 (2), 325-345.
- Beiglböck, W. (2013): Unachtsamkeit und Sucht. *Spectrum Psychiatrie* 1: 46-47.
- Beiglböck, W., Mayr, M. & Waigmann-Pözl, S. (2013): Achtsamkeitsbasierte Suchttherapie – Möglichkeiten und Grenzen. *Suchttherapie* 14, 16-21.
- Boyke, J., Driemeyer, J., Gaser, C., Büchel, C. & May, A. (2008): Training-Induced Brain Structure Changes in the Elderly. *J of Neuroscience* 26 (28), 7031-7035.
- Croissant, B., Hözl, M. & Olbrich, R. (2002): Alexithymie bei Alkoholkranken nach Entzug. *SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis* 48 (4), 265-270.
- Csikszentmihalyi, M. (2010): *Flow – der Weg zum Glück. Der Entdecker des Flow-Prinzips erklärt seine Lebensphilosophie*. Hrsg. von Ingeborg Szöllösi (Herder spektrum Band 6067). Freiburg i. Br.: Herder.
- Draganski, B., Gaser, C., Busch, V., Schuierer, G., Bogdahn, U. & May, A. (2004): Neuroplasticity: Changes in grey matter induced by training. *Nature* 427, 311-312.
- Finnigan, D. et al. (2008): *Alles über die Kunst des Jonglierens*. Köln: DuMont.
- Heidenreich, T., Schneider, R. & Michalak, J. (2006): Achtsamkeit: Ein neuer Ansatz zur Psychotherapie süchtigen Verhaltens. *Sucht* 52 (2), 140-149.
- Hölzel, B., Lazar, S., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. & Ott, U. (2011): How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science* 6 (6), 537-559.
- Hsu, S. H., Grow, J. & Marlatt G. A. (2008): Mindfulness and addiction. In: M. Galanter & L. A. Kaskutas (Hrsg.), *Recent developments in alcoholism, Vol. 18: Research on alcoholics anonymous and spirituality in addiction recovery* (S. 229-250). Berlin: Springer.
- Jansen, P., Titze, C. & Heil, M. The influence of juggling on mental rotation performance. *Int J of Sport Psychology* 40 (2), 351-359.
- Kabat-Zinn, J. (2003): Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice* 10 (2), 144-156.
- Kiphard, E. (1991): Jonglieren unter therapeutischem Aspekt. *Motorik* (14) 4, 166-172.
- Lehmann, J. & Jansen, P. (2012): The influence of juggling on mental rotation performance in children with spina bifida. *Brain and Cognition* 80 (2), 223-229.
- Linehan, M. (1996): Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung CIP-Medien. In: M. Bohus, M. Wolf (Hrsg.), *Interaktives Skills Training für Borderline-Patienten*. Schattauer.
- Lynn, R. (1987): *Therapeutic Juggling*. Occupational Therapy Forum, Januar 1987.
- Mendner, S. (1956): *Das Ballspiel im Leben der Völker*. Münster/Westf.: Aschendorff.
- Nakahara, T., Nakahara, K., Uehara, M. et al. (2007): Effect of juggling therapy on anxiety

disorders in female patients. *Bio Psycho Social Medicine* 1, 10.

Scholz, J., Klein, M., Behrens, R. & Johansen-Berg, H. (2009): Training induces changes in white-matter architecture. *Nature Neuroscience* 12, 1370-1371.

Taub, E., Steiner, S. S., Weingarten, E. & Walton, K. G. (1994): Effectiveness of broad spectrum approaches to relapse prevention in severe alcoholism: A long-term randomized, controlled trial of transcendental meditation, EMG biofeedback and electronic neurotherapy. *Alcoholism Treatment Quarterly* 11 (1-2), 187-220.

Toska, M., (2013) „Schreist Du noch, oder trinkst Du schon!?“ *Zusammenhänge zwischen maladaptiver Ärgerregulation und Problemverhalten im Jugendalter*. Dissertation der Fakultät Bildungs-, Kultur- und Sozialwissenschaften. Universität Lüneburg.

Völcker-Rehage, C. & Willimczik, K. (2006): Motor plasticity in a juggling task in older adults – a developmental study. *Age and Ageing* 35, 422-427.

Wilson, S., Becker, L., & Tinker, R. (1997): Fifteen-Month Follow-Up of Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) Treatment for Posttraumatic Stress Disorder and Psychological Trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65 (6), 1047-1056.

<http://www.jongliergeschichte.de/geschichte.htm> (4.2.2014).



**Mag.a Margret Kuderer**

Psychologin im Anton-Proksch-Institut, Bereich Diagnostik und Aktivtherapeutin mit Schwerpunkt Klinisches Gärtnern Notfallpsychologin in der Akutbetreuung Traumatisierter  
margret.kuderer@api.or.at



**Mario Filzi**

Potentialorientierter Coach am ZIST und Jonglierpädagoge; bietet mit „POJ – Prozessorientiertes Jonglieren“ individuelles Jongliertraining als kreativen Weg der Persönlichkeitsentfaltung an  
filzi@filzi.at  
www.filzi.at/mario



**Dr. Oliver Scheibenbogen**

Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe, Biofeedbacktherapeut Leitung Bereich Aktivierung, BRISANT, Schwerpunktskordinator Kreativität und Lebensgestaltung des Anton-Proksch-Instituts.  
oliver.scheibenbogen@api.or.at

# Abschied von der Homogenität – Eine Interaktions-Typologie von Jugendlichen in der Prävention des Missbrauchs von Alkohol und anderen Drogen

Henrik Kröniger-Jungaberle & Felix Schuldt

Wir haben aus Gründen der Lesbarkeit darauf verzichtet, weibliche und männliche Sprachformen durchgängig parallel zu benutzen. So nicht anders angegeben, wird jeweils auf beide Geschlechter verwiesen.

## 1 Einleitung

Die meisten Interventionen in der Prävention beinhalten Interaktionen zwischen ungleichen Personen: Ältere unterrichten Jüngere, Privilegierte vermitteln Wissen an weniger Privilegierte, Risiko-Sensitive möchten weniger Sensitive beeinflussen, erfahrene Peers weniger erfahrene zur Vermeidung von Risikoverhalten oder zum Aufbau von positiven Entscheidungskompetenzen bewegen. Wir wissen noch relativ wenig darüber, wie man Präventionspraktiker am besten auf die Unterschiedlichkeit von Lebenslagen, Interessen und Charakteren vorbereitet, die ihnen im Feld begegnen. Auch die Praktiker in evidenz-basierten Präventionsprogrammen treffen immer wieder auf einmalige und herausfordernde Konstellationen, bei denen die wichtige Frage nach Implementationsstreue oder Adaption eines Programms auftaucht (vgl. Dusenbury, Brannigan, Falco & Hansen, 2003).

Es ist bekannt, dass biologische, psychologische und soziale Faktoren die Effekte von Präventionsmaßnahmen moderieren und differenzieren (Biglan et al., 1990; Ellickson & Morton, 1999; Metzger, Cooper, Zarett & Flory, 2013). In der Gesundheitsforschung hilft das PROGRESS Plus Modell verschiedene Einflussfaktoren zu unterscheiden: Geburtsort, ethnische Abstammung, Beruf, Geschlecht, Religion, Bildung, sozioökonomischer Status und soziales Kapital (Tugwell et al., 2010). Die aus solchen Unterschieden resultierende Ungleichheit (*health inequity*) der Zielgruppen führt zu „measurable differences in health experience and health outcomes between different population groups (...)“ (Whitehead, 1992). Einige Gruppen profi-

tieren unverhältnismäßig von Programmen, während andere zurückstehen. Dies wirft einerseits Fragen der sozialen Gerechtigkeit auf, andererseits gilt es pragmatische Lösungen für die Planung, Durchführung, Supervision und Evaluation von Präventionsprogrammen zu finden, um deren Wirksamkeit und Qualität zu gewährleisten. Die angesprochenen Unterschiede sind jedoch keineswegs nur auf Bevölkerungsebene festzustellen, sondern reichen bis hin zur direkten Interaktion mit den Zielgruppen der präventiven Programme.

Schulklassen sind aufgrund leichter Zugänglichkeit eine klassische und beliebte Gruppe für universell angelegte Präventionsprogramme, insbesondere in der Vorbeugung von Schäden, die durch den Konsum von Alkohol und anderen Drogen entstehen können. Aber Schulklassen sind auch komplexe, inhomogene Gruppen mit Individuen, deren Motivation und Beziehung zu Pädagogen, zu Peers und zur Schule als Ganzes sehr verschieden gelagert ist (Ryan & Deci, 2000).

Oft werden Lehrerinnen und Lehrer als Multiplikatoren in schulischen Präventionsprogrammen eingesetzt (in der Suchtprävention z.B. in *Klasse 2000*, *Lion's Quest*, *Eigenständig werden*, *Unplugged*, *REBOUND*). Aus der Lehrerforschung ist bekannt, dass es bei Pädagogen erhebliche Unterschiede in Motivation, Zielorientierung und Unterrichtsstilen gibt. Eine breit rezipierte Forschungsperspektive aus den Bildungswissenschaften ist beispielsweise Kembers (1997) Differenzierung zwischen einem lehrerzentrierten Unterrichtsstil (Schwerpunkt auf Wissensvermittlung und Strukturierung), dem schülerzentrierten Stil (Schwerpunkt auf dem Motivieren, Erklären und der Förderung von eigenständigem Lernen) sowie einem dazwischen angesiedelten, dritten Unterrichtsstil, der als Lehrer-Schüler-Interaktion bezeichnet wird. Viele dieser pädagogischen Grundlagen werden heute nur unzureichend in der Ausbildung von Multiplikatoren für Präventionsprogramme vermittelt.

Für die Suchtprävention stellt sich zunächst die Frage, wie Pädagoginnen und Pädagogen die Ungleichheiten in ihrem Klassenzimmer wahrnehmen und wie man sie darauf vorbereiten kann, mit diesen umzugehen, um die Lehr- und Lernprozesse in der Prävention zu professionalisieren.

### Stand der internationalen Forschung zu Interaktions-, Lehrer- und Schülertypen

Die angestrebte Konstruktion von Interaktions-Typen hat die Optimierung von Interaktionsprozessen zwischen Lehrenden und Schülern in der Prävention zum Ziel. Der Fokus der Arbeit wird darauf liegen, die für eine erfolgreiche Kommunikation relevanten Merkmale der Akteure zu explorieren. Dies bildet dann die Grundlage für eine Beschreibung und Erforschung erfolgreicher Methoden, um mit diesen umzugehen – was jedoch nicht in diesem Beitrag geleistet werden kann. Die meisten älteren Studien konzentrieren ihr Erkenntnisinteresse entweder auf die Perspektive der Schüler oder vor allem auf die Rolle der Lehrenden. In neuerer Zeit wird zunehmend Wert auf die Erforschung von Interaktionsprozessen gelegt (z.B. Pettigrew et al., 2013). Für eine an Schüler-Interaktionen orientierte Typologie mangelt es in der Literatur an Beispielen und es gibt noch weniger Forschungsbeispiele aus dem Kontext von Suchtprävention, weshalb wir auf Befunde aus der Bildungsforschung zurückgreifen.

### Einflussfaktoren bei Lehrern auf den Interaktionsprozess

#### Persönlichkeitstypen und Unterrichtsstile

Walker (2008) geht von der Forschung zu elterlichen Erziehungsstilen (Baumrind, 1966) aus und identifiziert den autoritativen Stil auch im Unterrichtskontext als dem autoritären und permissiven Stil überlegen. Dies betrifft sowohl die Ausbildung sozialer als auch akademischer Kompetenz der Schüler. Ebenso aufbauend auf Kenntnissen aus der Forschung zur elterlichen Erziehung betrachtete Wentzel (2002) das Unterrichtsetting als Sozialisationskontext und konnte zeigen, dass die Motivation der Schüler positiv korreliert mit der Motivation, Fairness, Regelvermittlung sowie hohen Erwartungen und negativ korreliert mit negativem Feedback von Seiten der Lehrenden.

Kember (1997) untersucht den Forschungsstand zu verschiedenen Lehrkonzepten und spannt einen Horizont zwischen *teacher-centred/content-oriented* und *student-centred/learning-oriented* Lehrkonzepten. Auf der einen Seite des Kontinuums bildet die Wissensvermittlung das Ziel des pädagogischen Handelns, auf der anderen Seite geht es dem Lehrenden darum, einen Raum für tieferes Verständnis zu öffnen, um die eigenständige intellektuelle Entwicklung beim Schüler zu fördern.

Wird Schule nicht nur als Leistungskontext für Schüler, sondern auch für die Lehrkräfte aufgefasst, stellt sich die Frage, anhand welcher individuellen Ziele sich die jeweilige Lehrkraft in diesem Kontext als erfolgreich erweisen möchte. Für diese Zielorientierung von Lehrkräften arbeitet Butler (2007) vier Typen heraus: Das Streben danach, selbst beim Unterricht etwas zu lernen und seine Fähigkeiten weiterzuentwickeln (*mastery*), den Wunsch, im Unterricht außergewöhnliche Fähigkeiten zu demonstrieren (*ability approach*), den Wunsch im Unterricht nicht als inkompetent aufzufallen (*ability avoidance*), sowie das Ziel, Arbeit zu vermeiden (*work avoidance*).

#### Unterrichtsstil und dessen Auswirkung auf das Verhalten von Schülern

Einen ähnlichen Anspruch wie die Autoren der vorliegenden Arbeit verfolgt die Studie von Pettigrew et al. (2013). Im Rahmen des am Abschreckungsparadigma orientierten Präventionsprojekts *keepin' it REAL* wurden Interaktionsmuster zwischen Lehrenden und Schülern bei der Implementierung des Programms untersucht. Über die Kodierung von Videoaufzeichnungen der Unterrichtseinheiten konnten Pettigrew et al. auf Lehrendenseite die Dimension *teacher control* (mit den Ausprägungen *passivity*, *strict* und *coordinated*) sowie auf Schülerseite die Dimension *student engagement* (mit den Ausprägungen *disconnected*, *attentive* und *participatory*) ausfindig machen. Die Beschreibung der Einstellung der Schüler erfolgte hierbei allerdings auf Klassenebene und nicht auf Ebene der Individuen. Pettigrew et al. (2013) kommen zu der Erkenntnis, dass die für optimalen Lernerfolg anzustrebende aktive Teilnahme (*participatory*) der Schüler hauptsächlich vom Verhalten der Lehrenden abhängt. Ein interaktiver Unterrichtsstil mit einem mittleren Maß an Kontrolle, wobei die Lehrenden eine Balance zwischen vorgegebener Struktur und gewährter Autonomie finden, sei dafür anzustreben. Merkmale des autoritativen Erziehungsstils sind hier deutlich erkennbar.

## Einflussfaktoren bei Schülern auf den Interaktionsprozess

Einflussreich bei der Erforschung von Motivation und Interaktionsverhalten im schulischen Kontext ist die Self-Determination Theory (Ryan & Deci, 2000). Die Theorie geht davon aus, dass Menschen eine intrinsische Motivation inne wohnt, die gedeihen kann, sobald die Umweltbedingungen grundlegende psychologische Bedürfnisse befriedigen. Diese sind erstens die Wahrnehmung eigener Kompetenz, zweitens Autonomie und drittens soziale Einbindung. Skinner and Belmont (1993) stellen auf dieser Basis eine Beziehung zwischen Lehrerverhalten und der Motivation und Einstellung der Schüler her. Sie sehen die Aufgabe der Lehrenden darin, eben solche Bedingungen herzustellen. Grundlegend für das Engagement der Lernenden sei entsprechend der drei Grundbedürfnisse das Vorgeben von Struktur, das Fördern von Autonomie und die persönliche Involviertheit der Lehrenden. Es gelingt ihnen empirisch auch Rückkopplungsprozesse nachzuweisen.

Radel, Sarrazin, Legrain & Wild (2010) konnten ausgehend von der Self-Determination Theory experimentell nachweisen, dass allein die Wahrnehmung einer Lehrperson als intrinsisch oder extrinsisch motiviert, das Interesse und den Durchhaltewillen von Schülern beim Lernen einer Tätigkeit beeinflusst. Sollten Schüler, die von einer scheinbar intrinsisch motivierten Lehrperson unterrichtet wurden, im Experiment ihrerseits Peers unterrichten, zeigten sich diese Peers ebenfalls intrinsisch motivierter als solche Peers, die von Schülern der gegenteiligen Bedingung angeleitet wurden. Die Autoren konnten also zeigen, dass intrinsische Motivation „ansteckend“ ist.

## Typen sozialer Motiviertheit von Schülern

Die Studie von Raufelder, Jagenow, Drury & Hoferichter (2013) beschäftigt sich mit der reziproken Beziehung zwischen Motivation und sozialer Orientierung (7. und 8. Klasse). Die Arbeit widmet sich explizit der Identifikation individueller Unterschiede bei Schülern mit dem langfristigen Zweck, auf dieser Basis Lehr- und Lernprozesse zu optimieren. Die Autoren sehen „Schule“ nicht nur als Raum, in dem akademisches Wissen vermittelt wird, sondern auch als einen (Lebens-)Raum, in dem soziale und emotionale Entwicklung stattfindet. Aufbauend auf einer vorhergehenden ethnographischen Untersuchung (Raufelder, Bukowski & Mohr,

2013) konnten sie mittels einer umfangreichen quantitativen Erhebung vier Motivationstypen bestätigen: Den Lehrer-abhängigen (9,5% der Stichprobe), den Peer-abhängigen (36,5%), den Lehrer- und Peer-abhängigen (27,8%), sowie den Lehrer- und Peer-unabhängigen (26,3%) Motivationstyp.

## Universale Einflüsse auf das Interaktionsgeschehen

Die Erkenntnisse der Self-Determination Theory können an dieser Stelle verallgemeinert werden. Insbesondere das Kontinuum „Amotivation/extrinsische Motivation/intrinsische Motivation“ können sowohl auf Schüler- als auch auf Lehrer- und Klassenebene bezogen werden. Die „Ansteckung“ solcher motivationaler Determinanten wurde oben schon beschrieben (Radel et al., 2010).

Eine einflussreiche Determinante des Unterrichtsgeschehens ist *self-efficacy* (Selbstwirksamkeitserwartung). Bandura (1977) definiert das Konzept als „people’s beliefs about their capabilities to produce designated levels of performance that exercise influence over events that affect their lives“ (Bandura, 1994).

Das Konzept betrifft hier im Speziellen nicht nur die individuelle *self-efficacy* der einzelnen Schüler und Lehrkräfte, sondern auch die kollektive *self-efficacy* des Klassen- und Schulgefüges. Wie Bandura (1997) zeigen konnte, ist eine geringe *self-efficacy* einerseits zwischen den Lehrenden und andererseits zwischen Lehrenden und Schülern „ansteckend“, was wiederum zu schlechteren Leistungen der Schüler führt und damit auf die niedrige *self-efficacy* bei den Lehrenden rückwirkt. In einem solchen Klima herrscht zudem eine kompetitive Orientierung, die gerade für Schüler mit den größten Bedürfnissen oftmals zusätzlich demoralisierend wirkt.

Entsprechend führt eine hohe kollektive *self-efficacy* zu höherer Motivation, besseren Leistungen und einer Orientierung an den eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten, zu kooperativem Verhalten sowie einem auf Einzelpersönlichkeiten bezogenen Klassenklima.

Auch wenn die Theorie bei der Betrachtung von Kommunikationsprozessen nicht unmittelbar relevant erscheint, kann ihre Wichtigkeit auch im Rahmen dieser Arbeit nicht überschätzt werden, denn letztlich ist es für das Gelingen von Präventionsprogrammen in der Schule ganz entscheidend, die Selbstwirksamkeitserwartung des Klassengefüges wie auch des einzelnen Schülers zu maximieren und ihn so aus der Passivität der Schülerrolle herauszulösen.

### 1.1 Implikationen des Forschungsstands für die vorliegende Arbeit

Aus dem Stand der Forschung lässt sich ableiten, dass Beeinflussungsprozesse im Klassenzimmer ein *komplexes* Interaktionsgeschehen in einer heterogenen Gruppe darstellen. Sie lassen sich nicht als einfache und einseitige Einflussnahme von Erwachsenen auf Jugendliche gestalten, sondern erfordern ein die Adressaten differenzierendes Vorgehen. In universellen Zielgruppen (ganzen Schulklassen) müssen Präventions-Pädagogen mit unterschiedlichen intrinsischen und extrinsischen Motivationslagen umgehen, die zudem noch durch ihren mehr oder weniger schülerzentrierten Unterrichtsstil und die Bindung einzelner Schüler an ihre Peers, die Lehrer und die Schule als Ganzes beeinflusst werden. Die Motivationslage der Präventions-Pädagogen selbst hängt stark davon ab, welche Ziele sie verfolgen, also ob beispielsweise persönliche *Mastery* oder Vermeidung von negativen Konsequenzen im Zentrum ihrer Unterrichtstätigkeit stehen. Aus Forschungsarbeiten zur Umsetzung evidenzbasierter Präventionsprogramme (Dusenbury et al., 2003; Pettigrew et al., 2013) lässt sich entnehmen, dass mit erheblichen Variationen im Klassenzimmer zu rechnen ist.

## 2 Methoden

### 2.1 Fragestellung: Mit welchen Typen von Jugendlichen interagieren Pädagogen im Rahmen einer suchtpräventiven Intervention?

Ziel dieses Beitrags ist es, typische Unterschiede in den Interaktionsmustern einer universellen, älteren Zielgruppe von Suchtpräventionsprogrammen zu bestimmen (Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren). Es sollen empirisch-begründete Typen (vgl. Kluge, 1999) in einer Schulklasse konstruiert werden, deren Interaktionsverhalten die Durchführung von Suchtpräventions-Programmen durch Lehrer direkt beeinflussen könnte. Die Typen sind „constructed types“, die eine Mischung darstellen aus real im Feld vorkommenden Personen und konzeptionellen Zuspitzungen. Die Typologie soll pragmatische Hinweise auf die Verbesserung der Weiterbildung und Supervision für Präventions-Pädagogen und Multiplikatoren geben. Außerdem soll die Konstruktion adaptiver Interventionen erleichtert sowie eine differentielle Prozess- und Outcome-Forschung angeregt werden.

Die vorliegende „Schülerinnen- und Schüler“-Typologie wurde im Umfeld des Lebenskompetenzprogramms *REBOUND* entwickelt. *REBOUND* ist ein durch die europäische Kommission (2010-2012) gefördertes Präventionsprogramm in 16 Einheiten für junge Menschen zwischen 14 und 25 Jahren. Es wird von Pädagogen und jungen Mentoren gemeinsam vermittelt, setzt auf partizipative Methoden und stellt die kritische Bearbeitung von Filmszenen in den Mittelpunkt (Kröninger-Jungaberle et al., 2014).

### 2.2 Methodologische Anmerkungen: Klassifikation und Typologie

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten, Typologien zu konstruieren (Kluge, 1999). Um typologische Systeme zu erstellen, werden Objekte aus einem Gegenstandsbereich anhand eines oder mehrerer Merkmale in Gruppen (Typen) eingeteilt. Die Elemente innerhalb eines Typus sollen sich möglichst ähnlich sein (interne Homogenität), sich von den anderen Typen aber maximal unterscheiden (externe Heterogenität) (Bailey, 1994). Eine Typisierung kann ein deskriptives oder heuristisches Ziel verfolgen, also die Absicht haben, Unterschiede und Komplexität im Gegenstandsbereich zu vereinfachen und besser überblicken zu können (deskriptiv) oder sie soll darüber hinaus zur Beschreibung von Sinnzusammenhängen und Formulierung von Kausalhypothesen beitragen (heuristisch).

Oft werden die Begriffe „Klasse“ (Klassifikation) und „Typus“ (Typisierung) synonym verwendet, weil es sich bei beiden um Ordnungsversuche (Taxonomien) handelt. Der zentrale Unterschied zwischen beiden Begriffen wird jedoch bereits von Stern (1911), später von Lazarsfeld (1959) und Lamnek (2010) in der „Unschärfe an den Rändern“ der Typen und den „fließenden Übergängen“ zwischen den Typen mit ihren verschiedenen Ausprägungs- und Mischformen gesehen; als „Klassifikation“ wird demgegenüber ein Vorgehen bezeichnet, bei dem einem Objekt *eindeutig* ein Merkmal entweder zugeschrieben oder abgesprochen wird (monothetisch). In sozialen Systemen können jedoch selten streng abgrenzbare Tatsachen untersucht werden. Und die definierten Elemente eines Typus weisen nicht alle die gleichen Ausprägungen eines Merkmals auf, sondern sind *mehrdeutig* und die Beispiele eines Typus „differieren graduell“ (Zerßen, 1973), d.h. „je mehr sie sich ihm annähern, als desto „typischer“ gelten sie (...)“ (ebd., S. 40).

Typologien können dementsprechend in Unterscheidung zu den monothetischen Klassifikationen auch als „polythetisch“ bezeichnet werden: nicht alle Merkmale eines Typus treffen auf alle Elemente/Beispiele des Typus zu. Ein Typus kann sich zudem dadurch auszeichnen, dass er eine spezifische Kombination von Merkmalen darstellt – eine „attribute compound“ (Lazarsfeld, 1937, in: Kluge, 1999, S. 36), bei der der Zusammenhang der Merkmale untereinander in den einzelnen Fällen des Typus ganz verschieden gelagert ist.

Typologien haben im Unterschied zu Klassifikationen nicht nur das Potential deskriptiv zu ordnen, sondern enthalten oftmals interpretative, theorienahe Elemente (heuristische Funktion). Demgegenüber müssen die Faktoren oder Cluster, die mithilfe einer statistischen Analyse gewonnen werden, in eine externe Theorie eingebunden werden. Sie bieten dafür allerdings die Möglichkeit, über deren empirische Verteilung Auskunft zu erlangen, also darüber wie oft ein Element überhaupt vorkommt.

Typologien entstehen nicht rein empirisch (sensu statistisch definierter Realtypen) oder rein konzeptionell (sensu Max Webers Idealtypen). Becker (1968/1950) und McKinney (1970) weisen darauf hin, dass eine strikte Trennung, die oft noch methodisch begründet wird (quantitativ versus qualitativ), unrealistisch ist und dass bei der Konstruktion einer Typologie immer sowohl empirische Daten als auch konzeptionelle Überlegungen eine Rolle spielen. Typen, die aus einem solchen zirkulären Prozess hervorgehen, nennen sie demnach „constructed types“. Deren konzeptionelle Selektion und Kombination muss auf „empirische Referenten“ zurückgehen (ebd.). Bei den sogenannten „existential types“ (Ziegler, 1973) handelt sich um eine Form von Typologie, die „die Akteure selbst ‚entworfen‘ haben“. Diese bilden oft die Basis für die Typologisierung der Forscher (wie im vorliegenden Fall).

### 2.3 Methodisches Vorgehen bei der Konstruktion der Schüler-Typologie

Die vorliegende Typologie entstand im Rahmen der Supervision des Präventionsprogramms *REBOUND*. Die als Kursleiter ausgebildeten Pädagogen berichteten in Supervisionen über erhebliche Unterschiede im Interaktionsgeschehen bei der Durchführung ihrer Kurse. Ein jährlich stattfindendes Kursleiter-Treffen nach der Open Space-Methode (Kolenaty & Weber, 2003; Owen, 2001) wurde genutzt, um mit einer

Gruppe von 20 in *REBOUND* weitergebildeten Pädagogen sowie 18 schulunabhängigen Präventionsexperten „existential types“ (aus dem Feld stammende Typen) zu konstruieren. Die Aufgabenstellung lautete: „Stellen Sie sich eine Schulklasse im Alter von 14-17 Jahre vor, in der sie einen Präventionskurs unterrichten. Welche „Typen“ von SchülerInnen finden sich in einer durchschnittlichen Schulklasse?“ Die andert-halbstündige, moderierte Diskussion mit den Praktikern führte über ein Brainstorming in Kleingruppen und anschließender Diskussion zu einer unsystematischen Sammlung von elf typologischen Begriffen (Beispiele: die Authentischen, die „coolen Styler“, die Komiker, die Unauffälligen).

Diese Sammlung war der Ausgangspunkt für unsere Systematisierung der Praktiker-Typologie zu „constructed types“. Erreicht werden sollte eine

- (1) Klärung und Ordnung der verwendeten Merkmalsdimensionen,
- (2) eine Reduktion der Typen-Anzahl,
- (3) eine empirische Verankerung der Typen in qualitativen Daten und die
- (4) Beschreibung prototypischer Fallbeispiele.

### 2.4 Empirische Grundlage der Typologisierung

Als Quellen für unsere empirisch-begründete Typologie (sensu Kluge, 1999) wurden einbezogen:

1. Die von 38 Präventionspraktikern in einem Workshop mit der Open Space-Methode gebildeten „existential types“ (siehe oben).
2. 141 schriftliche Kurzberichte von Schülern, die das Präventionsprogramm *REBOUND* durchlaufen haben (Online-Feedback nach dem Kurs).
3. 81 Berichte von *REBOUND*-Mentoren, die Schulklassen besucht und dort Programminhalte vermittelt haben (Online-Feedback nach Stundenbesuchen).
4. 19 Berichte von Präventions-Pädagogen, die *REBOUND* unterrichtet haben.
5. Notizen aus Weiterbildungen und Supervisionen im Rahmen des Programms.

### Konstruktion der Schülertypologie in vier Schritten

Schritt 1: Nach Sichtung der von den Praktikern gebildeten Typenbegriffe haben wir konzeptionelle Entscheidungen getroffen:

- (a) Diese Typenbegriffe beschreiben keine Persönlichkeitsmerkmale (traits) von Schülern,

sondern kontextabhängige Interaktionsstile zwischen Schülern und Pädagogen.

(b) Die Interaktionen lassen sich in vier zentrale Merkmale gliedern:

1. starke versus schwache Motivation/Interesse am Kursthema, den Kursleitern oder den Mentoren im Präventionskurs,
2. konstruktive versus destruktive Kommunikation gegenüber Kursleitern, Mentoren, Peers,
3. aktive versus passive Beteiligung an den Kursaktivitäten im Klassenzimmer,
4. starke versus schwache Autonomie gegenüber den Peers im Klassenzimmer.

Aufgrund der vorhandenen Daten war eine Trennung der Aspekte bezüglich Kursleitern, Mentoren und Peers zwingend. Die im *REBOUND*-Programm eingesetzten Mentoren sind Peer-Educators, meist junge Studierende, wie sie auch in anderen Programmen zur Unterstützung der Programmziele eingesetzt werden.

Schritt 2: Wir haben die Texte von Schülern, Mentoren und Lehrern gesichtet, um zu entscheiden, ob auf Grundlage dieser vier zentralen Merkmale der Schüler-Lehrer-Interaktionen neue Typen gebildet und bestehende zusammengefasst oder ausgeschlossen werden sollten.

Schritt 3: Acht verbliebene Typen haben wir konsensuell auf einer Ordinalskala bezüglich der Merkmalsausprägungen eingeordnet. Die Ordinalskala reichte von  $-1/\leftarrow$  (eher nicht zutreffend),  $0/\leftrightarrow$  (weder-noch, sowohl-als auch, nicht beurteilbar),  $+1/\rightarrow$  (eher zutreffend). Aufgrund des divergenten Datenmaterials und der ganz unterschiedlichen Konstellation der vier Aspekte innerhalb eines Typus ist es unzulässig

oder unsinnig die Typenmerkmale oder ganze Typen auf einer Intervallskala anzuordnen.

Schritt 4: Wir haben prototypische Beispiele für jeden Typus aus dem Datenmaterial gesucht und die typologischen Begriffe durch solche Beispiele expliziert. Wo aus dem Material keine expliziten Beispiele zu extrahieren waren, haben wir diese konstruiert.

### 3 Ergebnis: Schüler-Interaktions-Typologie

#### 3.1 Differenzierung der Zielgruppe nach Interaktions-Typen

Im Folgenden beschreiben wir die gebildeten Interaktions-Typen und illustrieren diese, wenn möglich, mit Zitaten aus dem Datenmaterial<sup>1</sup>.

##### Typus 1: Die Meinungsführer

*Beschreibung:* Wie in allen menschlichen Gruppen dominieren in vielen Schulklassen wenige Schülerinnen oder Schüler die Interaktion durch Meinungsführerschaft, Ausdruck oder Verweigerung von Respekt, Selbstoffenbarung oder Maskierung persönlich relevanter Erfahrungen usw. Dieser Typus kann zahlreiche, entgegengesetzte Formen annehmen, hervorstechendes Interaktionsmerkmal ist eine hohe Autonomie gegenüber den Peers, die Führerschaft in einem Bereich begründet und diese Interaktionstypen zu Leitfiguren im Unterricht

<sup>1</sup> Die Originalzitate wurden sprachlich nicht verändert.

**Tabelle 1**

Merkmalsraum  
der konstruierten Schüler-  
Typologie mit acht Typen

Merkmale		Typen							
		Mei- nungs- führer	Mitläufer	Authen- tische	Pseudo- Reflek- tierte	Außen- seiter	Leis- tungsori- entierte	Desillusi- onierte	Rebellen
1 Motivation/ Interesse	Starke vs. schwache Motivation am Kursthema	$\leftrightarrow$	$\leftrightarrow$	$\rightarrow$	$\rightarrow$	$\leftrightarrow$	$\leftarrow$	$\leftarrow$	$\leftarrow$
	Starkes vs. schwaches Interesse am Kursleiter	$\leftrightarrow$	$\leftrightarrow$	$\leftrightarrow$	$\leftrightarrow$	$\leftrightarrow$	$\rightarrow$	$\leftarrow$	$\leftarrow$
	Starke vs. schwache Motivation an den Mentoren	$\leftrightarrow$	$\leftrightarrow$	$\rightarrow$	$\leftrightarrow$	$\rightarrow$	$\leftrightarrow$	$\leftrightarrow$	$\leftrightarrow$
2 Kommunikation	Konstruktive vs. destruktive Interaktion mit Kursleiter	$\leftrightarrow$	$\leftrightarrow$	$\rightarrow$	$\rightarrow$	$\leftrightarrow$	$\leftrightarrow$	$\leftarrow$	$\leftarrow$
	Konstruktive vs. destruktive Interaktion mit Mentoren	$\leftrightarrow$	$\leftrightarrow$	$\rightarrow$	$\leftrightarrow$	$\rightarrow$	$\leftrightarrow$	$\leftrightarrow$	$\leftrightarrow$
	Konstruktive vs. destruktive Interaktion mit Peers	$\leftrightarrow$	$\rightarrow$	$\leftrightarrow$	$\rightarrow$	$\leftarrow$	$\leftarrow$	$\leftrightarrow$	$\leftrightarrow$
3 Beteiligung	Aktive vs. passive Beteiligung an den Kursaktivitäten	$\leftrightarrow$	$\leftrightarrow$	$\rightarrow$	$\rightarrow$	$\leftarrow$	$\leftrightarrow$	$\leftarrow$	$\leftarrow$
4 Autonomie	Starke vs. schwache Autono- mie gegenüber den Peers	$\rightarrow$	$\leftarrow$	$\rightarrow$	$\leftarrow$	$\leftrightarrow$	$\leftrightarrow$	$\leftrightarrow$	$\rightarrow$

und somit auch bei der Vermittlung von Präventionsbotschaften macht. Der Einfluss von Meinungsführern auf die Klasseninteraktion kann positiv oder negativ sein.

*Empirische Referenzen:*

„Ich hatte den Eindruck, dass einer der Jungs gerne im Mittelpunkt steht und die ganze Zeit hätte reden können und wollen... Ich musste dann versuchen, die anderen auch angemessen miteinzubeziehen. Das war nicht ganz einfach“ (Lehrer 1).

„Die Beteiligung von zwei Schülern war sehr intensiv (...). Eine Schwierigkeit lag darin, die beiden in ihrem Engagement nicht zu enttäuschen und gleichzeitig den anderen Schülerinnen und Schülern genügend Freiraum zu geben, sich zu beteiligen und integriert zu fühlen“ (Mentor 1).

### Typus 2: Die Mitläufer

*Beschreibung:* Komplementär zu den Meinungsführern lassen sich die Mitläufer leichter in ihren Interessen und Denkweisen durch Peers (aber auch Kursleiter) beeinflussen, zeichnen sich durch weniger autonome und mehr an Gruppendenkweisen orientierte Kommunikation aus. Sie neigen dadurch zu Interaktionen, die von den Peers eher als positiv und von den Lehrern meist als angepasst und unauffällig wahrgenommen werden. Mitläufer können sich jedoch durch Anschluss an Meinungsführer mit negativen Interaktionsmustern (beispielsweise einer Ablehnung von Selbstbezug) in schwierige Kursteilnehmer verwandeln.

*Empirische Referenzen:*

Schüler, die von Kursleitern als „Mitläufer“ im Interaktionsgeschehen wahrgenommen werden, neigen nicht dazu, sich selbst darüber zu äußern. Auszüge aus Kursleiterberichten:

„Als eine Schülerin ihre dramatische Selbstoffenbarung über den alkoholkranken, die Familie schlagenden Vater gegeben hatte (sie musste sich unter dem Bett verstecken), war es still im Klassenraum. Danach und in den folgenden Stunden gab es eine größere Gruppe von Schülern, die sich beteiligt haben und ebenfalls Eigenes erzählten“ (Kursleiterin Gesamtschule, 2011).

„Die Scham der Jungs, vor den Mädchen, über ihre Schwächen und auch negativen Erfahrungen zu sprechen, hat die ganze Gruppe angesteckt“ (Kursleiter Gymnasium, 2012).

### Typus 3: Die Authentischen

*Beschreibung:* Schüler, denen es gelingt ihre Erfahrungen im Umgang mit den Kursthemen persönlich und affektnah anzusprechen (Selbstbezug auszudrücken), haben die Chance, auch für andere bedeutsame Momente zu kreieren. Solche „wahrhaftige“ Kommunikation beeinflusst häufig das Interaktionsgeschehen in einem ganzen Kurs positiv. Die „Authentischen“ haben häufig Interesse an den sozialen Themen der Präventionskurse und bauen leichter positive Beziehungen zu Mentoren und Kursleitern auf, geraten dafür aber nicht selten in Konflikt mit abgeneigten Peers. Positiv auswirken kann sich auch aufrichtig geäußerte Kritik an der Kursleitung, den behandelten Themen und den Beiträgen der Peers. Unter den „Authentischen“ befinden sich sensitive, selbstreflexive, aber auch körperlich vergleichsweise weit entwickelte Schüler mit höherer Autonomie.

*Empirische Referenzen:*

„So offenbarte sich während einer Mentorenstunde zum Beispiel ein Mädchen bezüglich ihrer Angststörung und ich konnte ihr über den Kurs hinaus Hilfe vermitteln. Oder Lehrer berichteten von ihrer Überraschung über die begeisterte Teilnahme von Schülern am Kurs, die im normalen Schulverlauf eher zurückhaltend bis still gewesen sind“ (Mentor 2).

„Was war dein persönlicher Schlüsselmoment beim Mentoren-Gespräch? (Wichtigstes Erlebnis): Das Öffnen eines scheinbar deprimierten und desinteressierten Schülers und seine Lebensgeschichte“ (Mentor 3).

„Für die zweite war das Erzählen ihrer momentanen Situation sehr emotional und sie hat auch dabei geweint. Gleichzeitig hat sie aber auch immer wieder betont dass sie nichts will, weder Mitgefühl noch andere Kommentare“ (Kursleiter 3).

### Typus 4: Die Pseudo-Reflektierten

*Beschreibung:* Für die Entwicklung in der mittleren Adoleszenz ist eine Gruppe von Schülern typisch, die alle Kursthemen und die im Präventionskurs vermittelten Haltungen unmittelbar zu verstehen scheinen. Die Schüler zeigen sich häufig motiviert und benutzen rasch die Begriffe des Programms, sie interagieren tendenziell positiv mit dem Kursleiter und Peers, setzen sich aber selten mit destruktiven Beiträgen von Peers auseinander. Sie sind nicht zwingend wissensorientiert oder gar neugierig,

wissen aber häufig bereits „alles“. Die „Pseudo-Reflektierten“ unterdrücken eher Selbstbezug oder emotionalen Ausdruck; sie neigen zu sozial erwünschtem Verhalten und haben Probleme, das gewonnene Wissen auf reale Situationen aus ihrem Alltagsleben anzuwenden oder sich in Anwendungssituationen an dieses zu erinnern.

#### *Empirische Referenzen:*

„Ich wusste alles schon“ (Kursteilnehmer 1).

„Ich hatte zwei Schülerinnen, die lange über Alkoholerfahrungen in ihrem Freundeskreis erzählt haben, aber nie von sich aus erzählt haben, was sie mögen und tun, wie sie sich fühlen. Eine hat richtig altklug dahergeredet“ (Kursleiterin 2).

„Paul konnte jedes Detail über Cannabis-Konsum bis zu neurophysiologischen Details referieren, hat aber nie über sich und die Ursache seines Interesses berichtet – obwohl ich bei ihm nicht glaube, dass er selbst konsumiert hat“ (Kursleiterin 3).

#### **Typus 5: Die Außenseiter**

*Beschreibung:* Mit den „Außenseitern“ wird eine in sich stark unterschiedliche Gruppe von Schülern beschrieben, deren verbindendes Merkmal es jedoch ist, aus diversen Gründen am Rand des Interaktionsgeschehens in der Klasse zu stehen: Dies können Migranten, Adressaten von Mobbing, stark konsumierende, nicht konsumierende oder depressive Schüler sein. Ihre Beteiligung an den Kursaktivitäten ist selten intensiv, es sei denn sie erlangen über bedeutsame Momente im Kurs und authentische Kommunikation eine neue Stellung in der Klasse. Ob sie zum Interaktions-Bündnispartner oder -gegenspieler werden, hängt häufig von der Peer-Reaktion auf die Kursleiter-Initiativen ab, mit der die „Außenseiter“ einbezogen werden sollen. Viele Außenseiter reagieren positiv auf die Interaktion mit Mentoren, die als ältere Peers Präventionsinhalte vermitteln sollen und nicht Teil der Klassen-Interaktion sind. Außenseiter ins Kursgeschehen zu involvieren ist eines der wichtigsten Desiderate in präventiv orientierten Interventionen, da sie nicht nur bedeutsam für die Klasse als Ganzes sind, sondern unter ihnen auch besonders viele hochbelastete Personen anzutreffen sind.

#### *Empirische Referenzen:*

(Aus Kursleiter-Umfrage: Falls Ihre SchülerInnen oder einige von ihnen profitiert haben: worin und wodurch?) „Durch intensiven Ge-

dankenaustausch und Stärkung der Außenseiter“ (Kursleiterin 4).

(Aus Mentoren-Umfrage: Was war dein persönlicher Schlüsselmoment beim Mentorengespräch? [Wichtigstes Erlebnis]) „Die Dominanz einer symptomatisch sehr belasteten Schülerin“ (Mentorin 5).

„Eine Schülerin fiel durch ihre äußere Erscheinung (starkes Übergewicht) und die räumliche Abgrenzung während der Gruppenfindungsphase auf. Sie signalisierte durch ihre Sitzhaltung und Mimik Zurückgezogenheit“ (Kursleiter 12).

#### **Typus 6: Die Leistungsorientierten**

*Beschreibung:* Eine Gruppe von Schülern orientiert sich stark an Leistung, fachlich objektiveren oder naturwissenschaftlichen Wissensinhalten und möglicherweise Noten als extrinsische Belohnung für ihre Beiträge. Dies trifft mehr auf gymnasiale Schulformen zu als auf andere. Diese Schüler können bei gelegentlich geringem Interesse am Kursthema stark auf den Kursleiter orientiert sein, kommunizieren eher selten konstruktiv mit ihren Peers und fordern, die Vermittlung von Fakten stärker zu gewichten als die Selbst- und soziale Reflexion.

#### *Empirische Referenzen:*

„Am Anfang war ich zugegebenermaßen sehr skeptisch und abgeneigt. Solche Drogen- und Alkoholpräventionen hatten wir schon einige Male gemacht und ich hab mir nur gedacht: Bloß nicht noch so ein Sozialpädagogenmist. Ich mag Bio und für dämliche, unsinnige Spielchen muss ich jetzt auf meine Biostunden verzichten. Aber nach und nach hat mich Rebound mit dem ganz anderen Ansatz relativ überzeugt“ (Schüler 4).

„Ich hatte eine kleine, aber einflussreiche Gruppe im Kurs, die von einigen als ‚Streber‘ abgelehnt und von anderen bewundert wurden. Sie haben sich an Referaten und Präsentationen beteiligt, aber kaum an Gesprächen mit Selbstbezug“ (Kursleiter 5).

#### **Typus 7: Die Desillusionierten**

*Beschreibung:* Einige Schüler lehnen Methoden und Inhalt des sozialen Lernens ab, weil sie keinen positiven Bezug zu Kursthema, Kursleiter oder Schule als Ganzes entwickeln oder negative Erfahrungen mit Präventionsaktivitäten in ihrer Vergangenheit gemacht haben. Sie fühlen

sich von Kursleitern leicht unter Selbstoffenbarungsdruck gesetzt, verfügen nur über eine geringe persönliche oder kollektive Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich Veränderungen, die durch präventive Interventionen möglich sind. Durch bedeutsame Momente mit Authentizitätscharakter kann eine Veränderung des Interaktionsmusters erreicht werden.

#### *Empirische Referenzen:*

„Diese lächerlichen Präventionen, die jeder Schüler durchstehen muss, verleihen Rebound einen echt schlechten Ruf. Und viele Schüler gehen schon angekotzt in die erste Stunde – und neigen dazu die Haltung auch nicht mehr zu ändern“ (Schülerin).

„Es macht sowieso keinen Sinn, über Risiken zu reden. Jeder macht sowieso, was er will, oder muss es ausprobieren“ (Schüler).

„Ich denke, von 100% der Schüler denken nur 20% darüber nach, den meisten ist das egal, die machen, was die wollen“ (Schüler).

(Aus Mentoren-Umfrage: Gab es eine schwierige Situation? Wenn ja, was war das und wie bist du damit umgegangen?): „Anfangs wirkten zwei der Mädchen etwas demotiviert und desinteressiert, was sie durch „Gekichere“, wenig Anteilnahme und Unaufmerksamkeit äußerten, indem sie ihren Mitschülern nicht zuhörten. Ich versuchte, die beiden mehr einzubeziehen durch direktere Ansprachen, was auch gut funktionierte. Danach äußerten die beiden ebenfalls ihre Geschichten und schienen dabei auch Freude zu haben, Erfahrungen mitzuteilen“ (Mentor 2).

### Typus 8: Die Rebellen

*Beschreibung:* Schüler vom Typus des „Rebellen“ können positive oder negative Impulse für den Kursverlauf haben. Positiv kann die Authentizität in ihrem Kommunikationsverhalten wirken, negativ ist es, wenn das präventive Kursthema, die interaktiven Methoden, die vereinbarten Kommunikationsregeln oder die Notenfreiheit usw. von den „Rebellen“ genutzt werden, um im Mittelpunkt zu stehen oder durch Rivalisieren mit dem Kursleiter die Peers zu beeindrucken. Unter diesem Typus werden auch die „demonstrativ Coolen“, die an adoleszenten Szenen orientierten Jugendlichen (HipHop, Techno, Gothic usw.), die „notorischen Komiker“, die „unaufmerksamen Störenfriede“ oder „Chaoten“ subsumiert – als Ausprägungen des „Rebellen“, die den Kursleiter stets zur Gestaltung von Regeln und Grenzen auffordern, während fachliche Programminhalte eher in den Hinter-

grund treten. Oft verfolgt der Rebell unabhängig von den Inhalten des Präventionskurses das Entwicklungsthema „Autonomie“.

#### *Empirische Referenzen:*

(Aus Mentoren-Umfrage) Gab es etwas, das dich im Mentoren-Gespräch überrascht hat? „Die zwei Jungs, von denen ich am Anfang vermutet hatte, dass sie den Ablauf der Mentoren-Stunde stören könnten, waren am offensten und sehr interessiert, was der Gruppe neuen Schwung gegeben hat“ (Mentor 3).

„(..) Ein Störenfried, der die anderen immer wieder mit Ablenkungen genervt hat“ (Kursleiter 4).

„Sie fanden es schade, dass es einige SchülerInnen in der Klasse gab, die sich „cooler“ als andere fühlen und sich vom Rest der Klasse distanzieren, den Klassenzusammenhalt stören“ (Schülerin 5).

„Ein Schüler ist mir ständig ins Wort gefallen: ‚Das glauben Sie doch selber nicht‘, ‚sie wollen nur, dass wir aufhören zu rauchen‘, ‚Sie waren doch genauso wie wir‘ usw. Das hat mir für die anderen richtig leidgetan, weil wir kaum ein tieferes Gespräch führen konnten“ (Kursleiterin).

### 3.2 Differenzierung der Zielgruppe nach Konsummuster

In der Suchtprävention mit älteren Gruppen ab 14 Jahren ist zu berücksichtigen, dass jeder dieser acht konstruierten Schüler-Interaktions-Typen mit unterschiedlichen Risikoverhaltensweisen an Präventionsprogrammen teilnimmt. Das bedeutet: Die Mädchen oder Jungen können konsumerfahren oder -unerfahren sein, nur mit legalen oder auch mit illegalen Substanzen experimentieren, Gewohnheits- oder Gelegenheitskonsumenten sein. Einige der Schülerinnen und Schüler sind zu Beginn eines Kurses eher aufgrund ihrer wenig fortgeschrittenen biologischen Entwicklung oder einer konsumfernen sozialen Umgebung unerfahren im Umgang mit psychoaktiven Substanzen. Andere vertreten bewusst und offensiv eine abstinenten „straight edge“-Haltung oder zeigen sich gar nicht interessiert an Rauschzuständen, da ihre Aufmerksamkeit bei Leistung und Karriere liegt. In Kombination mit dem Interaktions-Typen ergeben sich individuelle Interessenlagen und Kommunikationsmuster in Schulklassen, die eine hohe Kompetenz von Seiten der Pädagogen erfordern, Präventionsbotschaften und -methoden an die Individuen in ihrer Klasse zu adaptieren.

## 4 Diskussion

### 4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Es wurde eine empirisch-qualitativ begründete Typologie von Schüler-Interaktionsverhaltensmustern entwickelt („constructed types“). Sie beruht auf einem von 38 Lehrern und Präventionsexperten selbstentwickelten Ordnungsversuch. Acht Schüler-Typen wurden bezüglich der Merkmale Interesse, Kommunikation, Beteiligung und Autonomie gegenüber den Peers systematisiert und konzeptuell skizziert. Die Typenbegriffe lauten: Die Meinungsführer, die Mitläufer, die Authentischen, die Pseudo-Reflektierten, die Außenseiter, die Leistungsorientierten, die Desillusionierten und die Rebellen. Sie beschreiben Interaktionsmuster, denen sich Pädagogen in einer älteren Gruppe von Schülern gegenübergestellt sehen. Die Interaktionsmuster überlappen sich, ein Schüler kann im Laufe der Zeit in einem oder mehreren dieser Interaktionsmuster kommunizieren.

### 4.2 Methodenkritik

Typologien unterscheiden sich bezüglich ihres Abstraktionsniveaus, ihrer Komplexität, dem Messniveau ihrer Merkmale, ihrem Empiriebezug und Erkenntnisziel (vgl. Kluge, 1999: 53). Auf empirisch einfachem Niveau wurden pragmatische Unterscheidungen systematisiert, die Präventionsexperten anwenden, um Interaktionsprobleme in ihrer Zielgruppe (junge Menschen zwischen 14 und 17 Jahren) zu beschreiben. Die konstruierte Typologie ist nützlich, weil in der handlungsleitenden Realität von Pädagogen und Schülern nicht Homogenität, Eindeutigkeit und Ausschließlichkeit (vgl. Cappecchi & McKinney, in: Kluge, 1999) herrschen, sondern Vielfalt und Prozesshaftigkeit. Die empirische Messbarkeit (Operationalisierung) und Häufigkeit der Interaktionsmuster muss in einer eigenen Studie überprüft werden. Der Vorteil der entworfenen Typologie liegt in ihrer Anschaulichkeit und Berücksichtigung dynamischer Faktoren und Zusammenhänge, die das Präventionsgeschehen im Klassenraum beeinflussen. Nachteile sind die kleine Expertenstichprobe, auf der die Typologie beruht und die selektive empirische Grundlage in verbalen Daten, die nicht zum Zweck dieser Typologisierung erhoben worden waren. Der Hintergrund der Präventionsexperten umfasste – neben dem noch relativ neuen REBOUND-Programm – Unterrichtserfahrung in Lions Quest, Klasse 2000 und einer Reihe von nicht-evidenzbasier-

ten Praktiken. Die Beschreibung der acht Typen erfolgte in Form von „heuristischen Idealtypen“ (Kluge, 1999). Sie sollte im nächsten Schritt reale Fallvignetten einschließen, aus denen prototypische Beispiele für jeden Typus gezogen werden. Ignoriert wurde die mögliche geschlechterspezifische Typisierung von Interaktionsmustern.

### 4.3 Schlussfolgerungen für die Ausbildung von Pädagogen in Präventionsprogrammen

Schüler-Interaktionsmuster sollten von (Gesundheits-)Pädagogen differenziert wahrgenommen und mit einer methodisch überlegten Reaktion beantwortet werden. Typologische Unterscheidungen helfen Pädagogen bei der Selbsteinschätzung ihres eigenen Interaktionsstils, um ihre Affinität zu und Probleme mit bestimmten Schüler-Typen antizipieren und reflektieren zu können. Die Heterogenität in Schulklassen wird im suchpräventiven Kontext außerdem durch verschiedene Grade von Konsumerfahrenheit und lehrertypische Interaktionsmuster, wie wir sie im Literaturüberblick dargestellt haben, erhöht. Deshalb lautet unsere These: Die Risikobotschaften und schadensminimierenden Informationen in Präventionsprogrammen werden durch dieses dreifach strukturierte Feld moduliert: Schüler-Interaktionsmuster, Konsumerfahrenheit und Lehrer-Interaktionsmuster. In Programmen, die sich an ältere Zielgruppen richten wie *Unplugged* (EU-DAP) oder *REBOUND*, erhöht sich die Komplexität durch größere Autonomie und Konsumerfahrenheit der älteren Schüler.

Die konstruierte Schüler-Typologie ist nützlich für die Anwendung im gezielten Interaktionstraining von Kursleitern in Weiterbildung und Supervision. Das Ziel liegt darin, produktive Strategien im Umgang mit der Vielfalt im Klassenzimmer zu erlernen. Die Effekte eines solchen Trainings werden im Idealfall über Präventionsprogramme hinaus auf andere Unterrichtssituationen generalisiert. Der variable und strategische Umgang mit unterschiedlichen Interaktionsmustern sollte idealerweise bereits in die Lehrerausbildung integriert werden. Die durch negativ erlebte Schüler-Lehrer-Interaktionen verursachten Konflikte sind Ursache von Stress bei Lehrern, der sich in erlernter Hilflosigkeit (Seligman, 1975) und geringer Selbstwirksamkeitserwartung auswirken kann (Bandura, 1997; Schaarschmidt, 2005). Bei Schülern führen ungelöste Interaktionskonflikte im Klassenzimmer tendenziell zur Entfrem-

derung vom Schulsystem (vgl. Raufelder, Bukowski & Mohr, 2013) – insbesondere, wenn solche Konflikte ausschließlich durch institutionelle Macht und Sanktionen gelöst werden. Genau hier bestehen aber Chancen der Gesundheitspädagogik im Schulsystem: Durch ihre personbezogenen Inhalte und Methoden sowie die Befreiung vom Notendruck des Standard-Curriculums erhalten Schüler und Lehrer die Möglichkeit, Interaktionsmuster transparent und offen zu klären. Das funktioniert jedoch nur, wenn Lehrer über die Fachdidaktik hinaus in der Wahrnehmung und Lösung von Interaktionsmustern trainiert werden.

Dazu gibt es wissenschaftlich fundierte Modelle: Analog zum erfolgreichen Training von Medizin-Studierenden mit Patientenschauspielern (z.B. *Medi-KIT* an der medizinischen Fakultät Heidelberg oder das *Explorationspraktikum* an der Meduni Wien, vgl. Fröhmel, Burger & Ortwein, 2007) können filmunterstützte, situative Kompetenztrainings mit Feedbackschleifen durchgeführt werden. Wesentlich dafür sind Feedback-offene Weiterbildungssituationen, also gemeinsames Lehren und Lernen. Team-Teaching, die Analyse von Videoaufzeichnungen und Methoden wie das Reflecting Team bieten sich an, um Gesundheitspädagogen auf die Praxis vorzubereiten. Feedbacks können wie im *REBOUND*-Programm durch mitlernende Pädagogen, Schüler und Peers erfolgen (das sind im *REBOUND*-Programm junge Studierende, die als Mentoren am Präventionsunterricht teilnehmen). Wenn die Feedback-Kultur außerhalb von gesundheitspädagogischen Fortbildungen nicht weitergeführt wird, kann allerdings nicht mit nachhaltigem Kompetenzerwerb bei Lehrern gerechnet werden. Im Regelschulsystem der deutschsprachigen Länder gibt es noch viel zu wenige Möglichkeiten für Intervention und Supervision, in der Pädagogen funktionale Interaktionsmuster trainieren und ihre Selbstregulationsfähigkeit stärken können?<sup>2</sup>

Aus der konstruierten Schüler-Interaktionstypologie lassen sich naheliegende Hypothesen für die erfolgreiche Durchführung von Suchtprävention im schulischen Kontext formulieren. Es gibt Interaktionsmuster, die Pädagogen bereits frühzeitig im Kurs stärken sollten: Eine Allianz mit „den Authentischen“ kann durch selektive Authentizität auf Pädagogenseite, zum Beispiel durch geplante, kontrollierte Selbstoffenbarungen gestärkt werden („Wie habe ich als Jugendlicher gefühlt und gedacht?“). Ryan & Deci (2000) sprechen in diesem Zusammen-

hang von der empirisch wünschenswerten „Involviertheit der Lehrenden“.

Die Heranführung der „Außenseiter“ in die Klasse durch Methoden, die Perspektivübernahme und Empathie trainieren, hilft die weitverbreitete Mobbing-Thematik anzugehen, die direkt mit erhöhtem Alkoholkonsum in Verbindung zu stehen scheint (Peleg-Oren, Cardenas, Comerford & Galea, 2012; Topper, Castellanos-Ryan, Mackie & Conrod, 2011). Und das transparente Aufdecken von „Pseudo-Reflektiertheit“ kann durch die Konfrontation der Schülerinnen und Schüler mit realen Situationen zu positiver Irritation (kognitiver Dissonanz) führen. So kann ein funktionalerer Selbstbezug eingeübt werden. Im *REBOUND*-Programm wird Letzteres durch Training mit realitätsnahen Filmsequenzen und Exkursionen versucht.

#### 4.4 Schlussfolgerungen für die Forschung

Der wiedergegebene Stand der internationalen Forschung im Suchtpräventionsbereich zeigt, dass wir erst beginnen zu verstehen, dass Pädagogen besser für die Vermittlung von evidenzbasierten Programmen geschult werden müssen. Die Arbeitsgruppe um Pettigrew et al. (2013) konnte zeigen, dass die Outcomes ihres Programmes stark von Lehrer-Interaktionsstilen beeinflusst werden. Demnach sollte mit empirischen Modellen geforscht werden, die Interaktionsstile von Pädagogen und Schülern berücksichtigen. Dieses Vorgehen hilft dabei von einem „Medikamenten-Modell“ in der Prävention wegzukommen und ein Forschungsmodell evidenzbasierter Beeinflussung von sozialen Interaktionen zu stärken.

Ein wissenschaftliches Desiderat ist ebenfalls, die Voraussetzungen für Lerntransfer der Multiplikatoren (Pädagogen) aus Gesundheitsprogrammen auf ihre Regelfächer besser zu verstehen. Erforscht werden muss also, unter welchen Umständen das Unterrichten von Prävention für die Schule als Ganzes günstige Effekte hat.

Schließlich sollte auch empirisch gezeigt werden, wie sich Interaktionsstile im Laufe eines Präventionskurses verändern (Dynamik).

#### 4.5 Fazit

Wir haben uns dem Problem der Heterogenität gesundheitspädagogischer Zielgruppen durch eine Differenzierung von Interaktionsstilen aus Lehrer-Sicht angenähert. Eine Festlegung auf

<sup>2</sup> Auch über eine ausführliche Recherche waren keine systematischen Daten zur Verfügbarkeit und Wahrnehmung solcher Angebote durch Lehrer zu finden.

starre Persönlichkeitseigenschaften (Traits) von Schülern und Lehrern haben wir durch den Fokus auf Interaktion vermieden. Ebenfalls interessant ist der von Pettigrew et al. (2013) verfolgte Ansatz eines Ratings von „Klassenzimmer“-Interaktionsstilen“, allerdings weniger pragmatisch nutzbar. Die Illusion der Zielgruppen-Homogenität in der Forschung und öffentlichen Kommunikation („die risikoaffinen Jugendlichen“) behindert Fortschritte in Richtung evidenzbasierter Gesundheitsprogramme.

Lehrer werden häufig als Multiplikatoren in der Suchtprävention eingesetzt. In den staatlichen Bildungssystemen des deutschsprachigen und angloamerikanischen Raumes stehen Fachkompetenzen im Mittelpunkt der Lehrerbildung. Der professionelle Aufbau von sozialer Kompetenz auf Seiten der Pädagogen erfolgt in diesem System unsystematisch und beiläufig, als „selbstverständlicher Bestandteil der Lehrerentwicklung“. Für einen Teil der Lehrerinnen und Lehrer stellt das Unterrichten von Inhalten und Methoden der Gesundheitsförderung und Prävention eine strukturierte Gelegenheit dar, ihre professionellen sozialen Kompetenzen und damit ihren Unterrichtsstil zu entwickeln.

## Literatur

- Bailey, K. D. (1994): *Typologies and Taxonomies. An Introduction to Classification Techniques*. Thousand Oaks, London, New Dehli: Sage.
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 84 (2), 191-215.
- Bandura, A. (1994): Self-efficacy. In: V. Ramachandran (Hrsg.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, S. 71-81). New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1997): *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. Worth Publishers.
- Baumrind, D. (1966): Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development* 37 (4), 887-907. doi:10.2307/1126611
- Becker, H. S. (1968/1950): *Through values to social interpretation. Essays on Social Contexts, Actions, Types and Prospects*. New York: Greenwood Press.
- Biglan, A., Metzler, C. W., Wirt, R. et al. (1990): Social and behavioral factors associated with high-risk sexual behavior among adolescents. *J Behav Med* 13 (3), 245-261.
- Butler, R. (2007): Teachers' achievement goal orientations and associations with teachers' help seeking: Examination of a novel approach to teacher motivation. *Journal of Educational Psychology* 99 (2), 241-252. doi:10.1037/0022-0663.99.2.241
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M. & Hansen, W. (2003): A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research* 18, 237-256.
- Ellickson, P. L. & Morton, S. C. (1999): Identifying adolescents at risk for hard drug use: Racial/ethnic variations. *Journal of Adolescent Health* 25 (6), 382-395. doi: 10.1016/s1054-139x(98)00144-x.
- Fröhmel, A., Burger, W. & Ortwein, H. (2007): Einbindung von Simulationspatienten in das Studium der Humanmedizin in Deutschland. [Simulated patient programs at German medical schools]. *Dtsch med Wochenschr* 132 (11), 549-554. doi:10.1055/s-2007-970375
- Kember, D. (1997): A reconceptualisation of the research into university academics' conceptions of teaching. *Learning and Instruction* 7 (3), 255-275. doi:10.1016/S0959-4752(96)00028-X.
- Kluge, S. (1999): *Empirisch begründete Typenbildung. Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen: Leske und Budrich.
- Kolenaty, E. & Weber, S. (2003): Open Space und Organisation. *Zeitschrift für Organisationsentwicklung* (2).
- Kröninger-Jungaberle, H., Heyden, M. v., DuBois, F., Nagy, E., Verres, R. (2014): REBOUND – a media-based education and prevention program. Rationale, curriculum and implementation. *Health Education Journal*, in Druck.
- Lamnek, S. (2010): *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz-Verlag.
- Lazarsfeld, P. F. (1959): Latent Structure Analysis. In: S. Koch (Hrsg.), *Psychology: A Study of a Science. Study I: Conceptual and Systematic. Volume 3* (S. 477-543). New York, Toronto, London: McGraw-Hill Book Company.
- McKinney, J. C. (1970): Sociological Theory and the process of Typification. In: J. C. McKinney & E. A. Tiryakian (Hrsg.), *Theoretical Sociology. Perspectives and Developments* (S. 235-269). New York: Meredith.
- Metzger, I., Cooper, S. M., Zarrett, N. & Flory, K. (2013): Culturally Sensitive Risk Behavior Prevention Programs for African American Adolescents: A Systematic Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review* 16 (2), 187-212. doi:10.1007/s10567-013-0133-3
- Owen, H. (2001): *Open Space Technology deutsch: Open Space Technology – Ein Leitfaden für die Praxis*. Stuttgart Klett-Cotta.
- Peleg-Oren, N., Cardenas, G. A., Comerford, M. & Galea, S. (2012): An Association Between Bullying Behaviors and Alcohol Use Among Middle School Students. *Journal of Early Adolescence* 32 (6), 761-775. doi:10.1177/0272431610387144.

- Pettigrew, J., Miller-Day, M., Shin, Y. et al. (2013): Describing Teacher-Student Interactions: A Qualitative Assessment of Teacher Implementation of the 7<sup>th</sup> Grade keepin' it REAL Substance Use Intervention. *American Journal of Community Psychology* 51 (1-2), 43-56. doi:10.1007/s10464-012-9539-1
- Radel, R., Sarrazin, P., Legrain, P. & Wild, T. C. (2010): Social contagion of motivation between teacher and student: Analyzing underlying processes. *Journal of Educational Psychology* 102 (3), 577.
- Raufelder, D., Bukowski, W. M. & Mohr, S. (2013): Thick Description of the Teacher-student Relationship in the Educational Context of School: Results of an Ethnographic Field Study (Vol. 1). *Journal of Education and Training Studies* 1 (2), 1-18.
- Raufelder, D., Jagenow, D., Drury, K. & Hoferichter, F. (2013): Social relationships and motivation in secondary school: Four different motivation types. *Learning and Individual Differences* 24 (0), 89-95. doi:10.1016/j.lindif.2012.12.002
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000): Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist* 55 (1), 68-78. doi:10.1037/0003-066X.55.1.68
- Schaarschmidt, U. (2005): Halbtagsjobber?: Psychische Gesundheit im Lehrerberuf – Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes. Weinheim: Beltz.
- Seligman, M. E. P. (1975): *Helplessness. On Depression, Development and Death*. San Francisco: Freeman & Comp.
- Skinner, E. A. & Belmont, M. J. (1993): Motivation in the classroom: Reciprocal effects of teacher behavior and student engagement across the school year. *Journal of Educational Psychology* 85 (4), 571-581. doi:10.1037/0022-0663.85.4.571
- Stern, W. (1911): *Die Differenzielle Psychologie in ihren methodischen Grundlagen*. Leipzig: Barth.
- Topper, L. R., Castellanos-Ryan, N., Mackie, C. & Conrod, P. J. (2011): Adolescent bullying victimisation and alcohol-related problem behaviour mediated by coping drinking motives over a 12 month period. *Addictive Behaviors* 36 (1-2), 6-13. doi:10.1016/j.addbeh.2010.08.016
- Tugwell, P., Petticrew, M., Kristjansson, E. et al. (2010): Assessing equity in systematic reviews: realising the recommendations of the Commission on Social Determinants of Health. *BMJ* 341. doi:10.1136/bmj.c4739
- Wentzel, K. R. (2002): Are effective teachers like good parents? Teaching styles and student adjustment in early adolescence. *Child Dev* 73 (1), 287-301.
- Whitehead, M. (1992): The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 22 (3), 429-445.
- Zerssen, D. v. (1973): Methoden der Konstitutions- und Typenforschung. In: M. Thiel (Hrsg.), *Enzyklopädie der geisteswissenschaftlichen Arbeitsmethoden*. 9. Lieferung: *Methoden der Anthropologie, Anthropogeografie, Völkerkunde und Religionswissenschaft* (S. 35-143). München, Wien: Oldenbourg.
- Ziegler, R. (1973): Typologien und Klassifikationen. In: G. Albrecht, H. Daheim & F. Sack (Hrsg.), *Soziologie. Sprache – Bezug zur Praxis – Verhältnis zu anderen Wissenschaften*. Opladen: Westdeutscher Verlag.



**Dr. Henrik Kröniger-Jungaberle**  
 Gesundheits-, Präventions-  
 und Drogenforschung  
 Leiter des EU-geförderten Life Skills-  
 Programms REBOUND  
 Institut für Medizinische Psychologie  
 im Zentrum für Psychosoziale Medizin  
 Universitätsklinikum Heidelberg  
 henrik\_jungaberle@med.uni-heidelberg.de



**Mag. phil. (cand.) Felix Schuldt**  
 FINDER-Akademie für Soziales Lernen,  
 Bildungsinnovation und Learn Tech  
 c/o Institut für Medizinische Psychologie  
 im Zentrum für Psychosoziale Medizin  
 Universitätsklinikum Heidelberg  
 felix.schuldt@finder-akademie.de

## Dionysos. Rausch und Ekstase

Martin Poltrum

Einer der vielgestaltigsten mythologischen Figuren, dem Gott des Rausches und der Ekstase, Dionysos, ist im Dresdner Residenzschloss vom 6. Februar bis zum 10. Juni eine sehr spannende Ausstellung gewidmet. Die Ausstellung, die in Zusammenarbeit mit dem Bucerius Kunst-Forum Hamburg entstand, zeigt mit über 80 Kunstwerken – darunter antike Skulpturen und Vasen sowie Gemälde, Zeichnungen und Druckgraphik von Peter Paul Rubens, Anthonis van Dyck, Annibale Carracci bis Lovis Corinth, Franz von Stuck und Max Beckmann – die lebenspralle und ausgelassene Sphäre des Dionysischen. Bereichert werden die Meisterwerke aus den Dresdner Sammlungen um wertvolle Leihgaben aus internationalen Museen.

Dionysos, das zeigt der sehr lesenswerte Katalog zur Ausstellung, steht für eine vielschichtige und heterogene Phänomen-Welt. Nicht nur um die Herkunft des Dionysos, der bei den Römern Bacchus oder Liber hieß, ranken sich viele Erzählungen, sondern vielzählig sind auch die Aufgaben und Zuständigkeiten des exzentrischen Gottes. Bacchus ist der Gott der Dichter, der Mysteriengott, der Gott des Tanzes, der Ekstase und des Wahnsinns, der Gott der Fruchtbarkeit und der Sexualität, der Gott rauschhafter Feste (Dionysoskult) und für die Romantiker war er die Spur und die Erinnerung an die „entflohenen Götter“ (vgl. Schmidt, Schmidt-Berger, 2008)

Faszinierend sind auch die Begleiter des Dionysos – Mänaden und Satyrn. Die manischen Raserinnen, die weiblichen Gefährten des Dionysos werden dabei nicht selten in sexuell einschlägigen Posen mit den männlichen Begleitern des Dionysos, den Satyrn, dargestellt. Hin und wieder ist ein Satyr dabei mit erigiertem Penis abgebildet wie z.B. auf der attischen Trinkschale „Mänade wehrt sich gegen Satyr“ (um 480 v. Chr.), oder auf der „Trinkschale des Onesimos“ (um 490/480 v. Chr.), die einen Satyr und eine Mänade in einer vielversprechenden erotischen Haltung zeigen (siehe Bildstrecke, S. 61).

Die Vasenbilder im Ausstellungskatalog sind im Übrigen etwas vom Besten und geben Einblicke in die antike Erotik und Verführungskunst. Die erotischen, nahezu parapornografischen Bilder auf der Unterseite der attischen Trinkschale des Onesimos (siehe Bildstrecke S. 59) dürften zur antiken Datings- und Eroberungskunst gehört haben. So lesen wir im Text von Bernhard Maaz (2014, S. 48) – „Gemeinsame Sache. Erotische Bilder im Zeichen des Dionysos“ zur Trinkschale: „Ein bärtiger, stupsnasiger Satyr beschleicht eine lagernde Frau und streicht ihr über die Schenkelinnenseite, während sie mit lässiger Gebärde einen Arm über den Bauch, nicht etwa abwehrend über die Scham, legt und den anderen hinter den Kopf biegt: die freizügige und erstaunlich modern anmutende Aktzeichnung lässt keinen Zweifel darüber, dass es hier darum gehen wird, gemeinsam Sache zu machen. Die Darstellung befindet sich auf der Unterseite einer Trinkschale, sie enthüllt sich demzufolge erst beim Anheben des Gefäßes – also im Zeichen des Dionysos –, und das auch zunächst dem oder der Gegenübersitzenden. Die erotisierende Wirkung ist also intendiert.“

### Literatur

- Schmidt, J., Schmidt-Berger, U. (2008): *Mythos Dionysos. Texte von Homer bis Thomas Mann*. Stuttgart: Reclam.
- Maaz, B. (2014): *Gemeinsame Sache. Erotische Bilder im Zeichen des Dionysos*. In: M. Philipp (Hrsg.), *Dionysos. Rausch und Ekstase*. München: Hirmer-Verlag.

### Katalog zur Ausstellung

Dionysos. Rausch und Ekstase, Ausstellung und Katalog, Michael Philipp, Bucerius Kunst Forum, in Zusammenarbeit mit Kordelia Knoll und Sebastian Oesinghaus, Skulpturensammlung, Staatliche Kunstsammlungen Dresden, Hirmer-Verlag: München 2014.



Bildstrecke

## Dionysos. Rausch und Ekstase

Ausstellung  
der Staatlichen  
Kunstsammlungen  
Dresden und des  
Bucerius Kunst Forum  
Hamburg

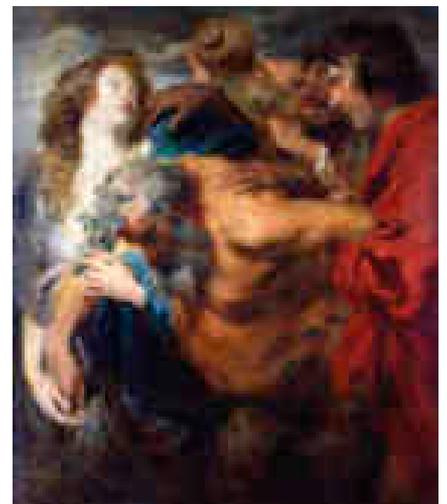
Caesar Boetius van Everdingen, Bacchus und Ariadne, um 1660.  
Öl auf Leinwand, 147 cm x 161 cm. Gemäldegalerie Alte Meister.  
© Staatliche Kunstsammlungen Dresden. Foto: Elke Estel/Hans-Peter Kult



Attische Trinkschale, Töpfer Hieron, Maler  
Mänade wehrt sich gegen Satyr, um 480 v. Chr.  
© Staatliche Antikensammlungen  
und Glyptothek München. Foto: Renate Kühling



Guido Reni  
Calvenzano oder Bologna  
1575 – 1642 Bologna.  
Trinkender Bacchusknabe, um 1623.  
Öl auf Leinwand, 72 x 56 cm.  
Gemäldegalerie Alte Meister,  
Gal.-Nr. 327



Anton van Dyck  
Der trunkene Silen, um 1619/1620.  
Öl auf Leinwand, 107 cm x 91,5 cm.  
Gemäldegalerie Alte Meister.  
© Staatliche Kunstsammlungen Dresden  
Foto: Elke Estel/Hans-Peter Klut

Satyr mit Mänade (?),  
Trinkschale des Onesimos,  
um 490/480 v. Chr.,  
Bremen, Antikenmuseum  
im Schnoor, Stiftung  
Heidrun und Manfred  
Zimmermann (Kat. 77)



Symposion,  
Trinkschale des Onesimos,  
um 490/480 v. Chr.,  
Bremen, Antikenmuseum  
im Schnoor, Stiftung  
Heidrun und Manfred  
Zimmermann (Kat. 77)



Siehe auch:  
<http://www.skd.museum/de/sonderausstellungen/dionysos-rausch-und-ekstase/index.html>

**Dr. Martin Poltrum**  
Koordinator der Akademie  
des Anton-Proksch-Instituts,  
Philosoph und Psychotherapeut  
[martin.poltrum@api.or.at](mailto:martin.poltrum@api.or.at)  
[www.philosophiepraxis.com](http://www.philosophiepraxis.com)

Bildstrecke

## Kunstprojekt „Sculpt Fiction“

Im September 2013 fand im Anton-Proksch-Institut, Bereich: Aktivierung, Kreativität und Lebensgestaltung, das künstlerische Projekt „Sculpt Fiction“ statt. Mit dem therapeutischen Ziel der Steigerung von Stabilität, Strukturiertheit, Kreativität und sozialer Kompetenz durch intensives Einlassen und Erleben kreativ-künstlerischer Prozesse wurde einer Gruppe von 12 PatientInnen die Möglichkeit geboten, über einen Zeitraum von zwei Wochen jeweils eine eigene Skulptur zu erarbeiten. Die fertigen Skulpturen wurden schließlich im Garten der Klinik ausgestellt.



Zu leben heißt zu kämpfen. G. ST., 2013



Frau und Mann. PH. O., 2013



Frau und Mann. CH. B. und E.-M. K., 2013



Stumme Dienerin. J. W., 2013



Der betende Baum. B. C., 2013



Der Steinbeisser. E. W., 2013



Feuerkelch – Der Kelch des Lebens. T. SCH., 2013



ohne Titel. F. T., 2013

## „Fick mein Leben“ – Raus aus Novo

Essay eines ehemals Spielsüchtigen

„Fick mein Leben, fick mein Leben!“ Klack. Klack. Und wieder sind 20 Euro für immer verschwunden. Goran hat ein beschissenes Leben. Er kommt aus einer Zuwanderer-Familie aus Serbien, spricht gebrochen Deutsch und verdient sein Geld in einem Automatenkasino, das er nach Dienstschluss wieder an den Automaten verspielt. Seine Mutter hat wegen ihm einen Kredit von 150.000 Euro laufen. Ich verdiene in einem ordentlichen Bobo-Job etwas mehr als mein Jugo-Kumpel, habe aber auch nur ein Zwanzigstel seiner Schulden. Letztlich egal, Geld hat kein Mascherl. Jetzt sitzt er neben mir an einem Novomatic-Gerät und drischt wie ich auf die Tasten ein. Soeben hat er die Wahl: Nimmt er die 20 Euro Gewinn plus 180 Euro Bonus oder kennt er die richtige Taste. Rot oder Schwarz? „Fick mein Leben“, jubelt er und drischt auf die schwarze Taste. Richtig, 400 Euro! Wir schauen uns kurz an und grinsen. „Soll ich nehmen?“, fragt er mich. Ich zögere mit der Antwort. Ich bin im Gegensatz zu ihm der Sicherheitsdirektor. „Nimm die 400“, sag ich. „Fick dein Leben“, schreit der junge Mann und wählt nochmal schwarz. 800 Euro. Er ist im Rausch, Dionysus hat ihn fest im Griff. Nochmal schwarz, wieder richtig. Jetzt steht er bei 1.600 Euro. 20 Euro Fixgewinn und 158 AGs. Er grinst mich an wie mein Bruder: „Unter 100 AGs (Actiongames, die Novomatic erfunden hat, um den gesetzlichen Höchstgewinn zu umgehen) höre ich nicht auf zu gambeln.“ Er nimmt das Geld. Finally. Novomatic belohnt ihn jetzt mit 20 Euro Gewinn und 158 AGs. Pro AG gibt das Glücksrad im Bonusgame zehn Euro oder gar nix, weil es eine Niete ist. Manchmal bleibt die Uhr auch auf dem Sechser stehen, dann kommen nochmal sechs AGs, also 60 Euro, dazu. Für den Moment steigt also Gorans Gesamtkontostand auf 1.700 Euro. Und Goran hat das Gefühl, ein leibhaftiger Halbgott zu sein. Soeben hat er mit Glück, Instinkt und Nervenstärke in 30 Sekunden Gottspielen aus 40 Euro 1.600 Euro gemacht. Er wird an diesem Abend so wie ich ohne einen Cent nach Hause gehen. Und das wissen wir in diesem Moment

beide. Zumindest ahnen wir es. Aber andererseits: Manchmal sind wir auch Halbgötter. Vielleicht geht doch noch was. Wir spielen beide weiter.

Diese Geschichte ist wahr. Ich bin ein ehemaliger Spieler, Zocker, Novomatic-Förderer, Irrer. Süchtiger. Fünf Jahre habe ich diesen Wahnsinn mitgemacht und mein Leben und das in meinem Umfeld ruiniert. Nicht nur ich war betroffen, auch meine Familie, meine Freunde, mein Arbeitsplatz. Co-Abhängigkeit nennt man das wissenschaftlich und die ist nicht zu unterschätzen, sie fordert alles von den betroffenen Angehörigen. Geklaut habe ich nie, aber selbst diese Gedanken waren mir am Ende des Wahnsinns nicht mehr fremd. Ich kann verstehen, warum Menschen sich prostituieren oder klauen, um an Kohle für den Rausch zu gelangen. Der Rausch, immer schon enger Freund und schwieriger Feind des Menschen, ist ein Hund. Rational kann man ihm nicht begegnen, man denke bitte kurz an Sex und den Orgasmus. Aber zurück zur Sucht. Ich bin also raus. Vorläufig, muss man wohl dazu sagen. Weil erstens ist im Leben nichts fix und zweitens kennen wir das von der ersten Zigarette oder dem ersten Bier nach 20 Jahren. Bumm, zack, und es ist wieder vorbei. Also obacht. Allerdings muss ich dazu sagen: Ohne Sucht ist das Leben einfach herrlich. Egal, was man so im Allgemeinen von der Welt oder den eigenen Problemen halten mag. Zu atmen, angstfrei, suchtfrei; zu lieben, angstfrei, suchtfrei; zu essen und zu tanzen und zu schlafen, angstfrei, suchtfrei, ist der ultimative Burner. Aber über die Sucht, die Spielsucht, wollen Goran und ich noch einiges sagen.

Ob Goran auch heute noch zockt, weiß ich nicht. Er hat mich auf Facebook gefunden, ich hab ihn geaddet und habe so ein wenig Teilnahme an seinem Leben. Er postet zumindest keine geilen „Bilder“, wie’s in der Zocker-Sprache heißt. Das ist ein beliebter Zeitvertreib unter Spielern, die Erfolge der vergangenen Nacht in die Welt zu verbreiten. Fünf Siebener oder mehrere Actiongames in Folge, die allesamt

den Kontostand in jenseitige Höhen treiben. Bei dem Einsatz, mit dem Goran spielt, ist man da schnell auf 3.000, 5.000 Euro oder mehr. Das lässt das Adrenalin steigen, das Belohnungssystem im Gehirn, bekannt von allem, was im Leben Spaß macht, spielt völlig verrückt. Und wie gesagt, Dionysos, jener Gott der griechischen Mythologie, der für den Rausch zuständig ist und seine Anhänger allesamt in den Irrsinn treibt, ist in diesen Stunden unser ständiger Begleiter. Wenn der Rausch vorbei ist, lässt uns der Gott der Ekstase wieder allein und ohne Euro zurück. Ich glaube, Goran zockt noch immer. Ich habe in den fünf Jahren niemanden getroffen, der so kompromisslos und berauscht sein Leben verspielt. Er arbeitet in einem Wettlokal und die Quoten auf seine Zukunft stehen schlecht. Behaupte ich zumindest als Kenner der Szene. Dabei verhalten sich Goran und ich, der Vergleich sei kurz gestattet, nicht anders als die Investmentbanker mit ihrer Zockerei auf Lebensmittel und lebensnotwendige Ressourcen wie Kohle, Öl und Gas. Nur mit dem Unterschied, dass die Gambler an der Börse mit dem Geld der Steuerzahler, des kleinen Mannes, gerettet werden. Aber das Suchtverhalten, angetrieben von der Gier nach mehr und dem Nicht-aufhören-Können, ist dasselbe. Ich habe mal gelesen, dass der Kokainpreis in der City of London der weltweit höchste ist. Ob diese Aussage stimmt, weiß ich nicht mit Sicherheit. Glauben würde ich es aber allemal.

Zurück zu den kleinen Idioten, Typen wie Goran und mich. Goran ist in seiner Gier nach mehr eher die Ausnahme. Es gibt auch andere Spielertypen, gemütlichere. Die nehmen jeden Gewinn, und sei er noch so klein, sofort mit. Das steigert zwar das Konto nur um wenige Cent oder Euros, aber es ist die sicherere Variante. Dennoch sind sie im Rausch vereint mit Goran und meinem Suchttypus. Wir alle können, wir wollen nicht aufhören. Wir schwitzen, fluchen, schreien, weinen manchmal und ruinieren unser Leben und das unserer Familie. Und wir wissen das auch. Aber aufhören? Sicher nicht. Der nächste Gewinn kommt bestimmt. Wir haben es schließlich schon oft erlebt. Eigentlich, so wissen wir, müssten wir nur den Zeitpunkt erkennen, an dem wir aufhören und heimgehen. In den fünf Jahren, von denen ich berichten kann, habe ich es gezählte zehn Mal geschafft. Grob geschätzte 2.000 Versuche schlugen fehl. Sicherheitsdirektor hin oder her. Und der letzte Weg nach Hause ist immer ein kleiner Tod. Die Gedanken dabei sind dunkel, finster und zukunftslos. Am Ende ging es immer nur noch darum, wenigstens den Körper, diese leere Hülle, ins Bett zu legen. Und dann für ein paar Stunden den Horror zu verschla-

fen. Aber der nächste Morgen kommt – leider – immer. Ohne Cent, ohne Freunde, ohne Welt. In den Medien erklärt derweil Frank Stronach, wie die Welt funktioniert.

Ich habe in den Tagen, in denen ich alleine und ohne Euro zu Hause im Bett lag, viel im Internet gesurft und nach Antworten gesucht. Ich habe sogar ein paar Mal Google gefragt, wie man aus der Sucht rausfindet. Google wusste es auch nicht. Ich habe sehr bald verstanden, dass es nicht lustig ist, die Zigarettenstummel vom Vortag zu rauchen und von angeschnittenem Brot und Leitungswasser zu leben. In den Volksgarten-Pavillon auf ein Bier, eine Frau einzuladen zum Abendessen, ins Kino zu gehen oder auf einen Sprung an den Millstättersee nach Kärnten, daran war sowieso nicht zu denken. Ich war schon froh, zu atmen und zu leben. Mehr war, nachdem sich der ewige Rivale von Zeus verabschiedet hatte, einfach nicht drinnen. Auf meinen einsamen Reisen durch das Internet habe ich alle Novomatic-Geschichten in den Medien aufgesaugt. Und die Postings dazu gelesen. Darin fand sich immer ein Grundtenor: Drogensüchtige und Alkoholsüchtige sind irgendwie schon bemitleidenswert, aber wie kann jemand nur so dumm sein, sein Geld in die Maschine zu stecken? Ich gebe zu, mein Vater hat es auch nie verstanden.

Die Antwort, Spielsucht ist eine Sucht wie jede andere, greift nicht. Auch, weil sie noch zu kurz als Phänomen existiert. Und weil sie mit Geld zu tun hat. Da steigen ein paar Checker aus. Die Antworten darauf sind komplizierter: Die Automaten sind diabolisch gebaut. Dafür braucht es mephistophelische Kenner der menschlichen Psyche. Zweitens, auch jeder Raucher weiß, dass die Zigarette sein Leben verkürzt. Dennoch greift er nach einer Stunde oder zwei zur nächsten Tschick. Obwohl er alles über die Folgen weiß. Drittens ist es eine Sucht. Die bedeutet immer, wo auch immer sie auftritt, dass etwas im Leben durcheinandergeraten ist. Vorher, in der Vergangenheit, oder eben im Hier und Jetzt. In diesen turbulenten Zeiten, in denen wir leben, wird die Sucht, die auch etwas mit Beziehungsunfähigkeit und Angst vor dem unsicheren Leben zu tun hat, zum Modetrend. Und viertens meldet sich irgendwann Thanatos, ein böser und guter Freund von Dionysos, der dich aus dem Leben haben will. Ich bin mir ziemlich sicher, wir tragen ihn alle in uns. Thanatos hat nur einen Reim: Raus, weg, weit weg von hier und der gesamten Scheiße rundum. Hat alles keinen Sinn. Depressive Menschen könnten ihn kennen, den Gott des Todes.

Im Internet habe ich aber auch Konstruktives gefunden. Online-Selbsthilfegruppen zum Beispiel. Die haben mir mehr geholfen als die

realen Selbsthilfe-Gruppen. Aber das ist Geschmackssache.

Ich bin also vorläufig aus dem Todesribspiel raus. Irgendwie muss er es ja geschafft haben, fragt sich nun der interessierte Leser. Mir hat vor wenigen Wochen eine Frau, die eine Selbsthilfegruppe für Spielsüchtige leitet und die ich in den vergangenen Jahren ein wenig besser kennengelernt habe, folgende Formel mit auf den Weg gegeben: Der Weg aus der Sucht besteht aus vielen Faktoren. 40 Prozent sind die eigene Kraft, die die Sucht überwinden will, ja muss. Es gibt keine andere Alternative außer dem Tod. 30 Prozent sind ein soziales Umfeld, das den Süchtigen lange, sehr lange nicht fallen lässt. Aber irgendwann fallen lassen muss. Was meine Familie und meine besten Freunde erleiden mussten, will ich mir heute nicht mehr ausmalen. Und nur 30 Prozent machen Therapie und psychologische Beratung aus. Ich kann aus eigener Erfahrung noch hinzufügen: Das stimmt, aber es braucht auch noch persönliche Veränderungen im Leben. Berufswechsel, Ortswechsel, Partnerwechsel oder Verwandtes. Es muss ein Schnitt mit dem Alten her und es braucht, wie ich in meinen Therapien gelernt habe, eine völlige Fokussierung auf die eigenen Kompetenzen. Mein Gott, was ich heute liebe, lache, schreibe, Musik höre, esse, tanze und ruhig schlafe. Das sind meine Stärken und an denen baue ich Tag für Tag weiter. Die Vergangenheit ist vorbei und schlimm genug. Was zählt ist das Heute. Das Morgen denke ich im Heute mit. Ein Gedanke, den mir kein

Psychologe, Berater oder Psychiater mit auf den Weg gab, sondern der von einem lebenserfahrenen Freund kam, bildet den Abschluss meiner Katharsis: In keiner anderen Sucht ist man so alleine mit sich selbst. Der Alkoholiker betäubt sich, wenn der Schmerz und die Realität zu stark werden, mit dem nächsten Bier. Der Drogensüchtige mit dem nächsten Schuss. Die Shoppingsüchtige shoppt und das sexsüchtige Wesen vögelt. Der Spieler hat kein Geld mehr. Er muss, wenn er nicht klauen oder Freunde anpumpen will, durch die eigene Hölle schnurstracks durch. Und Süchtige haben, wie jeder und jede, ihr eigenes Auschwitz (Viktor Frankl), das sie durchs Leben schleppen. Bis es irgendwann vorbei ist und Hitler tot. Oder Hitler die Welt erobert hat. Alles Gute für dich, Goran! Ich bin mal raus hier. Kapier' oder krepier!!

P.S.: Vor wenigen Tagen kam ich an einer Spielerhölle vorbei. Davor stand ein Kinderwagen mit zwei kleinen Mädchen, etwa sieben und neun Jahre alt, die in Richtung Novomatic-Maschine sagten: „Mama, gehen wir bitte nach Hause!“ Ich blieb stehen und fragte die Mädchen, ob sie eine liebe Mama hätten. Sie nickten beide, stumm und betreten. Dann erzählte ich ihnen kurz meine Geschichte. Fünf Jahre, sagte ich, und jetzt ist es vorbei. „Bleibt stark, Mädels. Sehr stark. Die Mama wird das schaffen.“ Sie fingen beide zu weinen an.

P.P.S.: Ich habe diesen Text aus Rücksicht auf meine Familie anonym veröffentlicht.

# Modernes Antiquariat



## 50-90% Preisvorteil

für Bücher aus: Belletristik, Mathematik, Medizin, Musik, Philosophie, Politik, Psychologie, Recht, Religion, Soziologie, Wirtschaft und Zeitgeschichte.

Bücher zum Teil Raritäten in bibliophiler Ausstattung.

Versandkostenfrei bei Bestellwert über 20,- Euro, bei geringeren Bestellwerten Versandkostenpauschale von 2,- Euro.

## www.modernes-antiquariat.net

## Was ist „Internetsucht“ und wie verbreitet ist dieses Phänomen?\*

Alfred Uhl

### Vorbemerkung

Wenn in diesem Text von „Internetsucht“ bzw. in weiterer Folge von „pathologischem Internetgebrauch“ die Rede ist, so inkludiert das auch das exzessive Spielen am Computer ohne Onlinezugang, aber nicht das Online-Glücksspiel. Präziser müsste man daher von „pathologischem PC- und Internetgebrauch unter Ausklammerung des Online-Glücksspiels“ sprechen, worauf aus Gründen der Lesbarkeit allerdings verzichtet wird.

### Geschichte des Begriffs

Der Ausdruck „Internetsucht“ (Internet Addiction Disorder, IAD) wurde 1995 vom Psychiater Ivan Goldberg geprägt, der sich in einer satirischen Glosse über die Neigung seiner KollegInnen lustig machte, alle von der Durchschnittsnorm abweichenden Verhaltensweisen zu pathologisieren. Als die Psychologin Kimberly Young bald darauf das „Center for Internet Addiction“ gründete und 1998 das Buch „Caught in the Net“ schrieb, was sie zu einer Pionierin in diesem Feld machte, war Goldberg, wie er in einem Zeitungsinterview ausdrückte, wenig angetan von dieser Entwicklung. Er hatte paradoxerweise mit seiner Glosse genau jene Sichtweise verstärkt, gegen die er sich humorvoll gewendet hatte. Goldberg schrieb, der Begriff „Internetsucht“ sei unglücklich gewählt. Es sei inadäquat, die betroffenen Personen auf eine Ebene mit Substanzabhängigen zu stellen. Eine Internetsucht-Selbsthilfegruppe ins Leben zu rufen, meinte er, sei ähnlich sinnvoll, wie eine Selbsthilfegruppe für Personen, die husten, zu gründen. Goldberg empfahl jenen, die zu viel Zeit online verbringen, PsychotherapeutInnen zu konsultieren, um dahinterzukommen, warum sie sich hinter dem Bildschirm versteckten.

Dass satirisch gemeinte Aussagen von den RezipientInnen ernst genommen werden, wo-

durch KritikerInnen in paradoxer Weise als ZeugInnen gegen ihre eigentlichen Überzeugungen interpretiert werden, kommt öfter vor, als man denkt. Ähnlich erging es z.B. auch Pam Woodall 1986, die in der Wochenzeitschrift „The Economist“ scherzhaft den Big-Mac-Preis bei McDonald's mit dem „Kaufkraftparitätsindex“ gleichsetzte und so den Grundstein für den fragwürdigen, aber nach wie vor populären „Big-Mac-Index“ legte.

### Ist der Begriff „Internetsucht“ adäquat?

Für Verhaltensweisen, die ein pathologisches Ausmaß annehmen und weder den Substanzabhängigkeiten zuzuordnen sind, noch als Symptome anderer psychiatrischer Erkrankung zu erklären sind, sind seit einigen Jahren die Ausdrücke „Verhaltenssuchte“, „substanzungebundene Süchte“, „stoffungebundene Süchte“, „substanzungebundene Abhängigkeiten“ oder „stoffungebundene Abhängigkeiten“ gebräuchlich, wobei diese Ausdrücke in der Regel als gleichwertige Synonyme aufgefasst werden. Bezogen auf den pathologischen Internetgebrauch entsprechen die Ausdrücke „Internetsucht“ sowie „Internetabhängigkeit“ dieser Terminologie.

Im für die österreichischen Krankenanstalten vorgesehenen Diagnosesystem „ICD-10“ ist für „Verhaltenssuchte“ generell und für den pathologischen Internetgebrauch im Besonderen noch keine eigene Kategorie vorgesehen, weswegen hier die Zuordnung zur Kategorie „Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ (F63.8) empfohlen wird. Im Rahmen der 2013 erfolgten 5. Revision des Diagnosesystems „DSM“ werden Verhaltenssuchte erstmals als „behavioral addictions“ eingeführt. Internetsucht wird zwar in der 5. Revision noch nicht als eigene Diagnose eingeführt, diese wird im speziellen Kapitel 3 aber

\* Für Lektorat und kritische Anmerkungen danke ich meiner Kollegin Ulrike Kobrna.

als Störungsbild erwähnt, das noch weiterer Forschung bedarf und das gegebenenfalls später als formale Diagnose berücksichtigt werden kann.

Im Zusammenhang mit dem Konzept der „Internetsucht“ stellen sich drei fundamentale Fragen.

- (1) Ist es sinnvoll, Verhaltenssuchte auf eine Ebene mit stoffgebundenen Süchten zu stellen?
- (2) Ist es legitim, für den pathologischen Internetgebrauch die Ausdrücke „Abhängigkeit“ oder „Sucht“ zu verwenden?
- (3) Ist das Gefährdungspotential durch den Umgang mit Computern und dem Internet um so viel größer als bei anderen menschlichen Verhaltensweisen, dass es gerechtfertigt ist, neue Medien generell zu problematisieren?

### 1) Sind Verhaltenssuchte den stoffgebundenen Abhängigkeiten äquivalent?

Die Frage, ob dysfunktionale bzw. pathologische Verhaltensweisen ohne Substanzbeteiligung ätiologisch und phänomenologisch dem schädlichen Gebrauch von Substanzen bzw. den Substanzabhängigkeiten entsprechen, wird, wie einleitend bereits ausgeführt, von ExpertInnen recht unterschiedlich beurteilt. Manche ExpertInnen, wie z.B. Petry (2010), vertreten, dass diese Gleichsetzung irreführend sei, weil bei dysfunktionalen bzw. pathologischen Verhaltensweisen ohne Substanzbeteiligung die für schädlichen oder abhängigen Substanzgebrauch typischen organpathologischen Veränderungen nicht auftreten. Petry führt hier die Adaption des neurobiologischen Systems, die Beschleunigung der metabolischen Verarbeitung sowie spezifische Veränderungen auf zellulärer Ebene an. ExpertInnen, die sich gegen die Gleichsetzung aussprechen, vertreten in der Regel, dass die Gleichsetzung beliebiger exzessiver Verhaltensweisen mit Substanzabhängigkeiten zu einer Inflation des Suchtbegriffs bis hin zur Bedeutungslosigkeit führe.

Andere ExpertInnen sind von dieser Äquivalenz allerdings überzeugt und definieren „Verhaltenssuchte“ mit ähnlichen Kriterien wie Substanzabhängigkeiten. Diese argumentieren, oft unter Bezugnahme auf die Ergebnisse bildgebender Untersuchungsmethoden, dass bei Verhaltenssuchten und Substanzabhängigkeit analoge Hirnprozesse ablaufen (Volkow, 2005). Argumente, die auf bildgebenden Verfahren aufbauen, nehmen primär Bezug auf die Sensitivität dieser Verfahren, vernachlässigen häufig

aber Überlegungen zur Spezifität. Ein Seismograf, der geringste Erschütterungen, und damit auch weit entfernte Erdbeben, aufzeichnet, ist sensibel (hohe Sensitivität); aber wenn jedes vorbeifahrende Auto einen Erdbebenalarm, auslöst, ist die Messung nicht spezifisch (niedrige Spezifität). Bezogen auf bildgebende Verfahren lautet die Frage nach der Sensitivität: „Erzeugen die für Verhaltenssuchte relevanten Stimuli ein ähnliches Muster im Hirn wie psychoaktive Substanzen bei stoffgebundenen Süchten?“, und jene zur Spezifität: „Sind diese Muster qualitativ anders als jene Muster, die bei der Befriedigung von Primärbedürfnissen bzw. starken nicht-pathologischen Interessen auftreten?“ So lange relevante Fragen zur Spezifität von bildgebenden Verfahren nicht befriedigend geklärt sind, ist die Aussagekraft dieser Befunde stark zu relativieren.

### 2) Die Ausdrücke „Abhängigkeit“ oder „Sucht“ für den pathologischen Umgang mit PC bzw. Internet

Unabhängig von den zuvor diskutierten Positionen zur Äquivalenz bzw. Nicht-Äquivalenz von Verhaltenssuchten und stoffgebundenen Abhängigkeiten, erscheint es wenig zweckmäßig, einen Disput über die Worte „Sucht“ oder „Abhängigkeit“ zu führen. Die Ausdrücke „Verhaltenssuchte“, „substanzungebundene Süchte“, „stoffungebundene Süchte“, „substanzungebundene Abhängigkeiten“ und „stoffungebundene Abhängigkeiten“ sind in der Fachwelt heute fest etabliert. Diskussionen über Inhalte sind zwar unverzichtbar und zu begrüßen, aber der bloße Streit um Worte – „Sucht“ oder „Abhängigkeit“ – erscheint im Sinne des von Popper (1934) massiv kritisierten Essentialismus – wenig zielführend.

### 3) Macht es Sinn, den Umgang mit Computern und dem Internet generell zu problematisieren?

Unbestreitbar ist, dass der Umgang mit Computern und mit dem Internet, so wie auch viele andere Aktivitäten und Interessen, wie Einkaufen, Arbeiten, Sexualität, Sport, Fernsehen, Lesen, die Beschäftigung mit der eigenen Gesundheit, das Bedürfnis nach Anerkennung und vieles mehr, problematische Züge aufweisen können (dysfunktionaler Umgang) und bei einer Reihe von Personen auch krankhafte Ausmaße annehmen können (pathologischer Umgang). Die zentrale Frage ist allerdings, ob das Problempotential von neuen Medien groß

genug ist, um deren generelle Dämonisierung zu rechtfertigen.

Die Geschichte zeigt, wann immer neue Technologien beginnen, das Leben der Menschen zu prägen, dass es zunächst massiven Widerstand von FortschrittspessimistInnen gibt, die die Zeit ihrer eigenen Kindheit und Jugend verklären, sich von den Entwicklungen massiv bedroht fühlen und die jeweils neuen technischen Errungenschaften dämonisieren. Wie Petry (2010) anführte, diffamierte Platon die neu aufkommende Schrift als Weg zur Oberflächlichkeit, weil er der Meinung war, dass wahre Erkenntnisse nur im direkten verbalen Diskurs zu gewinnen seien. Im 18. Jahrhundert wurde das Lesen von Romanen massiv kritisiert, weil man der Meinung war, dass das zu „Lesesucht“ und zur „Verdummung von Millionen junger Frauen und Hundertausender junger Männer führe“, wobei „Romansucht“ sogar mit „Opiumsucht“ gleichgesetzt wurde (Tebbel, 1975 zit. in Petry, 2010). In den 1960er Jahren wurde in der zunehmenden Popularität der Pop-Musik der Untergang der abendländischen Kultur verortet. In dieser Zeit führte die vereinte Eltern- und LehrerInnenschaft auch einen vehementen Kampf gegen jegliche Comics, die als „Schundhefte“ bezeichnet wurden. Man war überzeugt, dass durch das Lesen von Comics die Fähigkeit, in ganzen Sätzen zu sprechen und zu schreiben, verloren ginge. Über eine lange Zeit wurde auch das Fernsehen immer wieder massiv verurteilt. Ein Höhepunkt der Kritik am Fernsehen wurde 1988 mit Neil Postmans Buch „Wir amüsieren uns zu Tode“ erreicht, in dem dieser die Entstehung einer rein virtuellen Welt heraufbeschwor und als positiven Kontrast dazu phantasierte, die frühe USA sei ein Ort der allgemeinen und intensiven Auseinandersetzung mit Wissenschaft und Politik gewesen.

Vor kurzem landete Spitzer (2012) mit seinem Buch „Digitale Demenz“ auf dem Platz 1 der Spiegel-Bestseller-Liste. Mit teils abenteuerlichen Argumenten folgert Spitzer, dass Computer und das Internet dumm, dick und gewalttätig machen, eine Argumentationslinie, die unter anderen Petry (2010) massiv widerspricht. Computer und das Internet schufen eine Fülle von zuvor nicht zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zum Wissenserwerb sowie zum interaktiven Lernen und sind in unseren Alltag bereits so weit integriert, dass sie aus unserem Leben gar nicht mehr wegzudenken sind. Dass Kinder von bildungsfernen und sozial schwachen Herkunftsfamilien, die in der Vergangenheit in der Schule schlechter abschnitten, noch heute schlechter abschneiden und daher auch schlechtere Berufschancen haben als andere Kinder, mangels anderer attraktiver Angebote

sich in besonders hohem Maße mit digitalen Medien beschäftigen, ist ein Faktum (Pfeiffer et al., 2007). Aus diesem Zusammenhang abzuleiten, dass die digitalen Medien zur Verdummung dieser Kinder führe, wie das Spitzer tut, ist eine unzulässige Sensationalisierung.

### Prävalenz: kategorielles vs. dimensionales Denken

Die spontane Frage vieler Menschen, wenn sie mit Phänomenen wie pathologischem PC- bzw. Internetgebrauch konfrontiert werden, ist: „Wie viele Menschen sind davon betroffen?“. Man erwartet sich eine konkrete Zahl oder eine Statistik, ohne zu bedenken, dass diese maßgeblich davon abhängen, wo man die Grenze zwischen „nicht pathologisch“ und „pathologisch“ zieht. Wie auch bei vielen anderen pathologischen Zuständen handelt es sich hier nicht um einfach abgrenzbare natürliche Kategorien, sondern um künstliche Kategorien, die aus der kontinuierlichen Dimension von „kein Problem“ bis „extremes Problem“ durch willkürliche Grenzziehungen gewonnen werden.

Christakis (2010) fand in der Literatur Prävalenzraten zwischen 1% und 14% für den pathologischen PC- bzw. Internetgebrauch. Intuitiv fragt man sich, welche dieser Angaben die Wirklichkeit am besten repräsentiert, ohne zu bedenken, dass so etwas wie eine „wahre“ Prävalenz nur dann existiert, wenn es eine präzise und anerkannte Übereinkunft gibt, wie das Phänomen empirisch zu fassen ist und wo die Grenze auf der kontinuierlichen Dimension zwischen Normalität und Pathologie zu ziehen ist. Solange eine solche Festlegung fehlt, kann man jemandem, der nach der „wahren“ Prävalenz fragt, bloß pointiert entgegnen: „Sagen Sie mir, wie viele Prozent es werden sollen, und ich sage Ihnen, wo man die Grenze ziehen muss, damit genau das herauskommt.“ Das eben angesprochene Problem fällt meist nicht auf, weil unser Alltagsdenken primär kategorial und nicht dimensional angelegt ist. Wer mit Kategorien, wie „Arme“, „Reiche“, „Kriminelle“, „Alte“ usw. konfrontiert wird, überlegt sich meist nicht, anhand unterschiedlicher Ausprägungen eine präzise Grenzziehung vorzunehmen, sondern imaginiert einen Extremfall, bei dem die Zuordnung zur Kategorie außer Frage steht. Prägnanztypen, als Repräsentanten für Kategorien, verschleiern das Grenzziehungsproblem. Wer sich, wenn vom pathologischen PC- bzw. Internetgebrauch die Rede ist, eine Person vorstellt, die täglich ohne Pause 14 Stunden vorm Computer sitzt, Körperpflege sowie Ernährung weitgehend vernachlässigt und so-

zial völlig isoliert lebt, dem wird dieses Problem nicht bewusst.

Den Rückgriff auf intuitiv-kategoriales Denken, wo eigentlich statistisches und dimensionales Denken angezeigt wäre, erklärt Kahneman (2012) im Rahmen seiner „Zwei-Systeme-Theorie des Denkens“. Laut Kahneman überwiegt im Alltag aus ökonomischen Gründen das rasche spontan-intuitive Denken (System 1), das kategoriell angelegt ist und sich an anschaulichen Einzelfällen orientiert. Nur wenn gravierende Probleme oder Konflikte offensichtlich werden, übernimmt das zeitaufwändige, logisch-analytische Denken (System 2) das Kommando – und nur letzteres ist in der Lage, mit statistischen Informationen und Dimensionalität sinnvoll umzugehen.

Besonders undurchsichtig wird es bei zweistufigen Erfassungsmethoden, wie den Standarddiagnosesystemen ICD und DSM. Hier werden für Diagnosen im ersten Schritt kontinuierliche Problemdimensionen definiert, die kommentarlos als dichotome Problemkategorien („nicht vorhanden“ vs. „vorhanden“) präsentiert werden. Diese Probleme werden dann in einem zweiten Schritt zu einem Summenscore addiert, und die gewonnene quantitative Dimension wird anhand eines expliziten Trennwerts in „unauffällig“ vs. „pathologisch“ dichotomisiert. Das Vorliegen dieses expliziten Trennwerts im zweiten Schritt verschleiert, dass die Grenzziehung bei den zugrunde liegenden Dimensionen dem intuitiven Urteil des Diagnostikers überlassen wurde. Da diese Trennscores von renommierten ExpertInnen festgelegt wurden, entsteht der Eindruck, dass die Entscheidung auf eine präzise und sachlich fundierte Abgrenzung aufbaut.

### **Diagnosestellung durch erfahrene KlinikerInnen vs. Erhebung von Problemdimensionen in Umfragen durch InterviewerInnen bzw. Fragebögen**

Wer pathologische Zustände erfahrungsgestützt ganzheitlich erfasst – und das tun in der Praxis stehende PsychologInnen, PsychiaterInnen oder PsychotherapeutInnen –, verwendet Diagnosesysteme zur Groborientierung und setzt die Zuordnung bei einzelnen Dimensionen jeweils so, dass ein Resultat entsteht, das mit dem intuitiven Gesamturteil korrespondiert. Ein ganzheitliches Gesamturteil fokussiert sowohl auf den subjektiven Leidensdruck der PatientInnen als auch auf objektive Auswirkungen des Zustands auf die Person selbst und auf Dritte. Eine gewisse Angleichung der

diagnostischen Urteile erfolgt durch Vergleiche mit anderen KollegInnen, durch Supervision und durch in Fortbildungen erworbene neue Erkenntnisse. Dass aber selbst dann, wenn sehr erfahrene ExpertInnen diagnostizieren, die diagnostische Übereinstimmung keinesfalls perfekt ist, machen vergleichende Studien immer wieder deutlich.

Ganz anders erfolgt die Erfassung des Problemausmaßes bei repräsentativen Bevölkerungserhebungen. Dort werden zwar oft idente Kriterien herangezogen, die Durchführung der Erhebung erfolgt jedoch durch nicht fach einschlägig ausgebildete InterviewerInnen oder, wenn Fragebögen verwendet werden, durch die Befragten selbst. Wer die theoretischen Konzepte hinter vorformulierten Fragen nicht kennt, ist fachlich nicht in der Lage, sinnvolle Präzisierungen vorzunehmen. Wenn die einzelnen Fragen ohne Bezug zur übergeordneten Fragestellung und ohne Hintergrundwissen beantwortet und nach mechanistischen Regeln ausgewertet werden, fällt das intuitiv-professionelle Korrektiv weg. Die Annahme, dass von „neutralen“ InterviewerInnen verlässlichere Ergebnisse generiert werden könnten als von erfahrenden ExpertInnen, ist hochgradig naiv.

Man stelle sich folgende Frage in einem Fragebogen vor: „Wie oft finden Sie es schwer, Ihre Internetaktivitäten zu beenden, wenn sie online sind?“, die mittels der Kategorien (1) nie, (2) selten, (3) manchmal, (4) häufig oder (5) sehr häufig zu beantworten sind (erstes Item aus dem CIUS-Fragebogen von Meerkerk et al., 2009). Erfahrungsgemäß zögern nur wenige Personen, spontan eine Antwort zu geben. Sieht man von der nicht unerheblichen Zahl an Personen ab, die gar nicht sinnerfassend lesen können und in ihrer Unsicherheit beliebig Kategorien ankreuzen, so sind die meisten Menschen überzeugt, die Frage verstanden und eine angemessene Antwort gegeben zu haben. Die Befragten entscheiden sich, im Sinne des bereits erwähnten intuitiv-kategoriellen Denkens nach Kahneman (2012), mit den für sie zur Verfügung stehenden Hintergrundannahmen und persönlichen Erfahrungen spontan und ad hoc für eine der Kategorien – ganz besonders, da sie oft explizit aufgefordert werden, NICHT lange nachzudenken. Dass diese Antworten erheblich von dem abweichen können, was sich die FragebogenerstellerInnen bzw. -auswertenden vorstellen, liegt auf der Hand. Dass derart generierte Ergebnisse, selbst wenn Befragte die Fragen grundsätzlich verstehen und auch gewillt sind, offen und ehrlich zu antworten, kaum sinnvoll interpretierbar sind, verdrängen viele ForscherInnen gefliessentlich.

## Systematische Verzerrungen bei der Schätzung niedriger Prävalenzen

Zum soeben beschriebenen Dilemma kommen im Zuge der statistischen Auswertung noch jede Menge methodologische Probleme. Psychometrische Kennwerte (Validitätskoeffizienten, Reliabilitätskoeffizienten, Sensitivitätskoeffizienten oder Spezifitätskoeffizienten) zwischen 0,70 und 0,85 werden von vielen ExpertInnen als „gut“ bezeichnet. Auf einer theoretischen Skala von 0,00 bis 1,00 liegen diese Werte ja auch recht nahe bei 1,00. Für die Erfassung von Phänomen mit sehr geringer Prävalenz, also im einstelligen Prozentbereich, wozu der pathologische PC- und Internetgebrauch zu zählen ist, sind solche Kenngrößen jedoch völlig ungeeignet. Hier erfolgt eine erhebliche systematische Verzerrung (Bias) der Ergebnisse.

Gibt es in einer Bevölkerung bloß eine kleine Anzahl von Personen, die an einer bestimmten Erkrankung leiden (niedrige Prävalenz der Erkrankung), und dementsprechend eine große Anzahl von Personen, die diese Erkrankung nicht aufweisen, so tritt bei der statistischen Erfassung Folgendes auf:

- 1) „falsch negative Fälle“, also Fehlklassifikationen in dem Sinn, dass Kranke fälschlich als „gesund“ klassifiziert werden, haben auf das Gesamtergebnis nur wenig Einfluss;
- 2) „falsch positive Fälle“, also Fehlklassifikationen in dem Sinn, dass Gesunde fälschlich als „krank“ klassifiziert werden, wirken sich hingegen auf das Gesamtergebnis erheblich aus.

In Summe ergibt sich aus fehlerhaften Klassifikationen eine systematische Überschätzung der Erkrankungsprävalenz in der Stichprobe. Sofern man die Sensitivität und Spezifität des Erhebungsinstruments kennt, kann man das Ausmaß dieses systematischen Fehlers (man könnte hier von einem „Suboptimalen Sensitivitäts- und Spezifitätsbias“, kurz „SSS-Bias“, sprechen) mit einer einfachen Formel nach Rogan & Gladen (1978) berechnen.

Bei Bevölkerungsumfragen muss man ferner damit rechnen, dass klinische Fälle in den Stichproben stark unterrepräsentiert sind (Undersampling Bias) bzw. dass Personen Erkrankungen nicht zugeben (Underreporting Bias). Mit Glück kann zwar vorkommen, dass sich der SSS-Bias, der eine Überschätzung der Prävalenz bewirkt, und der Undersampling sowie Underreporting Bias, die eine Unterschätzung bewirken, gegenseitig perfekt kompensieren; das ist allerdings nicht sehr wahrscheinlich. Bei Phänomenen mit niedriger Auftrittsratesollte man daher immer mit gravierenden Verzerrungen rechnen.

Erwähnenswert ist hier auch, dass klinische Stichproben, die über Bevölkerungsumfragen gewonnen wurden, selbst wenn die Prävalenzschätzungen mit viel Glück die Realität widerspiegeln, mit großer Wahrscheinlichkeit überwiegend aus falsch positiven Fällen bestehen, weswegen es wenig Sinn ergibt, auf diese „pseudo-klinischen Stichproben“ aufbauend weitere Fragestellungen zu untersuchen; z.B. das Profil der Stichproben oder deren Krankheitsverlauf.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass aus Umfrageergebnissen über niedrigprävalente pathologische Phänomene, wie z.B. die Abhängigkeit von neuen Medien, nur mit großem Vorbehalt grobe Aussagen abgeleitet werden können. Unsicherheiten ergeben sich durch

- die Frage, wo die Grenze zwischen „nicht-pathologisch“ und „pathologisch“ tatsächlich gezogen wird,
- den Umstand, dass Fragen von den Befragten sehr unterschiedlich interpretiert werden können, und
- gravierende methodologisch bedingte Ergebnisverzerrungen.

Auch wenn dies eigentlich trivial ist, weil es zum statistischen Basiswissen empirischer ForscherInnen gehört: Konfidenzintervalle geben jenen Bereich an, in dem die wahren Werte mit hoher Wahrscheinlichkeit (95% oder 99%) liegen. Das gilt aber nur dann, wenn man alle systematischen Fehler ausschließen kann. Systematische Fehler, wie die eben angesprochenen, treten unverändert auf, auch wenn enorm große Stichprobenumfänge gewählt werden.

## Wozu braucht man derart fragwürdige Prävalenzangaben?

Wenn Prävalenzzahlen vorliegen, entsteht das Gefühl, etwas über das Phänomen zu wissen. Oft wird argumentiert, man benötige solche Prävalenzzahlen für die Planung von Präventions- und Therapiemaßnahmen bzw. um Effekte von Prävention und Therapie zu evaluieren. Bei näherem Hinschauen entpuppen sich diese Argumente allerdings als wenig stichhaltig. Die adäquate Herangehensweise an Phänomene, wie z.B. den pathologischen Umgang mit neuen Medien, ist zunächst zu versuchen, das Problem inhaltlich so weit zu begreifen, dass man sinnvolle Maßnahmen entwickeln kann. Das erfordert die systematische Sammlung und Aufbereitung von Erfahrungen aus der Präventions- und Behandlungspraxis, also umfangreiche qualitative Forschungsdesigns. Erst wenn man das Problem gut verstanden hat, kann man sich daran machen zu erheben, ob die Prä-

valenz des Problems bei 0,5% oder bei 3% liegt. Und da muss man sich bewusst sein, dass das einerseits nur mit großer Unsicherheit möglich ist und dass die Ergebnisse, auch wenn sie optimal erhoben werden, sowohl für die Prävention als auch für die Therapie nur von untergeordneter Bedeutung sein können.

Der weitverbreitete Glaube, dass wiederholte Prävalenzmessungen geeignet sind, den Nutzen von Präventionsmaßnahmen und Therapieangeboten zu erfassen, drückt eigentlich primär methodologischen Unverstand aus. Angesichts der Fülle konkurrierender Einflüsse, die massive Veränderungen der Prävalenzraten im Zeitverlauf verursachen, der Begrenztheit kurzfristiger Interventionen und der mangelnden Präzision von Umfragen, ist der Versuch, derartige Daten aus einer Evaluationsperspektive zu interpretieren, eigentlich unseriös.

Auch für die Therapieplanung sind derartige Zahlen nur von geringem Stellenwert. Stellt pathologischer Internetgebrauch ein therapiebedürftiges Problem dar – was es ohne Zweifel ist –, so sind entsprechende Behandlungsangebote zu schaffen. Entstehen lange Wartelisten, so muss man die Angebote ausweiten, und ist der Bedarf nach Therapieangeboten gering, ist es zunächst zweckmäßig, diese besser bekannt zu machen und an die Bedürfnisse der Zielgruppe anzupassen. Steigt die Nachfrage auch dann noch nicht, so ist das Angebot zurückzufahren. Es hätte keinen Sinn, unausgelastete Beratungsstellen und Therapieangebote auszuweiten, bloß weil epidemiologische Studien einen hohen Bedarf suggerieren; und es hat umgekehrt keinen Sinn, überlastete Beratungsstellen und Therapieangebote einzuschränken, weil epidemiologische Studien nahelegen, dass dieser Bedarf gar nicht existiert.

## Schlussfolgerungen

Die technische Weiterentwicklung hat der westlichen Welt enorme Fortschritte gebracht. Der Lebensstandard und die Lebenserwartung sind enorm gestiegen. Die Option, das Rad der Zeit zurückzudrehen, gibt es realistisch betrachtet gar nicht und hat es auch bei früheren Weiterentwicklungen kaum je gegeben. Dass ältere Menschen, die sich in der digitalen Welt nicht zurechtfinden und schon an den Grundfunktionen gewöhnlicher Mobiltelefone scheitern, die digitale Entwicklung skeptisch betrachten und wehmütig an ihre eigene Kindheit und Jugend zurückdenken, kommt nicht unerwartet. Dass mit neuen Technologien nicht nur Vorteile verbunden sind, sondern in deren Gefolge auch erhebliche Probleme auftreten können, ist nicht

zu bestreiten. Weder der dysfunktionale noch der pathologische Umgang mit den neuen Medien ist als Phänomen wegzuleugnen.

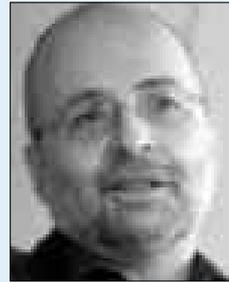
Es ist aber wichtig, sich der grundlegenden Frage seriös zu stellen, ab wann die Beschäftigung mit neuen Medien tatsächlich ein Problem darstellt – im Wissen, dass über derartige Werturteile kein umfassender Konsens zu erwarten ist. Hier gilt es, verstärkt sinnvolle Empfehlungen für Eltern von minderjährigen Kindern, für erwachsene Betroffene und für deren Bezugspersonen zu entwickeln. Es hat dabei wenig Sinn, große Forschungsmittel in den Versuch zu stecken, die Prävalenz des Phänomens in der Bevölkerung mit Umfragen zu ermitteln. Die vorhersehbare große Ungenauigkeit der Ergebnisse kann den erheblichen finanziellen Einsatz kaum rechtfertigen.

Ohne Frage sollten Ressourcen für die Entwicklung und den verstärkten Ausbau von Beratungs-, Unterstützungs- und Therapieangeboten für Personen bereitgestellt werden, die ernste Probleme im Umgang mit neuen Medien haben. Was dabei aber nicht passieren sollte, ist, die Eltern so stark zu verunsichern, dass sie auch den unbedenklichen Umgang ihrer Kinder mit neuen Medien als gefährlich wahrnehmen, weil das weit mehr Probleme erzeugt als löst. Keinesfalls ist es zweckmäßig, die Existenz des dysfunktionalen bzw. pathologischen Umgangs mit den neuen Medien zur Stimmungsmache gegen die moderne Technik zu instrumentalisieren.

## Literatur

- Christakis, D. A. (2010): The Internet Addiction: A 21<sup>st</sup> Century Epidemics? *Bmc Medicine* 8, 3.
- Kahneman, D. (2012): *Schnelles Denken, langsames Denken*. München: Siedler.
- Meerkkerk, G. J., van den Eijnden, R.J., Vermulst, A. A., Garretsen, H. F. (2009): The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some psychometric properties. *Cyberpsychology and Behavior* 12 (1), 1-6.
- Petry, J. (2010): *Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internet-Gebrauch*. Göttingen: Hogrefe.
- Pfeiffer, C., Mößle, T., Kleimann, M., Rehbein, F. (2007): *Die PISA-Verlierer – Opfer ihres Medienkonsums*. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN), Hannover.
- Popper, K. R. (1934): *Logik der Forschung*. (6. verbesserte Auflage, 1976), Tübingen: Mohr.
- Postman, N. (1988): *Wir amüsieren uns zu Tode*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- Rogan, W. J., Gladen, B. (1978): Estimating Prevalence from the Results of a Screening Test. *American Journal of Epidemiology* 107 (1), 71-76.

- Spitzer, M. (2012): *Digitale Demenz*. München: Droemer.
- Volkow, N. D. (2005): Editorial: What do we know about drug addiction? *American Journal of Psychiatry* 162 (8), 1401-1402.



**Dr. Alfred Uhl**  
Leiter der Abteilung Suchtforschung  
und Dokumentation (SucFoDok)  
am Anton-Proksch-Institut (API)  
alfred.uhl@api.or.at

## NACHRICHT

# Essstörungen: KlientInnen mit wenig Krankheitseinsicht, aber hohem Zuwendungsbedarf

*In der Behandlung von Essstörungen geben nicht die leitliniengerecht korrekten Abläufe den entscheidenden Ausschlag, sondern vielmehr „die menschlichen Qualitäten der BehandlerInnen und die Zusammensetzung der Gruppe der MitpatientInnen. Die Stimmung auf der Station, das Gefühl willkommen zu sein, verstanden und ernst genommen zu werden, schaffen die Grundvoraussetzungen, sich zu öffnen. KlientInnen berichten nach Klinikaufenthalt, wie sie sich dort gefühlt haben und weniger, wie sie dort behandelt wurden,“ resümiert die Berliner Psychologin Sylvia Baeck ihre 25jährigen Erfahrungen.*

„Die Bereitschaft für einen Klinikaufenthalt ist bei KlientInnen mit Übergewicht am höchsten. Der Wunsch nach Abgabe der Verantwortung steht im Vordergrund. Dem sollte sehr genau nachgegangen werden. Ambulante Versuche sollten zumindest bereits vorangegangen sein. Und damit meine ich nicht kläglich gescheiterte Diätversuche, sondern professionell begleitete Versuche wie Verhaltenstherapie und/oder Gruppenarbeit. Dies bezieht sich auch auf chirurgische Maßnahmen, die häufig zu schnell und ohne sinnvolle Nachbetreuung durchgeführt werden.

Schwierigkeiten gibt es in der Regel bei bulimischen KlientInnen. Sie

haben eher den Ehrgeiz, ihre Problematik selbst zu lösen; zudem ist die Erkrankung sehr schambesetzt. Die Angst vor der Aufgabe der Symptomatik wird bestimmt von der Angst vor Gewichtszunahme. Dies gilt auch für Magersüchtige, die zudem auch kaum eine Krankheitseinsicht haben. Da der überwiegende Teil der Kliniken mit Gewichtsvereinbarungen arbeitet, ist hier die Motivation am schwierigsten und am langwierigsten.

Für eine psychosomatische Behandlung ist eine ausreichende Verweildauer in der Klinik, zwei bis drei Monate, unbedingt erforderlich. Nur so können korrigierende Erfahrungen und Prozes-

se in Gang gesetzt und gefestigt werden, die u.a. auch durch das Entstehen persönlicher Beziehungen getragen werden.“

Die – soweit möglich – Einbeziehung von Angehörigen und die ambulante Nachsorge können die Rückfallrisiken deutlich verringern.

Bei allen Vorteilen der Klinikbehandlung warnt Baeck vor eventuell möglichen Risiken:

- Verführung, die Eigenverantwortung abzugeben,
- Trennung von Verwandten und Freunden,
- unrealistische Vorstellungen über die „Haltbarkeit“ der Erfolge,
- Vernachlässigung der sofortigen Nachsorge.

Der Bericht über „Behandlung von Essstörungen“ ist erschienen in:

Manfred Zielke (Hrsg.) Indikation zur stationären Verhaltenstherapie und medizinischen Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen.

Pabst, 600 Seiten, ISBN 978-3-89967-528-3

Rezension

## Kritik der diagnostischen Vernunft

Samuel Thoma

Ohne Diagnosen verlöre die Psychiatrie ihre Existenzberechtigung. Denn nur durch eine Diagnose wird für möglichst alle einsichtig festgelegt, dass eine Krankheit/Störung vorliegt, die dann auf ihre Ätiologie befohrt und für die eine Behandlung konzipiert werden kann. Ohne Diagnosen also keine Psychiatrie. Die Reflexion darüber, was Diagnosen sind und durch welche Methoden sie gestellt werden können, müsste also nicht nur im wissenschaftlichen Diskurs der Psychiatrie ganz oben stehen – sie müsste auch das alltägliche Handeln einer jeden Psychiaterin begleiten. Gleiches gilt für die Psychopathologie, der die Aufgabe zukommt, einen psychischen Zustand möglichst unvoreingenommen und adäquat zu beschreiben und mit allgemeinen Begriffen zu belegen. Hier muss an Kurt Schneiders Mahnung erinnert werden, dass „gerade durch das vorschnelle Belegen des Gesehenen mit [falsch verstandenen, S.T.] Fachausdrücken (...) die meisten falschen Diagnosen“ entstehen (Schneider, 1950: 145).

Gegenüber dieser wohl kaum zu überschätzenden Bedeutung von Diagnostik und Psychopathologie für das psychiatrische Handeln nehmen diese aus eigener Erfahrung in der psychiatrischen Facharztausbildung wie auch im Stationsalltag erschreckend wenig Raum ein. Die einzige diagnostische wie psychopathologische Referenz stellen hier die vulgären diagnostischen Manuale der WHO und APA dar.

Daher ist die Veröffentlichung der Aufsatzsammlung mit dem Titel „Psychiatrische Diagnostik – Zur Kritik der diagnostischen Vernunft“ (herausgegeben von Klaus Brücher und Martin Poltrum) ein wichtiger Kontrapunkt zum psychiatrischen Status quo. Der Band gliedert sich in vier Kapitel: Das erste beschäftigt sich mit „Diagnostik als Lösung und als Problem“, das zweite mit spezifischen Diagnosen wie zum Beispiel die posttraumatische Belastungsstörung oder das Burnout-Syndrom. Das dritte Kapitel widmet sich dann in verschiedener Form dem Verhältnis der/des Betroffenen mit ihrer/seiner Diagnose. Der Band schließt mit einem vierten Kapitel, erneut über Grund-

sätzliches zur Diagnostik und zwar in Bezug auf das „Spannungsfeld von Objektivierung und Subjektivierung“.

Zunächst zu den einzelnen Beiträgen:

In dem das Buch einleitenden Aufsatz „Zur Kritik der diagnostischen Vernunft“ bestimmt Klaus Brücher diese Kritik „als Reflexion über die Gründe und Methoden, mit denen wir die psychiatrischen Gegenstände zu dem machen, was sie für uns sind“ (S. 11). Dabei weist Brücher zunächst einmal ausgehend von der diagnostischen Situation auf die grundlegende Differenz zur somatischen Medizin hin: Eine Psychiaterin ist auf die subjektive Beschreibung des Patienten zur Diagnosestellung angewiesen. Das ist (streng genommen) in der somatischen Medizin nicht der Fall. Psychische Krankheit bestimmt sich vom subjektiven Erleben her und in gut zweihundert Jahren Psychiatrie-Geschichte ist es nicht gelungen, diesem Erleben eindeutige hirnormale Korrelate zuzuordnen. Daher kann man, so Brücher unter Verweis auf Kurt Schneider, auch nicht von Krankheiten oder auch von Symptomen im klassischen Sinn (einer organischen Dysfunktion sprechen). Den daraus notwendigen, besonderen Zugang zum Patienten sucht Brücher dann durch Karl Jaspers' Einführung der idealtypologischen Diagnostik in die Psychiatrie aufzuschlüsseln. Diese Diagnostik erscheint als die Vermittlung einer individuellen Situation des Patienten, wie sie der Psychiaterin jeweils begegnet, mit allgemeinen, eben idealtypischen, Bedeutungsstrukturen – obgleich sich der Einzelne niemals in diesen Strukturen erschöpfen lässt. Doch auch, wenn hierdurch verstanden werden kann, was ein jeweiliger Patient hat bzw. wie er erlebt, ist damit noch nicht erklärt, welche außerbewussten bzw. organischen Grundlagen diesem zugrundeliegen. Brücher verweist hier auf die Jaspers'sche Dichotomie von subjektivierendem Verstehen und objektivierendem Erklären bzw. von Geist und Gehirn und gibt die jeweilige Begrenztheit dieser Ansätze zu bedenken. Methodologie heißt daher für Brücher nicht nur,

etwas durch einen Ansatz zu wissen, sondern auch zu wissen, dass wir es durch diesen Ansatz wissen und insbesondere: was wir durch ihn nicht wissen können.

Ganz im Sinne von Brüchers Einleitung beginnt dann Christian Scharfetters Aufsatz „Vom Sinn der Diagnose“ das erste Kapitel über „Diagnostik als Lösung und als Problem“. Grundlegend erscheint Scharfetters Hinweis auf die nur im Englischen gemachte Unterscheidung von Disease und Illness/Sickness. Bezieht sich ersteres auf eine objektiv fassbare, organische Dysfunktion – deren eindeutige Bestimmung der Psychiatrie wie gesagt bislang nicht gelungen ist – so meint letzteres das subjektiv empfundene Leid und die damit verbundene Störung im Lebensvollzug. Diese zwei Perspektiven (Leid und die Störung im Lebensvollzug des Patienten) sind für Scharfetter für eine Diagnostik des Krankseins (im Sinne von Illness) noch vor aller ätiologischen Forschung leitend – denn die Therapeutin hat es immer zunächst mit Personen und ihrem Erleben zu tun. Um diese Diagnostik näher auszumalen, entwirft Scharfetter eine syndromal unterteilte Psychopathologie des Selbst (bzw. Ichs). Auch wenn dieser bewusst lebensweltliche und personale Ansatz für Scharfetter grundlegend erscheint, so plädiert er in den therapeutischen Konsequenzen umso offener für einen reflektierten Eklektizismus der verschiedenen – neurobiologischen, psychoanalytischen oder sozialtherapeutischen – Ansätze, um dem einzelnen Menschen in seinen Bedürfnissen gerecht werden zu können. Dieses Plädoyer verdient nach dem Tod Scharfetters im November 2012 umso mehr Gehör.

Einen besonderen Schwerpunkt auf die historische Dimension der Diagnostik legt dann Markus Jägers Aufsatz „Modi des Diagnostizierens – eine-historisch systematische Übersicht“. Jäger stellt darin die diagnostisch-nosologischen Konzepte von Emil Kraepelin über Karl Jaspers und Kurt Schneider, Erik Essen-Möller, Karl Leonhard und Klaus Conrad dar. Zuletzt geht er auf die neueren nominalistischen Ansätze der Diagnostik ein, in denen durch statistische Verfahren das gemeinsame Auftreten von Symptomen zu Syndromen erfasst wird, in die dann der einzelne Patient algorithmisch eingeordnet werden kann. Dabei weist Jäger aber darauf hin, dass die diagnostischen Manuale DSM und ICD im eigentlichen Sinne nicht als Nosologien begriffen werden. Denn eine Nosologie als Lehre der Krankheitseinheiten müsste sagen, was eine Krankheit ist. Dies geschieht aber nach Jäger bei diesen Manualen – auch im neusten DSM-5 – nicht. Es wird hier lediglich gezeigt, wie eine Diagnose

durch alle zu stellen ist (Reliabilität), nicht, was sie eigentlich diagnostiziert (Validität). Aufbauend auf seiner historischen Analyse stellt Jäger dem eine in drei Achsen aufgeteilte Diagnostik von Syndrom, Verlaufstyp und Ätiologie einer Erkrankung entgegen. Sein Aufsatz überzeugt durch den historischen Rückblick und die gegenwartsbezogene Antwort auf die einzelnen Problemstellungen.

Den Abschluss des ersten Kapitels macht dann Alfred Kraus mit dem Aufsatz „Diagnostik und Klassifikation aus der Sicht der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie im Vergleich zur Glossardiagnostik“. Kraus bezieht sich, ähnlich wie die vorigen Aufsätze, auf die klassische psychopathologische Schule insbesondere Karl Jaspers', um von hier aus neuere Entwicklungen der Diagnostik von DSM und ICD in den Blick zu nehmen. Kraus geht hier aber über die anderen Darstellungen insofern hinaus, als er die in Auseinandersetzung mit Jaspers entwickelte eidologische Diagnostik der phänomenologischen Psychopathologie in ihren Grundzügen beschreibt und in ein Spannungsverhältnis zur symptomatologischen Diagnostik setzt. Während bei letzterer im DSM beispielsweise ein Symptom wie depressive Verstimmung als der immer gleiche Baustein einer leichten, mittelschweren oder schweren Depression verwandt wird, ändert sich für eine eidologische Diagnostik das *Wie* dieser Verstimmung, je nachdem, ob es als Wesensmerkmal einer neurotischen Depression oder einer Melancholie verstanden wird. Es geht Kraus hier also um die Erfassung einer sich im *Wie des Symptoms* zeigenden, charakteristischen Bedeutungseinheit (z.B. der Neurose oder Melancholie), die auf eine bestimmte Seinsweise bzw. Stil eines Menschen verweist (vgl. Foucault, 1954: 13). Dieser Mensch wird von Kraus in der diagnostischen Situation als „orientierungs-, deutungs- und theoriemächtiges Subjekt“ verstanden, „dem der Diagnostiker in einer mæu-tischen Funktion besonderer Nähe gegenübersteht“ (S. 80).

Das zweite Kapitel („Diagnosen diagnostizieren“) beschäftigt sich dann mit der Chronik und Kritik einzelner Diagnosen.

Eingeleitet wird das Kapitel durch Gerhard Heims und Karl-Ernst Bühlers Aufsatz „Die Wiederkehr des Vergessens: Zur Geschichte der PTBS“. Auch dieser Artikel überzeugt durch seine historische wie auch politische Perspektivierung des vieldiskutierten Themas „Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)“. In der Darstellung der wissenschaftlichen Debatten um die vorletzte Jahrhundertwende verdeutlichen die Autoren dabei die Rolle Pierre Janet's für eine zeitgemäße Theorie des Traumas bzw.

der Traumaverarbeitung. Die Konzepte Janets scheinen den Autoren weitaus fruchtbarer als die in der Psychoanalyse Freuds entwickelte Verdrängungstheorie des Traumas. Die Überlegungen der Autoren ließen sich gewinnbringend an neuere Entwicklungen in der französischen Phänomenologie anbinden (Romano, 2010: 13-42).

Es folgt Martin Poltrums Aufsatz „Moderne und postmoderne Modediagnosen. Neurasthenie und Burnout“. Poltrum zeichnet hier weniger eine Geschichte dieser beiden nosologischen Einheiten nach – die ohnehin nur schwammig gefasst wurden –, als dass er ihren kulturellen und ökonomischen Kontext analysiert. Aus diesem weiter gefassten Verständnis des Diskurses um Neurasthenie und Burnout kann Poltrum verblüffende Parallelen zwischen beiden Erkrankungen aufzeigen. Kann die Neurasthenie (gr. *asthenos* = kraftlos) als Erschöpfung der Psyche am *fin de siècle* einer sich industrialisierenden und verstädternden Gesellschaft begriffen werden, so erlebt unser Alltag just 100 Jahre später durch den Einfluss der neuen Medien und den Turbokapitalismus der Finanzmärkte einen erneuten Beschleunigungsschub, dessen Vexierbild ein weiteres Mal die Erschöpfung ist, diesmal unter dem Namen *Burnout*. Aber Erschöpfung ist nicht nur im kulturkritischen Sinne Ausdruck einer beschleunigten Gesellschaft, sondern sie verweist auch auf einen psychiatrischen Diskurs, der sie – und nur sie – als bestimmte psychische Krankheit unter anderen legitim erscheinen lässt. Worum es Poltrum also geht, ist die philosophische Diagnostik der psychiatrischen Diagnostik. Denn in der psychiatrischen Diagnostik scheinen sich Ärztin und Patient noch vor aller Diagnosestellung immer schon auf die kulturell vorbestimmten, möglichen Diagnosen und Beschwerden verständigt zu haben. Die Beispiele Neurasthenie und Burnout liefern für diese These überzeugende Beispiele. Doch man könnte hier fragen: Wenn die Diagnosestellung – oder gar überhaupt die Genese der Beschwerden – aus einem kulturgebundenen Abstimmungsspiel von Patient und Medizin/Gesellschaft hervorgeht, was ist dann mit jenen Menschen, die sich genau auf jenes Spiel nicht mehr verstehen? So hat Wolfgang Blankenburg den individuellen Verlust des Bezugs zu den jeweiligen kulturell bedingten Umgangsformen als den Kern der Schizophrenie herausgearbeitet (Blankenburg, 2012). Dieser Bezugsverlust ist in allen Kulturen möglich und somit wäre die Schizophrenie als transkulturelle wie transhistorische menschliche Seinsmöglichkeit denkbar. Damit wären dann nicht alle psychi-

schen Leidenserfahrungen kulturhistorisch relativierbar.

Im Sinne dieser Überlegungen lässt sich Michael Schmidt-Degenhards Aufsatz über die Melancholie „Versteinertes Dasein – Von der Schwarzgalligkeit zur Depressiven Episode“ lesen. In seiner Betrachtung geht es dem Autor nämlich um die Herausarbeitung der Melancholie als „zwar epochal und kulturell geprägte, in ihrer Grundstruktur aber transhistorische, anthropologische Grundkonstante“. Was Schmidt-Degenhard also beleuchtet, ist weniger die psychiatrische Diagnose der Melancholie bzw. heute der Depression, als vielmehr ihre Analyse als übergreifende menschliche Seinsweise. Diese Seinsweise findet der Autor treffend in Albrecht Dürers Kupferstich *Melancholia I* (1514) wiedergegeben. Weiter sieht Schmidt-Degenhard diese Seinsweise aber auch in Hubertus Tellenbachs Konzept des Typus *Melancholicus* ausformuliert (Tellenbach, 1961). Damit ist aber Schmidt-Degenhards Betrachtung nicht ahistorisch. Der Autor gibt detailliert die fachlichen und auch kulturellen Kontexte im vorletzten Jahrhundert wieder, die schließlich zum Aufkommen des Depressionsbegriffs führten. Zuletzt verweist der Autor auf die nötige therapeutische Haltung im Umgang mit dem „versteinerten Dasein“ des melancholischen Menschen.

Als nächstes widmet sich dann Alfred Springer in „Zur Problematik der Suchtdiagnostik“ einer brisanten Schnittstelle von Psychiatrie, Politik und Kultur. Auch hier ermöglicht ein Rückblick auf die Geschichte der Suchtdiagnostik der letzten 150 Jahre ein besseres Verständnis gegenwärtiger Debatten. Wiederkehrendes Motiv ist in dieser Geschichte, dass die Reaktionen eines z.B. Substanz-abhängigen Individuums auf die von ihm erlittenen gesellschaftlichen Sanktionen als Teil der Abhängigkeit selbst pathologisiert werden – man denke hier an die Beschaffungskriminalität. Dieses Vorgehen findet für Springer in der heutig dominierenden neurowissenschaftlichen Sicht auf die Abhängigkeit seine willigen wie blinden Exekutoren: In der Rede vom durch Sucht erkrankten Gehirn wird die soziale Bedingtheit sowohl des Suchtkonzepts wie auch des darauf reagierenden Verhaltens abhängiger Personen vollkommen ausgeklammert. Doch eine neurobiologische Funktion ist erst da pathologisch, wo diese zuvor einer Funktionsnorm gegenübergestellt wurde. Diese Funktionsnorm ist aber im Falle der Abhängigkeit eine soziale Übereinkunft, kein biologisches *factum brutum*. Diese soziale Übereinkunft (und ihre Folgen) muss also in den Blick genommen werden. Nur so kann für den Autor das Phänomen

der Abhängigkeit aus einem Wechselspiel von Persönlichkeit und sozialem Umfeld begriffen werden.

Das dritte Kapitel „Diagnose und ihr Patient – der Patient und seine Diagnose“ wird von Josef Bäuml Aufsatz „Vom guten und schlechten Umgang mit Diagnosen“ eingeleitet. Auch Bäuml gibt zuerst eine kurze Chronik der modernen psychiatrischen Diagnostik wieder, um daraufhin den Status der Diagnose kritisch zu reflektieren. Dazu verweist Bäuml unter anderem auf die soziologische Labeling-Theorie, derzufolge psychiatrisch diagnostizierte Menschen dazu neigen, sich gemäß ihrer Etikettierung zu verhalten bzw. nicht mehr anders verhalten zu können. Dieser restriktiven Funktion der Diagnose hält Bäuml dann aber ihre ebenso schützende Funktion entgegen: Durch die mit der Diagnose verbundenen sozialen Hilfeleistungen scheint sie in Zeiten des entbändigten Wirtschaftsliberalismus als rettender Hafen vor den Leistungsanforderungen der Gesellschaft. Umso wichtiger ist es Bäuml daher, dass Diagnostik unter für alle nachvollziehbaren Mechanismen abläuft – und dass auch der Patient über seine Diagnose und ihren Verlauf vollständig aufgeklärt wird (Stichwort Psychoedukation).

Nachdem bereits Klaus Brücher in seinem einleitenden Artikel auf das Thema des Einzelfalls eingegangen war, beschäftigen sich Franz Petermann und Sören Schmidt in „Das Problem des Einzelfalls in der Diagnostik“ hiermit mehr vom praktischen Standpunkt aus. Ihre Frage lautet nämlich: Wie kann eine Diagnostik, die sich ganz am einzelnen Fall und seinem Verlauf und nicht allein an standardisierten Testverfahren orientiert, in den therapeutischen Alltag gewinnbringend sowohl für die Therapie wie auch für die Forschung integriert werden? Dazu liefert ihr Beitrag hilfreiche Modelle. Wenn die Autoren allerdings ihre praktischen Vorgaben zur begleitenden Einzelfalldiagnostik zuletzt mit dem Ziel begründen, diese so „ökonomisch zu gewährleisten“ (S. 213), so scheint das den Ansatz der Autoren zu verwässern – müsste sich doch eine Einzelfalldiagnostik am Einzelfall und nicht an der ökonomischen Durchführbarkeit und somit an der Finanzlage des Gesundheitssystems orientieren.

Es folgt ein zweiter Aufsatz von Martin Poltrum mit dem Titel „Nietzsche als Diagnostiker, Patient und Psychotherapeut. Philosophie als Arzneimittel im Dienste des wachsenden und kämpfenden Lebens“. Poltrums Artikel rührt an Grundfragen wie jene über das Verhältnis von Philosophie und Leben bzw. Lebenslauf. Philosophische Erkenntnis scheint durch und durch in das Leben, das nur erlebt und erlitten werden kann, eingelassen – ganz im Sinne des

griechischen *pathei mathos*. Dies verdeutlicht sich an Friedrich Nietzsches philosophischem Denken über die Krankheit, welches er an seinem eigenen Leiden entwickelte und dabei schließlich auf allgemeine Wahrheiten vorstieß. Vieles ist an Poltrums Beitrag inspirierend – erwähnt werden kann hier nur Nietzsches Konzept der „großen Gesundheit“. Diesem Konzept zufolge bestimmt sich die Gesundheit eines Menschen nicht aus der Abwesenheit medizinisch-objektiv festgestellter Erkrankungen, sondern aus dem Verhältnis, das er zu diesen einnimmt. Nietzsches Forderung ist, das Leben trotz oder gerade wegen seines Leids und seiner Krankheit mutig und schöpferisch zu bejahen. Nietzsche könnte somit als der Theoretiker der Recovery-Bewegung *avant la lettre* begriffen werden.

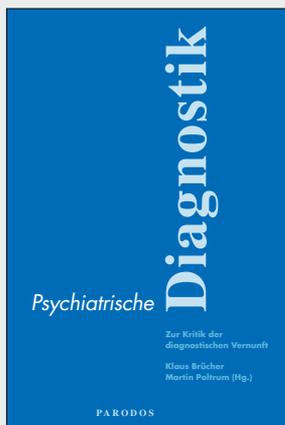
Einer weiteren wichtigen Figur der Geistesgeschichte widmet sich Uwe Gonthers Artikel über den oft als schizophoren vermeinten Dichter Friedrich Hölderlin. „Wenn Hölderlin schizophoren war, was ist dann seine Dichtung?“, fragt der Autor. Entgegen allen pathographischen und vereinnahmenden Ansätzen der Psychiatrie verteidigt Gonthers Hölderlins Dichtung gewissermaßen als Copingstrategie auf ungewohnte Erfahrungsweisen mit nicht-psychiatrisierbarem Eigenleben. Gonthers schließt seine Ausführungen eindrucksvoll mit dem letzten hinterlegten Gedicht des Poeten („Die Aussicht“).

Das letzte, vierte Kapitel („Diagnostik zwischen Subjektivierung und Objektivierung“) beginnt Klaus Leferink. In „Diagnostik von Subjektivität – Spracherweiterung und Restriktion“ setzt sich der Autor mit dem Problem des feststellenden Charakters der Diagnosen auseinander. Er bezieht sich dabei auf Georg Friedrich Wilhelm Hegels Kritik der zu seiner Zeit vorherrschenden Phrenologie, die auch heutigen Kinogängern mit Quentin Tarantinos „Django unchained“ wieder bekannt sein dürfte. Das Reduzieren von Personen auf die Form ihrer Kalotte hat in der Tat verknöchernde Züge. Dem setzt Leferink eine performative Diagnostik entgegen, in der sich das Subjekt im Ausspruch seiner Beschwerden in einen sprachlichen Code einschreibt und gleichzeitig selbst hervorbringt. Zu fragen wäre vielleicht, ob Leferink in dieser zwar sehr umsichtigen Darstellung nicht doch bestimmte Komponenten der Sprache vernachlässigt – nämlich die des Rhythmus' und Klangs und auch die damit verbundene Kommunikativität (vgl. Maldiney, 2007: 53 ff., sowie Kristeva, 1974).

Im nächsten Beitrag kommt dann erneut Klaus Brücher zu Wort, der sich in „Personen diagnostizieren?“ zuerst einmal kritisch mit

aktuellem Modebegriff der „personalisierten Medizin“ auseinandersetzt, der ja in der Somatik nichts anderes meint, als eine möglichst individuelle Bestimmung des Menschen als Sachverhalt. Mag dieser Begriff zwar einen eher undogmatischen und methodenpluralistischen Ableger bei ranghohen Vertretern der World Psychiatric Association gefunden haben (vgl. S. 288), so fehlt ihm doch eine Grundlagenreflexion darüber, was eine Person ist und wie hiernach eine therapeutische Beziehung verstanden werden kann. Brücher entblößt damit gekonnt die sich hinter dem bon mot des Methodenpluralismus versteckende begriffliche Leere der Sache selbst, um die es geht. Was also ist eine Person? Ein sich zu sich selbst und zum Sozialen verhaltendes Möglichkeitswesen – antwortet Brücher in Anlehnung an Helmut Plessner. Da sich nun dieses Möglichkeitsverhältnis für die Psychiaterin gerade in der therapeutischen Beziehung entfaltet, schließt er mit einer eindrucksvollen Betrachtung von Bedingung und Wesen der Psychotherapie.

Der Band endet schließlich mit einem Beitrag Michael Musaleks („Von einer kategorialen zu einer mehrdimensionalen Diagnostik“) der noch einmal einen zusammenfassenden Rückblick auf die psychiatrische Diagnostik sowie einen Ausblick auf weitere Projekte liefert. Musalek setzt sich hier kritisch mit einer kategorialen wie kategorisierenden Diagnostik auseinander, die den psychisch leidenden Menschen unkritisch bestimmten Krankheits-einheiten zuordnet. Musalek insistiert darauf, dass entsprechende Krankheitskategorien (wie z.B. Schizophrenie oder Depression) keine Naturgegebenheiten sind, sondern menschliche Konstrukte, mit denen wir uns bestenfalls an das eigentlich vom Betroffenen Erlebte herantasten können. Diesem kategorialen Ansatz stellt Musalek dann einen mehrdimensionalen Ansatz gegenüber, der es ermöglichen soll, sich mehr am individuellen Leid der Person und ihren Bedürfnissen zu orientieren. Aus ihm folgt schließlich auch das Auffinden von Ressourcen des Individuums zur Krankheitsbewältigung –



333 Seiten  
ISBN 978-3-938880-55-5  
Preis: 35,- Euro

**PARODOS VERLAG**  
Traunsteiner Straße 7  
D-10781 Berlin  
Tel. +49 (0)30 21477910  
Fax +49 (0)321 21312268  
E-Mail: [info@parodos.de](mailto:info@parodos.de)  
[www.parodos.de](http://www.parodos.de)

*Klaus Brücher, Martin Poltrum (Hrsg.)*

## Psychiatrische Diagnostik Zur Kritik der diagnostischen Vernunft

Vor jeder Therapie steht die Diagnose – aber ist die gegenwärtige Praxis der psychiatrischen Diagnostik geeignet, klinisches Handeln und wissenschaftliche Forschung anzuleiten? Der Versuch, psychische „Störungen“ theorie- und schulenunabhängig zu operationalisieren (DSM, ICD), hat zu keiner überzeugenden Ordnung geführt und eine Verarmung der klinischen Wahrnehmung und Praxis mit sich gebracht. Eine eindeutige Erfassung psychiatrischer Krankheitsbilder hinsichtlich Psychopathologie, Differentialdiagnose, Ätiopathogenese, Prognose und Therapie ist allerdings eine unverzichtbare Voraussetzung für rationale Interventionen.

Was Diagnosen und die verschiedenen diagnostischen Systeme prinzipiell leisten und wo ihre Grenzen sind, wird durch die Kritik der diagnostischen Vernunft bestimmt. Diagnosen können Menschen stigmatisieren, aber auch entlastend und exkulperierend wirken, sie sind die Grundlage für Verstehens- und Erklärungsansätze und für daraus abgeleitete Interventionen. Nicht zuletzt verweisen Diagnosen auch in die Geschichte, denn jede Zeit findet und erfindet ihre Krankheiten ein Stück weit mit. Der Band leistet die notwendige kritische Bestimmung psychiatrischer Diagnostik für unsere Zeit.

was zugleich den Übergang zu einer geneungsorientierten Diagnostik darstellt.

Am Ende der Lektüre steht man so beeindruckt vor einem Panorama psychiatrischer Grundlagen-Reflexion. Wie es Sammelbände oft an sich haben, ist es auch hier schwer, ein eindeutiges Fazit zu ziehen. Neben den interessanten Überlegungen, die jeder einzelne Beitrag liefert, liegt die Stärke des Bandes vor allem im Eklektizismus der Beiträge, von denen sich jede Leserin auf eigene Weise für den professionellen Alltag inspirieren lassen kann. Würde man darüber hinaus versuchen, einen gemeinsamen Nenner der Beiträge zu finden, so wäre dies die soziale wie historische Perspektivierung der psychiatrischen Diagnostik. Diese entspricht wahrlich einer „Kritik der diagnostischen Vernunft“, die so auf die Aprioris ihrer Erkenntnisleistung verwiesen wird. Gleichzeitig wird aus dieser Perspektivierung aber kein haltloser Perspektivismus: Mag psychiatrische Erkenntnis auch sozio-historisch vorbedingt sein, sie hat doch ein Prisma, in dem ihre unterschiedlichen Perspektiven zusammenlaufen. Dies ist die lebende und leidende Person. So ist es denn kein Zufall, dass sich ein Großteil der Beiträge zuletzt auf eine – wenngleich sozio-historisch reflektierte – Anthropologie der Person beruft, wie sie im Werk Helmut Plessners entworfen wird.

## Quellen

- Blankenburg, W. (2012): *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit: Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien* (2. Aufl.). Berlin: Parodos.
- Foucault, M. (1954): *Maladie mentale et psychologie* (5. Aufl. 2011.). Paris: PUF.
- Kristeva, J. (1974): *La révolution du langage poétique*. Paris: Editions du Seuil.
- Maldiney, H. (2007): *Penser l'homme et la folie* (3. Aufl.). Grenoble: Millon.
- Romano, C. (2010): *L'aventure temporelle*. Paris: PUF.
- Schneider, K. (1950): *Klinische Psychopathologie* (9. Aufl. 1976). Stuttgart: Thieme.
- Tellenbach, H. (1961): *Melancholie: Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik*. (4. Aufl. 1983). Heidelberg: Springer.

**Klaus Brücher, Martin Poltrum (Hrsg.).  
Psychiatrische Diagnostik –  
Zur Kritik der diagnostischen Vernunft.  
Berlin: Parodos; 2013, 333 Seiten,  
ISBN: 978-3-938880-55-5; 35,- Euro**



### Samuel Thoma

Assistenzarzt im Fach Psychiatrie in Berlin und Promovend im Fach Philosophie. Sein Forschungsschwerpunkt ist das Verhältnis von zeitgenössischer Phänomenologie und Sozialpsychiatrie  
samuel.thoma@posteo.de

## Anti-Aggressivitätstraining in der Suchthilfe: notwendig, aber oft vernachlässigt

*Aggressivität und Sucht sind häufig in Wechselwirkungen miteinander assoziiert. Viele Therapeuten unterliegen dem Irrtum, die Aggressionsproblematik lasse sich durch eine erfolgreiche Suchtbehandlung erledigen. Daher „wird sehr häufig versäumt, gewaltfreie Bewältigungsalternativen im Rahmen einer Suchtbehandlung einzuüben,“ kritisiert PD Dr. Johannes Lindenmeyer (Berlin). Im aktuellen Handbuch über „Gewalt in der Suchthilfe“ stellen Lindenmeyer, Barbara Winkler und Torsten Rehwald detailliert ihre unterschiedlichen Anti-Gewalt-Trainings vor.*

Lindenmeyer, verhaltenstherapeutisch orientiert, fokussiert, dass Aggression und Gewalttätigkeit multidimensionale Konstrukte sind:

- kognitiv: negative bzw. feindselige Annahmen und Einstellungen gegenüber anderen Personen;
- affektiv: Ärger oder Wut;
- Verhalten: absichtliche verbale oder körperliche Verletzung anderer Personen.

„Grundlage des Trainingsprogramms ist daher das Erklärungsmodell, das die Wechselwirkung zwischen Alkohol und allen Ebenen von Aggression betont. Vor diesem Hintergrund wird verständlich, warum die Überwindung von Gewalttätigkeit keine Frage von Einsicht und Reue (Gedankenebene) allein ist, sondern nur dadurch möglich wird, dass die Betroffenen angemessene Verhaltensweisen für Stress- und Konfliktsituationen erarbeiten und diese in Alltagssituationen unter Anspannung (Gefühlsebene) immer wieder erproben...

Das Gruppenprogramm trägt der Tatsache Rechnung, dass es sich bei Aggression und Gewalt um impulsive Verhaltensweisen handelt, die durch systematisches Einüben von Selbstkontrolle und alternativen Verhaltensweisen überwunden werden können. Außerdem wird berücksichtigt, dass Aggression und Gewalt für den Täter kurzfristig enormen Verstärkerwert ha-

ben und daher durch therapeutisches Verständnis allein nicht aufgegeben werden.

Entsprechend gilt auch innerhalb der Gruppensitzungen absolute Nulltoleranz gegenüber aggressivem und abwertendem Verhalten der Teilnehmer. Es geht darum, dass diese teilweise völlig automatisierten Verhaltensweisen (inkl. Sitzhaltung, Mimik und Grimasierung) durch den Therapeuten unmittelbar unterbrochen, markiert und konsequent korrigiert werden...

Ähnlich hat Diplompsychologin Barbara Winkler ihr Anti-Aggressivitätstraining konzipiert: „Der Teilnehmer wird delikt- und defizitspezifisch konfrontiert, um ein pro-soziales Verhalten zu fördern. Dabei gilt es, Fehlwahrnehmungen zu verdeutlichen, erneute Opfer zu vermeiden, weiterreichende Sanktionen zu verhindern und Handlungskompetenzen im Umgang mit aggressionsverstärkenden Situationen zu fördern. Durch dieses Prinzip soll deutlich werden, dass wir zwar verstehen, aber nicht einverstanden sind.“

Torsten Rehwald, psychoanalytisch orientiert, postuliert als entscheidende Ziele seines Anti-Gewalt-Trainings:

- kritische Selbstreflexion bezüglich Gewalt,
- Motivation zur Gewaltfreiheit,
- Erkennen der Nachteile gewalttätigen Verhaltens für die eigene Person,

- Verstehen psychodynamischer Zusammenhänge zwischen erlittener und ausgeübter Gewalt,
- Bewusstmachung des persönlichen Gewaltstils,
- Integration abgespaltener Ich-Anteile und Aufbau eines kohärenten Selbstbilds,
- Infragestellung eines überhöhten Selbstbilds,
- Verbesserung der Affektregulation,
- Verbesserung der Frustrationstoleranz,
- Verbesserung der Realitätsprüfung,
- Verbesserung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit,
- Empathisches Empfinden und Akzeptanz von Alterität.

Seinem differenzierenden Aufsatz hat Rehwald ein Zitat von Friedrich Nietzsche vorangestellt: „Wer sich selber hasst, den haben wir zu fürchten; denn wir werden die Opfer seines Grolls und seiner Rache sein. Sehen wir also zu, wie wir ihn zur Liebe zu sich selbst verführen.“

Jürgen Fais (Hrsg.): Gewalt – Sprache der Verzweiflung. Vom Umgang mit Gewalt in der Suchthilfe.

Pabst, 204 Seiten, ISBN 978-3-89967-812-3

Michael Heilemann, Gabriele Fischwasser-von Proeck: Gewalt wandeln – Das Anti-Aggressivitätstraining AAT.

Pabst, 176 Seiten, ISBN 978-3-935357-53-1

*Renate Mathesius,  
Wolf-Ulrich Scholz*

# Multimodale Stresskompetenz (MMSK)

Handbuch mit CD-ROM ·  
Konzept, Didaktik/Methodik,  
Übungsmaterial



400 Seiten, ISBN 978-3-89967-917-5,  
Preis: 40,- €



**PABST SCIENCE PUBLISHERS**  
Eichengrund 28  
D-49525 Lengerich  
Tel. ++ 49 (0) 5484-308  
Fax ++ 49 (0) 5484-550  
[pabst.publishers@t-online.de](mailto:pabst.publishers@t-online.de)  
[www.psychologie-aktuell.com](http://www.psychologie-aktuell.com)  
[www.pabst-publishers.de](http://www.pabst-publishers.de)

Das Handbuch beschreibt die konzeptionellen Grundlagen, Inhalte und didaktisch-methodischen Lösungsansätze des multimodalen Stresskompetenz-Trainings (MMSK). Das Baukastenprinzip des Trainingskonzeptes ermöglicht einen variablen person-, gruppen- und settingbezogenen Einsatz und gibt Anwendern/Anwenderinnen Raum für die Nutzung eigener Erfahrungen und Vorstellungen im Stressbewältigungstraining.

Konzeptkonformität und Struktur des Trainings sichern übergeordnete Leitprinzipien, die auf unterschiedliche Ziel- und Aufgabenstellungen anwendbar sind und die Grundlage für die Planung und Gestaltung des Stresskompetenz-Trainings in Gruppen sowie bei Einzelpersonen bilden.

Stresskompetenz-Training ist sowohl auf die Unterstützung entwicklungsfördernder, gelingender Anpassungsvorgänge als auch auf das Vermeiden, Einschränken und Bewältigen gesundheitsschädiger bzw. -beeinträchtigender Stresswirkungen gerichtet. Das MMSK-Konzept dient vor allem vorausschauend- und präventivorientierten Aufgabenstellungen, lässt sich aber auch in psychotherapeutische Interventionsprozesse integrieren.

Das Handbuch richtet sich an Psychologen/Psychologinnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, Ärzte/Ärztinnen, psychologisch ausgebildete Personen in Beratung und Coaching sowie Absolventen gesundheits-, betriebs- und sportwissenschaftlicher sowie sozialpädagogischer Studiengänge, die auf den verschiedensten Gebieten der Gesundheitsförderung, Gesunderhaltung und Rehabilitation tätig sind. Stresskompetenz-Training erlangt im betrieblichen bzw. beruflichen Kontext, bei der Behandlung psychosomatischer Störungen (z.B. Rückenleiden) und im Gesundheitssport zunehmend an Bedeutung.

Leser und Leserinnen finden in diesem Handbuch theoretische Grundlagen zum Stressbegriff, Information über neue Ansätze und Zugänge zur Stressproblematik und weiterführende Literatur sowie ein theoriegeleitetes Interventionskonzept mit einer Vielzahl praktisch-methodischer Anregungen und Übungsmaterialien (auch auf CD). Beispielprogramme zur Gestaltung eines Stresskompetenz-Trainings und Fragebogen zur Veränderungs- und Zustandsmessung ergänzen dies.