

Ressourcenorientierte Psychotherapie

Bernd und Margarete Leibig

Mit diesem Vortrag und Seminar verbinden wir das Anliegen, grundlegende theoretische Aspekte der Analytischen Psychologie auf dem Hintergrund der neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse der Neurobiologie und Hirnforschung zu sehen. Wir haben ein Interesse daran, die Analytische Psychologie C. G. Jungs weiterzuentwickeln, und möchten deshalb aufzeigen, wie es möglich ist, neue Erkenntnisse der Ressourcenorientierten Therapie in die Ausbildung und in die analytische Arbeit aufzunehmen.

Menschen, die bei uns Hilfe suchen, sind weit mehr als die konfliktorientierte Theorie bisher gesehen hat. Bisläng haben sich Therapeuten vor allem um den Konflikt gekümmert und die Entwicklung über die Auflösung des Konflikts gesehen. Wir gehen davon aus, dass der Mensch die meisten Ressourcen, die er zur Lösung seiner Probleme braucht, in sich selbst trägt. Die Neurobiologie und Hirnforschung zeigen uns, dass psychische Entwicklung weitaus mehr durch die **Stabilisierung und Entwicklung der Ressourcen** geschieht als über die Konfliktbearbeitung.

Es geht also darum, den Konflikt zu sehen **und** der Ressource Bedeutung zu geben. Peter Fürstenau spricht vom beidäugigen Sehen.

Es geht in der Psychotherapie darum, Pathogenese **und** Salutogenese zu verbinden

Wir haben nun das Glück, dass die Theorie von C.G. Jung ein großes Potential für ressourcenorientiertes Arbeiten bereit hält. Dieses theoretische Konzept sehen wir als eine gute Basis für ressourcenorientiertes Arbeiten.

Lassen Sie mich kurz ein paar persönliche Gedanken voranstellen.

Ein Beispiel für ressourcenorientiertes Arbeiten ist die **geführte Imagination**, die sicherlich viele von Ihnen bereits bekannt ist. Wir möchten sie unserem Vortrag voranstellen. Diese Übung können Sie auch als Leser dieses Artikels durchführen. Setzen Sie sich bequem hin, atmen ein paar Mal tief durch und stellen sich eine Landschaft vor, in der Sie sich sicher und geborgen fühlen können. In dieser Landschaft ist irgendwo eine Quelle. Sie kennen den Weg dorthin und lassen sich an Ihrer Quelle nieder. (Geräusche hören, wie riecht es, welche Temperatur hat das Wasser, gibt es Vögel in der Landschaft, Bäume, Pflanzen, die Atmosphäre aufnehmen und tief einatmen und ausatmen.)

Und lassen Sie nun die Bilder und die Stimmung auf sich und ihren Körper wirken.

Ressource kommt vom lat. resurgere – "wieder auf(er)stehen hervorquellen, auftauchen“. In der Psychotherapie und Psychoanalyse wurde der Rückgriff auf unsere inneren Quellen zu sehr vernachlässigt und das **Konflikthafte und die Problemorientierung** zu sehr in den Vordergrund gestellt. Zur Diagnoseerstellung brauchen wir selbstverständlich das Wissen der Neurosenlehre und Krankheitslehre, deshalb müssen wir dies während der Ausbildung auch gründlich lernen. Darüber hinaus braucht es jedoch für die Behandlungstechnik, für den Behandlungsplan und die Prognose auch das Wissen über ressourcenorientiertes Arbeiten.

Wir können uns von manchen **psychotherapeutischen Mythen** verabschieden. Thomä und Kächele haben in ihrem Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie drei Mythen postuliert.

Sie kritisieren

1. an der klassischen Psychoanalyse den **pathomorphen Mythos** – den Mythos des Krankhaften. Das heißt, alle Wahrnehmungen, Erkenntnisse, Erfahrungen der Menschen wurden unter dem Gesichtspunkt der **Krankheit** und des **Mangels** betrachtet. Dies führte z.B. zu solchen Ideen, dass es im Menschen einen psychotischen Kern gäbe. Die Psychose ist eine Krankheit, die mit Bewusstseinsstörungen einhergeht. Dem Säugling einen psychotischen Kern zu unterstellen, weil er noch kein ausgeprägtes Bewusstsein hat, ist eine solche pathomorphe Fehlannahme.

Die 2. Kritik an die Psychoanalyse bezieht sich auf den **adultomorphen Mythos** – den Mythos der erwachsenen Anschauung. Hier ist die Tatsache gemeint, dass vom **Erwachsenen auf das Kind zurückgeschlossen** wurde und somit dem **Kind keine eigenen Entwicklungskategorien** zugeordnet wurden. Nach den Veröffentlichungen von Daniel Stern über das Selbsterleben des Säuglings und Kleinkindes kann dieser Mythos nicht aufrecht erhalten werden. Denken Sie auch an das bekannt gewordene Schlagwort des kompetenten Säuglings, das auf die Eigenständigkeit kindlicher Entwicklung hinweist.

Der 3. Mythos wird als **theoretikomorpher Mythos** bezeichnet – den **Mythos der Theorielastigkeit**. Hierunter wird verstanden, dass es in der klassischen Psychoanalyse bestimmte theoretische Entwürfe und Vorstellungen des Menschen gibt, (s.o.) die sich doch sehr weit von einer nachvollziehbaren Lebenswirklichkeit der Patienten entfernt haben. Peter Fürstenau sieht das psychoanalytische Theoriegebäude zusammengesetzt aus "historisch unterschiedlich alten Konzepten und Theoriestücken deren **Verträglichkeit und Stimmigkeit miteinander weitgehend unklar** ist Die Einheitlichkeitder reinen psychoanalytischen Methode wird durch wenige überragende Begriffe wie "Übertragung" und "Widerstand" nur notdürftig gewährleistet. (Fürstenau, Psychoanalytisch verstehen, systemisch denken, suggestiv intervenieren, S. 52) Fürstenau bezeichnet diese Form klassischer Psychoanalyse als "esoterische Psychoanalyse."

Was wollen moderne Psychotherapie und ressourcenorientierte Psychotherapie?

Sie bezieht sich auf wissenschaftlich und neurobiologisch fundierte Erkenntnisse und entwickelt **Konzepte, die sich als angemessen und förderlich** für die Gesundheit des Menschen erwiesen haben. Sie konzentriert sich auf die **Aktivierung der Ressourcen**. Die Neurobiologie des Gehirns lehrt uns, dass Veränderungen der psychischen Haltungen und Einstellungen **im problem- und konfliktorientierten Modus nur schwer zu erreichen** sind.

Klaus Grawe schreibt: "Für das **Verständnis** der Problematik eines Patienten ist die Einnahme einer Problemperspektive natürlich, notwendig und angemessen. Wenn man jedoch glaubt, man könne mit derselben Perspektive die **Veränderung** von Problemen konzipieren, befindet man sich auf dem Holzweg. Für die Herbeiführung von Veränderungen kann die Problemperspektive wie ein Bleiklotz am Bein wirken." (Grawe, 1998, S. 96)

Ressourcenorientierte Psychotherapie unterstützt psychische Fähigkeiten, wie **Selbststeuerung, Selbstkontrolle, Selbstverständnis, Selbstregulation und Hinwendung zur Selbstfürsorge**. Ressourcenorientierte Psychotherapie vermeidet zu starke therapeutische Abhängigkeiten und zu intensive Regressionen zu schmerzhaften oder traumatisierenden Erfahrungen.

Maja Storch, eine Jung'sche Therapeutin mit Ausbildung in Zürich, verwendet in ihrem **Züricher Ressourcen Modell** einen neurologisch fundierten Ressourcenbegriff. „Demnach gilt alles, was gesundheitsfördernde neuronale Netzwerke aktiviert und entsprechende Ziele fördern hilft,“ als Ressource. (Storch, Ressourcenorientiert coachen mit dem Züricher Ressourcenmodell, S. 33)

Aufbauen ist häufig wichtiger als aufdecken. Dieser Arbeitsansatz kann sowohl in der analytischen Arbeit als auch im tiefenpsychologisch fundierten Ansatz eine grundsätzliche ethische Haltung des Therapeuten sein. Es ist ein Weg in der Therapie einen achtsamen Umgang mit Menschen wirksam werden zu lassen. Sie kennen sicher die **Achtsamkeitstherapie** die in den USA und auch bei uns mit Erfolg durchgeführt wird und beforscht wird. Albert Schweitzer nannte diese Haltung als „**Ehrfurcht vor dem Leben**“. Es geht darum, dem Menschen in seiner Würde so achtsam wie möglich zu begegnen, nicht zusätzlich durch konfrontierende Fragen nach schmerzlichen Ereignissen die Belastung zu steigern, sondern eher durch Fragen nach dem nächsten Lebensziel, oder danach, was bisher im Leben möglich war und gelungen ist, die **Belastung zu reduzieren**.

Ein Beispiel für ressourcenorientiertes Arbeiten.

Bei einer **15-jährigen Patientin**, die in der elterlichen Wohnung überfallen wurde, macht es keinen Sinn, nach dem Verlauf des Überfalls zu fragen. Sie hatte sich massiv einer Vergewaltigung zur Wehr gesetzt, hat den Angreifer in die Flucht schlagen können und hat seit dieser Zeit unter Alpträumen und flash backs zu leiden. Sie hat bereits 2 Therapieanläufe abgebrochen, weil die Kolleginnen, ganz sicher ohne es zu wollen, aber aus Unkenntnis, durch ihre eindringenden

Fragen sie erneut retraumatisiert haben und die Alpträume noch schlimmer wurden.

Es ist möglich, mit ihr so zu arbeiten, dass sie z.B. einen sicheren Ort imaginiert, eine hilfreiche Gestalt kann das überfallene Mädchen von damals beruhigen und trösten. Es wird mit ihr umkreist mit, was ihr Freude macht, und was ihr bisher gut gelungen ist im Leben. Ob es wohl ein Samenkorn der Hoffnung in ihr gibt, dass es ihr wieder besser gehen kann? Ja das gibt es, war ihre Antwort. Und seither kümmern wir uns jede Stunde um dieses Samenkorn der Hoffnung.

Es ist eher ein unspektakuläres Arbeiten und als Therapeuten müssen wir es aushalten, manches vielleicht lange nicht zu erfahren, vielleicht auch gar nie. Im therapeutischen Sandspiel gestaltete die Jugendliche nach wenigen Stunden ein Bild am Meeresstrand und nannte es: Sommerferien. Es ist ein Bild, in dem deutlich wird: **der positive Mutterarchetyp ist als Boden für ihren Heilungsweg wieder konsteliert**. Die Jugendliche hat wieder Beziehung und Verbindung zu ihrem Selbst gefunden. Der Libidofluss auf der Ich-Selbst-Achse ist angeregt. Das radikal erschütterte und verunsicherte Ich der Jugendlichen fängt an, sich von dem traumatischen Ereignis zu erholen.

Das Gelungene im Leben ausführlich zu betrachten, ermöglicht uns, die **resilienten Faktoren** des Patienten zu sehen. Unter **Resilienz** verstehen wir die **seelische Widerstandskraft eines Menschen gegenüber Belastungen**. (resilio-lat. Ich springe zurück, nämlich in den vorigen Zustand des Wohlbefindens.)

Die Resilienzforschung beschäftigt sich damit, wie schaffen es Menschen, trotz Belastungen gesund zu bleiben oder gesund zu werden.

Die Resilienzforschung unterscheidet zwischen **personalen und sozialen Ressourcen**, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie.

Frau Reddemann hat in ihrem schönen Buch „**Überlebenskunst**“ die Ressourcen von Johann Sebastian Bach herausgearbeitet. Er hatte wenig soziale Ressourcen, er war mit 11 Jahren Vollwaise. Er hatte jedoch immense Ressourcen, seine Emotionen über die Musik auf berührende Weise zum Ausdruck zu bringen. Dazu kommt seine Religiosität. Wir wissen heute, dass Menschen schwierige Lebenssituationen eher bewältigen können, wenn sie ihre Religiosität als Ressource nutzen können.

In der **Archetypentheorie** von C.G. Jung liegt ebenfalls ein **wesentliches Feld zum Verständnis von Ressourcen und Resilienz**. Wir alle kennen Beispiele von Menschen, die über einen positiven Zugang zur Natur, als einem archetypischen Feld des positiven Mutterarchetyps eine wichtige Ressource gefunden haben. Für andere Menschen ist es die Malerei, das Singen, oder der Sport. Wesentlich ist, dass wir uns in diesem Bereich wohl fühlen können, dass z. B über die Bewegung in der Natur neue Erregungsmuster im Gehirn und ein anderes Gefühl von mir selbst entstehen kann.

Dies unterstützen wir, durch präzise Fragen wie z.B.: was ist anders, wenn Sie im Wald sind, wo spüren Sie das angenehme Gefühl im Körper, können Sie es fühlen, wenn Sie jetzt darüber sprechen, konzentrieren Sie sich kurz darauf...Es gilt, sich auf die Momente zu konzentrieren, in denen das **Selbsterleben, das Welterleben, das Körpererleben** angenehmer ist, und es dem Menschen einfach besser geht. **Emotionen sind wesentliche Träger von Motivation.** Wir brauchen das Gefühl, das hat mir gut getan, das mach ich wieder. Diese Bewertung gilt es in die therapeutische Arbeit aufzunehmen.

All dies unterstützt die Entwicklung und Erweiterung der Ressourcen und damit den Aufbau eigener resilienter Faktoren. Resilienz kann man übrigens lebenslang fördern, das zu wissen hilft uns allen in der Arbeit mit sehr belasteten Menschen. Veränderungen brauchen unterschiedlich Zeit. Durch unser analytisches Setting haben wir ja mit den Menschen viel Zeit, um geduldig Raum für die kreative Entwicklung eigener Ressourcen zu geben.

Die Neurobiologie des Gehirns und ressourcenorientierte Psychotherapie

Beginnen wir mit dem Zentralorgan des Gehirns, mit der Amygdala, einer mandelförmigen Struktur im Mittelhirn, daher der Name Mandelkern. Die Amygdala und das mesolimbische System (Komplex von Zellgruppen im Mittelhirn) sind der **Ort des emotionalen Gedächtnisses**. Durch die Amygdala erfolgt **die emotionale Steuerung unseres Bewusstseins**. An der Amygdala kommen wir nicht vorbei. Alle Wahrnehmungsvorgänge werden im limbischen System, dessen Teil die Amygdala ist, auf ihre emotionale Bedeutung hin überprüft. Klaus Grawe bezeichnet die Amygdala in seinem Buch "Neuropsychotherapie" als "**Angstzentrale**." (Grawe, S. 90)

Es gibt ein paar Grundsätze in der Neurobiologie des Gehirns, die wir uns vergegenwärtigen sollten, wenn wir Psychotherapie ausüben.

Der erste Grundsatz heißt: "use it or lose it." Damit ist die einfache Tatsache gemeint, dass Neuronen und Synapsen **in Gebrauch** sein müssen, damit sie nicht verkümmern. Das ist durchaus vergleichbar dem Umgang mit unserer Muskulatur: nur Muskeln, die trainiert werden, vergrößern und vermehren sich (zumindest bis zum 40. Lebensjahr) und sind im Bedarfsfall einsatzbereit. Nur neuronale Netzwerke, die im Gebrauch sind, können gut eingesetzt werden.

In unserem psychotherapeutischen Zusammenhang bedeutet dies, dass wir das Gehirn des Patienten veranlassen sollten, sich möglichst viel mit den Zielen, die er erreichen möchte zu beschäftigen, um die entsprechenden Neuronen und synaptischen Verbindungen durch den Gebrauch zu stärken.

Die positive Konnotation von erreichbaren Zielen und die korrigierenden emotionalen Erfahrungen, die der Patient dabei macht, aktivieren das sog. **Annäherungssystem**.

Das **Vermeidungssystem** ist in bestimmten Arealen des rechten PFC repräsentiert. Stellen Sie sich einen depressiven Patienten vor. Bei ihm sind die Bahnen zwischen dem mesolimbischen System und dem rechten präfrontalen Cortex gut gebahnt. Diese Areale sind bei ausweichendem, vermeidendem und resignativem Verhalten übermäßig aktiviert. Im linken PFC sind die Areale repräsentiert, die mit dem **Annäherungsverhalten** in Zusammenhang stehen. Eine ressourcenorientierte Therapie wird sich also darum bemühen, den **linken PFC zu stärken** und die Bahnen zum rechten PFC zu hemmen. Die **Motivationsstruktur** des Menschen ist so aufgebaut, dass es leichter ist, die Förderung von Annäherungszielen zu erreichen, als Vermeidungsziele zu hemmen. Es fällt uns leichter, uns gesund schlank und sportlich vorzustellen (=Annäherungsziel) und es fällt uns schwerer keine Schokolade zu essen (=Vermeidungsziel)

Wir wissen heute, dass unser Gehirn auch im höheren Alter noch eine beachtenswerte **neuronale Plastizität** hat. Natürlich haben Kinder die höchste Plastizität und die besten Lernfähigkeiten. Wir werden mit einem erheblichen Überangebot an Neuronen geboren, die sich beim Nichtgebrauch in den ersten Lebensjahren dann wieder reduzieren. Dies entspricht dem erwähnten Grundsatz use it or lose it. Der Verlust von fast einem Drittel der ursprünglich vorhandenen Neuronen ist physiologisch und normal. Wenn wir den verbleibenden Rest gut nutzen, ist dem Gehirn genüge getan.

Ein weiterer Grundsatz wird die Hebb'sche Regel genannt: "**neurons that fire together wire together.**" Neuronen, die zusammen feuern verbinden sich miteinander. Dies ist für unsere psychotherapeutische Arbeit insofern bedeutsam, als es uns ja darum geht, dem Patienten zu ermöglichen, **Lebenshaltungen**, die sich als störend erwiesen haben, **pathologische Überzeugungen** und **krankheitsverursachendes Beziehungsverhalten** zu verändern. Wie gelingt es uns, das Gehirn des Patienten aufnahmebereit zu machen für neue Anschauungen und Werte?

Da kommt ein weiterer Grundsatz ins Spiel: **Wir lernen nur wirklich gut, wenn wir mit Freude und Engagement bei der Sache sind.** Nur wenn die Neuorientierungen, die der Patient erreichen möchte, in einem **positiven emotionalen Umfeld** erfahren werden, verknüpfen sie sich – gemäß der Hebb'schen Regel - und es kommt zu einer Verstärkung der synaptischen Verbindungen.

Dem liegt das Belohnungssystem, das auch Dopaminsystem genannt wird, zugrunde. Dopamin wird durch angenehme Erfahrungen ausgeschüttet und bewirkt eine Verstärkung der synaptischen Verbindungen und damit eine Stärkung der gewünschten Therapieeffekte.

Eine Jugendliche, Pia, die mit 16 Jahren nach dem Suizid ihres 8 Jahre älteren Freundes in Behandlung kam, hatte zunächst als resiliente Faktoren unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis ihre Familie und gute Freunde als soziale

Ressource. Als persönliche Ressourcen hatte sie ihre Liebe zu Musik, sie spielt Gitarre, sie tanzt gerne, sie malt und hat wirklich gute Freundinnen.

Als die Eltern aus einer latenten Krise heraus, die plötzlich akut wurde, sich 6 Monate später trennten, brach sie richtiggehend noch einmal zusammen. Sie hatte sich noch nicht vom Tod des Freundes erholt, da geschah für sie wieder eine für sie enorm schmerzliche Trennung. Der Elternarchetyp brach auseinander. Sie schimpfte, weinte, warum tun die mir das auch noch an. Sie klagte „gibt es überhaupt einen Gott, wenn mir so was passiert, ich bin doch erst 17, ich kann das nicht ertragen. So kann ich nicht leben, brach es aus ihr heraus“.

Sie war einige Wochen suizidal und im Vermeidungsverhalten gefangen. Sie hatte 2 Monate schwere Angstzustände und konnte in ihrer Lehre nicht mehr arbeiten. Die therapeutische Aufgabe im Sinne der Ressourcenaktivierung war nun, einen **Zugang zum Annäherungssystem** zu finden.

Hier hat mir als Therapeutin das Wissen um die heilsamen Energien von archetypischen Feldern geholfen. Es wurde mit ihr ein sicherer Ort erarbeitet, ein Engel war ihre hilfreiche Gestalt. Sie wurde immer wieder angeleitet, die ängstlichen Anteile versorgen zu lassen. Es geht darum, in der eigenen Innenwelt eine ganz und gar gute Welt zu erschaffen, um dort Trost, Geborgenheit und Unterstützung zu finden. Sie lernte, auch zu Hause diese Übung zu machen und konnte damit ihren Selbstwert stärken und Selbstwirksamkeit erleben, dass sie sich selbst helfen kann. Die Idee, die suizidale Jugendliche zu fragen, **wie siehst Du Dich in 10 Jahren**, was würde Dir die 10 Jahre ältere Pia empfehlen, war sehr hilfreich. Was könnte sie Dir sagen, was ist der nächste kleine Schritt, um dich wieder wohler zu fühlen. Sie konnte darauf eingehen und fand wieder Verbindung zu ihren Ressourcen.

So holten wir immer wieder die **Frau, die sie einmal sein** wird zu Hilfe. Das hat ihr geholfen aus ihrer Suizidalität herauszufinden. Im Dialog mit der 10 Jahre älteren Pia wird das **Annäherungsverhalten an eine hoffnungsvollere Zukunft** gefördert. In der 10 Jahre älteren Frau hatte sie ihr inneres Entwicklungsobjekt gefunden.

Das analytische Setting, dass sie einige Monate hochfrequent in Therapie kommen konnte, sowie die positive Übertragungsbeziehung waren ebenfalls sehr hilfreich. Das Grundbedürfnis nach Bindung und Beziehung wird in einer analytischen Therapie gut genährt, vorausgesetzt, die therapeutische Beziehung ist unterstützend.

Am Beispiel von Pia möchten wir die **Ego-states Arbeit** verständlich machen. In dieser Behandlungstechnik werden psychische Anteile in der Imagination versorgt. Bei der jungen Patientin war dies die 16jährige Pia, die den Tod des Freundes hinnehmen musste. Durch die hilfreiche Gestalt werden mütterliche oder auch väterliche Aspekte in der Seele evoziert. Es gab auch eine Situation, in der die kleine 4 jährige Pia am sicheren Ort versorgt wurde. Damals hatte sie nach einem Umzug der Eltern sehr gelitten. Behandlungstechnisch wird hier eine **Regression** evoziert, das Ich der Gegenwart wird dabei jedoch stabil gehalten. Es

wird über die Imagination eine Verbindung zu den abgewehrten Anteilen geschaffen und in der Imagination entsteht eine Erlösung für das kleine Mädchen von damals, die jetzt gesehen, geachtet, getröstet und mütterlich versorgt wird. Die **Bedürftigkeit wird nicht in der Übertragungsbeziehung bearbeitet**, sondern es entsteht für das Kind von damals in der Imagination eine neue mütterliche Erfahrung.

Ziel ist, sich nicht mit den kindlichen Anteilen zu identifizieren. Es geht nicht um die Regression in der Übertragungsbeziehung. Dennoch findet über die Symbole die **Regression in persönliche Komplexbereiche und in archetypische Felder** statt. Es werden intrapsychisch mit dieser Behandlungstechnik sowohl fürsorgliche Aspekte evoziert, z.B. im Symbol der hilfreichen Gestalt, die sich liebevoll um das Kind von damals kümmern kann, als auch regressive Bedürfnisse des Kindes von damals befriedigt. Die **Stabilität des Ich bleibt gewahrt**.

Die **Wirkkraft**, die wir als Therapeuten mit unseren Interventionen haben ist immens. Entsprechend entstehen beim Patienten Bahnungen. Wenn wir ausschließlich nach den Konflikten fragen, beschäftigt sich der Patient primär mit seinem Konflikt. Wenn wir fragen, was hat Ihnen denn früher geholfen mit schwierigen Situationen umzugehen, werden völlig andere Gefühlsmuster und Denkmuster angesprochen. Es werden damit andere archetypische Felder evoziert. Durch unsere Haltung und unsere Fragestellung **geben wir eine Richtung** vor, die weitreichende Konsequenzen für den Patienten hat. Wir unterstützen Menschen in ihrer inneren Gestaltung ihres Lebens, es entstehen neue Entwürfe für das Leben. Ingrid Riedel spricht davon: „Leben ist belastend, wo wir uns ohnmächtig fühlen. Leben ist gehaltvoll, wo wir gestalten können.“ (Riedel 2002: Lebensträume – Lebensräume, Herder)

Wie wir wissen, ist ein wichtiger Wirkfaktor in der Psychotherapie die **therapeutische Beziehung**. **Beziehungsstress** vermindert die Möglichkeiten Neues aufzunehmen und wirkt sich, wie wir aus Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren wissen, negativ auf das Volumen des Hippocampus aus, der für das episodische Gedächtnis zuständig ist. Die leider nicht so seltenen Kämpfe in den Therapien (um Deutungen, um Settingfragen) sind unter diesem Gesichtspunkt **kontraproduktiv**, da sie schlechte Stimmung und Verdruss machen und damit meist nichts wirklich Neues bringen.

Häufig wird ja die Hypothese geäußert, dass Therapien nur gut gelingen, wenn die Aggressionen ordentlich hochgekocht sind. Dies ist auch **ein theoretischer Mythos**. Unter Beachtung der Neurobiologie des Gehirns werden wir zu einer anderen Auffassung kommen. Joachim Bauer ein profunder Kenner dieser Zusammenhänge weist in seinem Buch „Prinzip Menschlichkeit“ darauf hin, dass er **nicht die Aggression, sondern die Kooperation als zentrales menschliches Motiv** ansieht. Aggression trete erst dann auf, wenn die **Kooperationsmöglichkeiten misslungen** sind. Sehr eindeutig schreibt Bauer: "Ob Konkurrenz und Kampf die primären inneren Triebkräfte sind, die das

Verhalten lebender Systeme steuern, ist fraglich. Auf den Menschen bezogen sind diese Annahmen falsch." (Bauer, S. 18)

Aggression tritt nach Bauer dann auf, wenn es darum geht **Schmerz** zu vermeiden: Zum einen den körperlichen Schmerz bei äußeren Verletzungen als auch den psychischen Schmerz bei Verletzungen des **archetypischen Bedürfnisses nach Anerkennung, Beziehung, Resonanz und sozialer Zugehörigkeit**.

"Das Gehirn macht zwischen >social pain< (sozialem Schmerz) und >physical pain< (körperlichem Schmerz) kaum einen Unterschied." (Bauer, S. 78/79 mit Hinweis auf Arbeiten des amerikanischen Hirnforschers Jaak Panksepp).

Jeder Mensch möchte aber Schmerz vermeiden. Deshalb treten bei Verletzungen des **Bindungsbedürfnisses**, des **Resonanzbedürfnisses** oder bei Verletzungen **sozialer Anerkennung sekundär** Aggressionen als **Schmerzvermeidungsverhalten** auf. Wenn Aggression aber kein **primäres menschliches Motiv** ist, braucht sie auch nicht gefördert zu werden und ist kein Qualitätsmerkmal für gelingende Therapie.

Richtig ist, dass Veränderungsprozesse leichter gelingen und dauerhafter wirken, wenn die Einflüsse mit einer gewissen emotionalen Dichte erlebt werden. Wenn die Emotionalität aber v.a. durch Aggression hergestellt wird, wirkt sich das jedoch kontraproduktiv aus, da die Kreativität, die wir für Veränderungsprozesse brauchen, durch die Angst und Aggression blockiert wird.

Ressourcenorientierte Therapie wird sich also darum bemühen, wieder zu den **Quellen vorzudringen, dorthin wo die Patienten sich noch wohler fühlen und fühlten**. So wird es z.B. bei einem depressiven Patienten nicht sehr sinnvoll sein, sehr ausführlich und immer wieder auf biographisch zurückliegende Episoden des Gedrückt seins zu sprechen zu kommen und dieses Thema möglichst breitzutreten. Im Sinne der Annäherungsziele muss es viel mehr darum gehen, die **Ausnahmen** herauszufinden: wann sind Sie nicht depressiv, unter welchen Umständen sind Sie angstfreier, was hat Sie heute Morgen schon erfreut? Was wäre wenn...ihr Symptom schon beseitigt wäre,Sie ihr Behandlungsziel erreicht hätten.

Solche Fragen sind uns, wenn wir von der konfliktorientierten Sichtweise kommen, recht wenig vertraut.

Wir sind es gewohnt, nach dem Schwierigen, dem Konflikthaften zu fragen und sind geneigt in der Biographie immer wieder um den Konflikt zu kreisen. Durch das Erzählen über Konflikte erlebt der Patient eine Entlastung. Dies ist durchaus sinnvoll. Es unterstützt sein **Erklärungsbedürfnis**, das Bedürfnis nach Verstehbarkeit des Geschehenen. Eine **Veränderung** geschieht hierdurch nicht. Eine zu lange Beschäftigung mit dem Mangel der Vergangenheit aktiviert und verstärkt die ängstigenden und vermeidenden Areale im Gehirn – und dies ist psychotherapeutisch nicht gewünscht und mitunter geschehen dadurch auch Retraumatisierungen.

Die wissenschaftlichen Untersuchungen von Grawe und seinen Mitarbeitern bestätigen in eindrucklicher Weise, dass der Therapieerfolg, die **Erreichung der Therapieziele, davon abhängt, wie häufig und wie intensiv der Patient bedürfnisbefriedigende Erfahrungen** gemacht hat.

Das Gefühl von Bedürfnisbefriedigung stellt sich am ehesten ein durch "**Klärungserfahrung, Bewältigungserfahrung und Selbstwirksamkeitserfahrung**" (Grawe, S. 390)

Ressourcenaktivierung bedeutet für den Patienten, dass er **selbstwerterhöhende Erfahrungen** macht. Die sehr detaillierten Untersuchungen von Grawe zeigen auch, dass ein positiver Stundenoutcome, wie auch insgesamt ein positiver Therapieausgang, **signifikant korreliert mit der ressourcenaktivierenden Haltung und ressourcenaktivierenden Interventionen des Therapeuten**. Ein aktives, ressourcenförderndes Verhalten des Therapeuten verbessert das Therapieergebnis. "**Konsistenzverbesserung** durch positive bedürfnisbefriedigende Erfahrungen im Therapieprozess ist demnach eine conditio sine qua non für erfolgreiche Psychotherapie." (Grawe, S. 406)

Um es nochmals hervorzuheben: **Ressourcenaktivierung heißt Bedürfnisbefriedigung grundsätzlicher menschlicher, archetypischer Bedürfnisse nach Bindung, Resonanz, sozialer Anerkennung und Sinnhaftigkeit**. Dies ist für Analytiker, die durch ihre Ausbildung sehr am Mangel, am Fehlenden, am nicht Stimmenden orientiert sind, nicht leicht zu verkraften und schon gar nicht leicht umzusetzen. Viele Kollegen weisen ja voller Wonne darauf hin, dass wir **am Verdorbenen arbeiten**. Wenn wir die Erkenntnisse der Psychotherapieforschung ernst nehmen, werden wir uns wieder mehr auf das besinnen, was wir in der analytischen Psychologie und Theorie glücklicherweise schon bei uns haben: Wichtig ist der finale, sinnhafte Aspekt des Geschehens. Die Frage des **Wo-Zu aktiviert das Annäherungssystem**, während das zu lange verharren bei der Frage nach dem **Warum das Vermeidungssystem** aktiviert.

Machen wir uns nochmals klar:

In der ressourcenorientierten Psychotherapie werden die **motivationalen Basisorientierungen** des Menschen berücksichtigt, die Aaron Antonovsky in seinem Salutogenesekonzept formuliert hat. In unserer Jung'schen Sprache würden wir sagen: die **archetypischen Grundkonstanten menschlicher Bedürfnisse** werden berücksichtigt. Kernstück des Modells von Antonovsky ist das **Kohärenzgefühl** (Sense of Coherence SOC) als Basis für mehr oder weniger Gesundheit bzw. Krankheit. Kohärenz meint den Zusammenhang und die Stimmigkeit mit sich selbst.

Das **Kohärenzgefühl** bei Antonovsky setzt sich aus drei Orientierungen zusammen

1. die Verstehbarkeit,
2. die Handhabbarkeit und Kontrollierbarkeit und
3. und die Sinnhaftigkeit.... des Erlebens.

1. Das Gefühl von Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)

Dies beschreibt die Fähigkeit bzw. die Erwartung des Menschen äußere **Ereignisse als geordnete, konsistente und strukturierte Informationen verarbeiten zu können**. Ist dies nicht möglich, so erzeugt dies Unsicherheit, Unruhe, Ängste bis hin zu psychischer Desorganisation und Desintegration. Es ist z.B. für Kinder von alkoholkranken oder psychisch kranken Eltern extrem schwierig, zu verstehen, dass das Verhalten der Mutter täglich anders ist, mal ist sie guter Dinge, am nächsten Tag schließt sie gar nicht die Türe auf.

2. Das Gefühl von Handhabbarkeit und Bewältigbarkeit (sense of manageability)

Nach A. gibt diese Komponente an, „**dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen**“ (A. 1997). Es geht hierbei um die *Überzeugung, dass Schwierigkeiten lösbar und bewältigbar sind*. Wichtig für A. ist dabei, dass der Einzelne nicht unbedingt selbst über die konkrete Bewältigungsmöglichkeit verfügen muss, sondern auch der Glaube oder das Wissen, dass andere Personen, evtl. auch höhere Mächte, helfen können trägt zum Gefühl der Handhabbarkeit bei.

3. Das Gefühl von Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness)

Diese Komponente gibt nach A. an, ob man das „*Leben als emotional sinnvoll empfindet*: dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man *Energie in sie investiert*.....dass sie eher willkommene Herausforderungen sind, als Lasten, die man gerne los wäre.“ (A. 1997, S. 36)

Was bedeutet es für unsere analytische Haltung und unser Verhalten in der ressourcenorientierten Psychotherapie, wenn wir diese archetypischen Bedürfnisse des Menschen berücksichtigen?

Zu 1) Verstehbarkeit

Psychotherapie darf keine Geheimwissenschaft sein, die sich mit möglichst kryptischen Formulierungen und Theoriebildungen vom allgemeinen Verständnis abgelöst hat, wie dies teilweise geschehen ist. Die Heilung ist letztendlich eine Gnade und bleibt in gewisser Weise ein Geheimnis. Unser Vorgehen jedoch,

unser Handwerkszeug und der Hintergrund, auf dem wir therapeutisch arbeiten muss keineswegs geheimnisvoll sein, sondern ist erklärbar, wenn wir selbst wissen, was wir tun. Deshalb sollen therapeutische Prozesse und Interventionen nachvollziehbar und dem Patienten verständlich sein, z. B. durch ausführliche Information im Erstgespräch.

Es ist sinnvoll, Beunruhigung und zu viel Konfrontation eher zu vermeiden, um dem Patienten keine zusätzlichen Belastungen und Beunruhigungen aufzubürden. Die hat er in seiner psychischen Not schon genug.

Es hat sich als hilfreich erwiesen den Wissensvorsprung des Therapeuten durch weitgehende Information des Patienten zu reduzieren, ohne den Unterschied des Kenntnisstandes zu verleugnen. In der Medizin wird dies „*partizipative Entscheidungsfindung*“ zwischen Arzt und Patient genannt.

Es soll alles vermieden werden, was eine Desintegration der psychischen Kontinuität des Patienten verursachen könnte. Hier ist eine Verlässlichkeit in der Beziehungsgestaltung wichtig für den Patienten.

Es ist also ein wichtiges Ziel in der Pt. Im Patienten Verstehbarkeit für den therapeutischen Prozess und **Verstehbarkeit für sich selbst** zu erhöhen. Und damit für die eigenen Motivationen, die eigene Entwicklung, also das eigene Gewordensein, für seine psychischen Verdrängungen und für die Bedeutung eigener Ressourcen.

Zu 2) Handhabbarkeit und Bewältigbarkeit

Hier geht es um die **Verstärkung des Kompetenzerlebens**. Dazu gehört ein respektvoller, anerkennender und die Bedürfnislage des Patienten berücksichtigender Umgang mit dem Patienten. Bsp.: Settingfragen, sinnvolle Abstimmung der Therapiefrequenz mit den Alltags- und Arbeitsnotwendigkeiten des Patienten.

Durch Fragen nach den Vorlieben, den stabilisierenden Faktoren des bisherigen Lebens werden im Patienten Erinnerungen und Ressourcen aktiviert, die ja gerade durch Ängste und Depressionen in Vergessenheit geraten sind. Die Erinnerung daran, was dem Patienten bisher und früher geholfen hat, schwierige Situationen zu meistern gibt ihm die Möglichkeit sich der eigenen Entscheidungskompetenz wieder anzunähern. Dies führt zur Stärkung resilienter Faktoren. Das Leben wird wieder handhabbar.

Da auch andere Personen oder Wesen zur Bewältigung schwieriger Lebenssituationen beitragen können, gilt es dies anzuerkennen und zu fördern (z. B. in der Imagination, hilfreiche Figuren, Fabelwesen, Gott- oder Göttergestalten) Innere Bilder und die Arbeit am und mit dem Symbol, der subjektstufige Umgang damit, sind ein wichtiger Weg, Zugang zu den eigenen Ressourcen zu finden.

Bedeutsam ist es für Menschen Resonanz zu erleben. Dies geschieht interpersonal in der therapeutischen Beziehung und intrapsychisch im Dialog mit den inneren

Bildern. Dies stärkt das Effektanzerleben, das Selbstvertrauen in die eigene Kompetenz und Wirksamkeit.

Zu 3) Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit

Hier befinden wir uns als Jung'sche Psychotherapeuten auf vertrautem Terrain. C.G. Jung hat dem finalen Aspekt zum Beispiel in der Traumarbeit eine zentrale Bedeutung gegeben. Die Frage des „Wozu“ verweist darauf, dass es für uns Menschen ein Bedürfnis ist unser Leben und unser Erleben in einen sinnvollen Kontext zu stellen, der die Transzendenz mit einschließt. Hier geht es um die Erkenntnis von Lebenshaltungen und das Herausfinden dessen, was ist mir und meiner Natur zu eigen.

Jung sagte an einer Stelle Neurose ist „ein Leiden der Seele, die ihren Sinn nicht gefunden hat.“ (Jung, GW 11, § 497)

Deshalb geht es darum, den Menschen nicht auf neurotische Konflikte einzuengen, sondern die **Neurose als Lösungsversuch der Seele** zu verstehen.

Eine Patientin, Mitte 50, sagte mir gestern, „Glück ist für mich dann, wenn ich den Sinn meines Tuns verstehe. Ich brauche den Sinn, damit mein Leben nicht banal ist.“ Wir betrachteten ein für sie wesentliches Symbol und sie sagte, „wissen Sie, das Symbol ist die Materie und immer schwingt ein Sinn mit, mit einer transpersonalen Seite.“

Ergänzungen und Änderungen bisheriger Behandlungstechnik

Nehmen wir das bisher Gesagte ernst, so werden wir notwendigerweise zu veränderten Behandlungskonzepten und therapeutischen Haltungen gelangen. Unser Gehirn hat eine hohe **plastische Systemarchitektur**. Wir sollten in unseren theoretischen und praktischen Konzepten nicht dahinter zurückstehen und ebenso **elastische Behandlungskonzeptionen** entwickeln, die nicht primär an therapeutischen Schulen ausgerichtet sind, sondern an unserem Wissen über gesicherte therapeutische Wirkfaktoren.

1. Es geht um **Verminderung der problemorientierten Haltung** hin zu dem was die Menschen stabilisiert.

In Zuständen von Angst und Bedrohung wird die gesamte hormonelle Stressachse aktiviert. Es kommt zur Aktivierung des **Flucht- und Abwehrsystems** und, was in diesem Zusammenhang von besonderer Wichtigkeit ist: die **Kreativität wird blockiert**.

Kampf oder Flucht (fight or flight) war in der Menschheitsentwicklung sehr sinnvoll. Denn wenn in der Steppe plötzlich der Tiger angreift, führen längere, kreative Lösungserörterungen zum Tod. Dies war ungünstig für unsere Vorfahren, die - weil sie starben - dann auch nicht unsere Vorfahren wurden.

Kreativität brauchen wir hingegen in der Psychotherapie, um auf alle unsere Ressourcen zurückgreifen zu können. Die Konzentrierung auf den Konflikt aktiviert gleichzeitig die schmerzhaften und aversiven Emotionen, erhöht den

seelischen Stress und führt zu psychischen Einengungen. **In einem Klima von Anspannung und Verteidigung können keine guten Lösungen gefunden werden.** Darum brauchen wir in der ressourcenorientierten Psychotherapie Bedürfnisbefriedigung der emotionalen Grundbedürfnisse, Förderung der Selbststeuerung und Selbstwerterhöhung, um die Amygdala einigermaßen zu beruhigen, den Hippocampus zu stärken und somit den kreativen Möglichkeiten den Weg zu ebnet.

2. Dies führt zu konkreten Schlussfolgerungen für den **Umgang mit Übertragungen.**

Die Neigung von uns Menschen zu Übertragungen ist keine besonders bedeutsame Tatsache. Das ist für unser Gehirn Alltagsgeschäft. Übertragung heißt ja nichts weiter, als dass wir in der Begegnung mit anderen Menschen nach **Informationsmustern suchen**, die bereits in unserem Gehirn vorhanden sind. Sind die Informationsmuster gefunden, dann werden sie eingeordnet: waren die Erfahrungen günstig oder schmerzhaft, möchte ich die Erfahrungen erneut erleben (Dopaminsystem) oder will ich Schmerzhaftes vermeiden.

Im therapeutischen Setting kommt es darauf an, dass die Gestaltung der Übertragungsbeziehung dem Patienten nutzt, dass er **Gewinn aus der Bearbeitung der Übertragung zieht**. Oft wird vergessen, dass es **Ziel** ist, sich aus der Übertragung zu **lösen**. Hierzu Fürstenau: "Nicht, sich dauernd in der Übertragung zu bewegen ist das Ziel, sondern dem Patienten dazu zu verhelfen einen **Abstand von den pathologischen Überzeugungen** zu gewinnen, sich zu distanzieren." (Fürstenau, S. 179)

Dies kann vor allem gelingen, wenn eine **positive Bindungserfahrung** zum Therapeuten besteht. Es geht also unter Übertragungsgesichtspunkten um positive Beziehungsgestaltung, auf deren Basis dem Patienten "das Muster seiner pathologischen Überzeugungen und Umgangsformen rückgemeldet und bewusst verfügbar gemacht wird." (ebda. S.179)

Dies erfordert von uns Therapeuten **Aktivitäten**, damit der Patient **positive Bindungserfahrungen** machen kann. Eine positive Bindungsbeziehung zum Therapeuten hat stärkste bedürfnisbefriedigende Wirkung.

Die Effektstärke der positiven Bindungsbeziehung ist erheblich höher als etwa die Erfahrung therapeutischer Kompetenz oder als die Erfahrung des therapeutischen Engagements. (Grawe, S. 404 f.)

Die Nutzung der Therapiebeziehung als positive Ressource bewirkt eine Öffnung des Annäherungssystems und ist damit dem therapeutischen Prozess dienlich.

Hinsichtlich der Bedeutung der Aggression in der therapeutischen Beziehung heißt dies aber auch wiederum, dass wir uns bemühen sollten keine künstlichen Konflikte zu schüren, wie dies ja gar nicht zu selten anhand von Settingfragen, beim spät kommen, bei Widerstandsdeutungen oder ähnlichem geschieht. Nicht jeder Stau auf der Autobahn, der zu einer Verspätung führt, ist vom Unbewussten des Patienten herbeigeführt, damit er die aufdeckende Therapiesituation vermeiden kann.

Ressourcenorientierte Psychotherapie ist eine erheblich **aktivere Psychotherapie** als wir es aus unserem bisherigen Ausbildungszusammenhang gewohnt sind. Schon zu Beginn der Therapie ist es sinnvoll dem Patienten möglichst viel zu erklären, was ihn in der Therapie erwartet, wir werden sein **Verständnis von Zusammenhängen für psychische Prozesse** fördern. **Verena Kast** meinte, dass man es als **Kunstfehler** ansehen kann, wenn nicht von der ersten Stunde an nach den Ressourcen des Patienten gefragt wird.

Auch **Widerstandsdeutungen** verlieren ihren Sinn, wenn wir die Erhaltung des Kohärenzgefühls als wesentliches archetypisches Bedürfnis sehen. Und dies geht eben manchmal mit Kontrollbedürfnissen einher, die kein Widerstand gegen das Aufdecken von unbewussten Zusammenhängen sein muss. Es geht darum die im Kohärenzbedürfnis inne liegenden Heilungskräfte des Patienten zu aktivieren und seine Selbststeuerung zu fördern. Mit anderen Worten: es geht um Förderung von Selbstfürsorglichkeit, Selbstberuhigung, Selbstmächtigkeit.

3. Der Umgang mit der Regression.

Hierzu müssen wir uns ein Detail aus der Neurobiologie des Gehirns vergegenwärtigen, welches wir erst seit ungefähr 20 Jahren nach den Forschungen von LeDoux wissen: Schwere Ängste und sehr beeinträchtigende negative Erfahrungen, verbunden mit erheblichem psychischem Stress, wie wir sie bei einem Großteil unserer Patienten feststellen, werden in der Amygdala **unauslöschlich gespeichert**. Dies zu wissen ist nicht nur für Verhaltenstherapeuten wichtig, denn lange Zeit wurde der Begriff der Löschung in der VT gebraucht. Wo es nichts zu löschen gibt, brauche ich den Versuch nicht zu unternehmen.

Grawe schreibt hierzu: "Etwas hinmachen" ist anspruchsvoller als "etwas wegmachen", aber es ist auch wirkungsvoller." Grawe S. 108)

An dieser Stelle setzt auch die zentrale Begründung Grawes für ressourcenorientierte Psychotherapie an. Die neuen, herauszubildenden neuronalen Prozesse können nur an das **anknüpfen, was schon vorhanden** ist. Die **Aktivierungs- und Bahnungsprozesse** gelingen erheblich besser, wenn sie an positive Inhalte anknüpfen, die im motivationalen System des Patienten mit guten, verheißungsvollen oder freudigen Vorstellungen verknüpft sind. Denken sie an den Grundsatz "neurons that fire together wire together." Dies hängt damit zusammen, dass dabei das **dopaminerge System**, das Belohnungserwartungssystem, aktiviert ist.

Auch für unser **Regressionskonzept in der analytischen Psychotherapie** hat diese Tatsache der Unauslöschlichkeit von schmerzhaften und traumatisierenden Erfahrungen in der Amygdala Konsequenzen. Denn auch dem analytischen Regressionskonzept liegt die **Idee** zugrunde, dass der Patient zu den intrapsychischen Fixierungen in einem Regressionsprozess gelangt, diese

Fixierungen sich auflösen und er in der Progression zu seinem erwachsenen Ich findet. Doch auch für analytische Behandlungen gelten die gleichen neurobiologischen Grundlagen: Ich brauche keine Auflösung von Erinnerungen anstreben, wenn die Amygdala gar nicht über die Fähigkeit verfügt zu vergessen.

Um aber **keinen therapeutischen Nihilismus** aufkommen zu lassen: Unser Bemühen wird also dahin gehen, das kontextuelle Umfeld der Amygdala und das ist insbesondere der Hippocampus, der für das Kurzzeitgedächtnis (explizites Gedächtnis) zuständig ist, zu verstärken, um die synaptischen Feuerungen der Amygdala zu vermindern.

Das bedeutet konkret, dass Regressionen zu früheren traumatisierenden oder sehr schmerzhaften Ereignissen in **Umfang, Dauer und Ausmaß beschränkt werden sollen**, um keine Retraumatisierungen zu erzeugen. Fürstenau kritisiert in seiner Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse, in aller Deutlichkeit "die Überzeugung von der heilsamen Wirkung tiefer Regression: dass nur über einen lange Jahre aufrecht erhaltenden regressiven Zustand des Analysanden mit zugehöriger massiver Abhängigkeit vom Analytiker eine psychoanalytische Aufarbeitung der traumatischen Erfahrungenmöglich sei." (Fürstenau, S.53). An anderer Stelle bezeichnet er, bezugnehmend auf unsere modernen Erkenntnisse im Umgang mit schweren Störungen, "**massive langjährige Regressionsprozesse als vermeidbare riskante Komplikation**" (Fürstenau, S. 39).

In der klassischen analytischen Haltung wird dieser Art der Regression ein zu hoher Stellenwert beigemessen. Regression ist jedoch **kein Selbstzweck** und kann, wie Fürstenau es darstellt, krankheitserhaltend und nicht gesundheitsfördernd wirken.

Wir müssen **unterscheiden**: zu **vermeiden** ist die überstarke Regression in der Übertragungsanalyse, die mit langanhaltenden schmerzhaften Erinnerungen und Abhängigkeiten einhergeht.

Sinnvoll dagegen sind Regressionen, die einen stützenden und stabilisierenden Charakter behalten und damit wirklich im Dienste des Ich und des Selbst stattfinden. Die Regression führt dann als **Libidobewegung** zum Innehalten, zur Introversion, zur Symbolfindung und damit zur **schöpferischen Kreativität**. Sie führt uns zu unserem archetypischen Urgrund und bildet die Basis für unsere tiefsten inneren Bestimmungen und Fähigkeiten.

Von Laotse gibt es den Satz, das einzig Beständige ist der Wandel. Unser Körper verändert sich ununterbrochen und die Spuren in unserer Seele, die unser Alltag hinterlässt, ebenfalls. Wir brauchen kollektiv neue Werte und Bilder, um ausgetretene Pfade zu verlassen und uns in Kooperation zu üben.

Das alte Bild des Darwinismus, dass der Stärkere überlebt, ist überholt. Joachim Bauer beschreibt dies ausführlich in seinem Buch „Prinzip Menschlichkeit“. Die Menschen werden überleben, die kooperieren können, nicht der Egoist, der keinen Blick für das Ganze hat. Deshalb ist soziale Kompetenz und emotionale Intelligenz so wesentlich.

Auf dem Hintergrund vieler neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse gibt es auch für uns Therapeuten die Aufgabe des Wandels unter Berücksichtigung dessen, was sich als hilfreich in der Therapie für Menschen gezeigt hat. Es gilt unser therapeutisches Wissen und unser Handwerkszeug zu erweitern und neue Wege kennen zu lernen. Vielleicht konnten wir heute Abend dazu beitragen über eine Vision der ressourcenorientierten Analytiker und des ressourcenorientierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nachzudenken.

Zum Abschluss ein Gedicht von Rose Ausländer:

Nichts bleibt wie es ist

Ich träume mich satt
An Geschichten
Und Geheimnissen

Unendlicher Kreis aus Sternen
Ich frage sie
Nach Ursprung Sinn und Ziel
Sie schweigen mich weg

Den Orten die ich besuche
Gebe ich neue Namen
Nach den Wundern
Die sie mir offenbaren

Nichts bleibt wie es ist
Es verwandelt sich
Und mich.

(Rose Ausländer)

Februar 2023
Bernd und Margarete Leibig

Ressourcenorientierte Psychotherapie Literatur

Antonovsky Aaron: Salutogenese: dgvt-Verlag Tübingen 1997, engl. Original 1987

Bauer Joachim: Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren, Hoffmann und Campe 2006

Grawe Klaus: Neuropsychotherapie, Hogrefe 2004

Grawe Klaus: Psychologische Therapie, Hogrefe 1998

Fürstenau Peter: Psychoanalytisch verstehen, Systemisch denken, Suggestiv intervenieren, Pfeiffer bei Klett-Cotta, erweit. Auflage 2002

Hüther Gerald: Die Macht der inneren Bilder, Vandenhoeck u. Ruprecht 2004

Jung Carl Gustav: GW 11, Walter

LeDoux Joseph: Das Netz der Persönlichkeit, patmos 2003

Riedel Ingrid: Lebensträume – Lebensräume, Herder 2002

Roth Gerhard: Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Suhrkamp TB 2003

Storch Maja: Ressourcenorientiert coachen mit dem Züricher Ressourcenmodell, www.zrm.ch/default.htm?/publikationen.htm

Thomä H. u. Kächele H.: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd.1 Grundlagen. Springer 1985