MAG. (FH) CHRISTIANE LEUTHNER

Resilienz und Salutogenese

Abschlussarbeit für die fachspezifische Ausbildung in Existenzanalyse

Eingereicht:	August 2011
Eingereicht von:	Mag. (FH) Christiane Leuthner
Eingereicht bei:	Dr. Helene Drexler Mag. Ursula C. Reischer
Angenommen am	2. September 2011

von:

Dr. Helene Drexler **Mag. Ursula C. Reischer**

Zusammenfassung:

In der Gesundheitsversorgung hat der Begriff Resilienz in den 1970er-Jahren Einzug gehalten. Zunächst ging es darum, zu erforschen, welche Faktoren Kindern, die unter schwierigen Verhältnissen aufwachsen, dabei helfen, sich dennoch normal zu entwickeln. Der Grundgedanke dahinter, nämlich den Menschen als körperlich-geistig-seelische Einheit zu sehen und sich daran zu orientieren, was die Gesundheit fördert, und nicht an vorhandenen Defiziten. Als besonders resilient gilt, wer es schafft, an den Enttäuschungen und Schwierigkeiten des Lebens nicht zu zerbrechen. Dabei geht es genauso um vorhersehbare Umbruchsphasen im Leben, wie die Pubertät oder das Älterwerden, wie auch um unvorhersehbare Schicksalsschläge wie schwere Unfälle, Traumata oder Verluste.

Schlüsselwörter:

Resilienz, Salutogenese, Kohärenzsinn, Schutz- und Risikofaktoren, Copingreaktionen

Abstract:

The concept of resilience in healthcare emerged in the 1970s. It was first used in the research of factors contributing to a normal development of children who grew up in difficult circumstances. The idea behind it is to look at the human being as a physical-mental-and-spiritual unity and to focus on what promotes health rather than on the existence of deficits. A particularly resilient individual is the one who manages not to break down when exposed to disappointments and difficulties in life. Adversities can be both predictable such as transition phases in life (e.g. adolescence or aging), and unforeseen such as severe accidents, trauma or loss.

Key words:

resilience, salutogenic, sense of coherence, protective and risk factors, coping reactions

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG 4

2 SYMPTOMEBENE 6

2.1 STRESSREAKTION 6
2.2 TRAUMA 7
2.2.1 VON MENSCHEN VERURSACHTE TRAUMEN 8
2.2.2 KATASTROPHEN UND UNFALLTRAUMEN 8
2.3 POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG 8
2.4 WAHRSCHEINLICHKEIT UND KOMORBIDITÄT DER PTBS 9
2.5 PSYCHOSEN 9
2.6 DEPRESSION 10

3 RESILIENZ UND SALUTOGENESE 13

3.1 GESUNDHEIT VS. KRANKHEIT 13
3.2 RESILIENZKONZEPT 13
3.3 SALUTOGENETISCHES MODELL NACH AARON ANTONOVSKY 14
3.4 KOHÄRENZSINN 15
3.4.1 SÄULEN DES KOHÄRENZSINNES 18
3.5 SCHUTZ – UND RISIKOFAKTOREN 20

4 STUDIEN IM ZUSAMMENHANG MIT DEM MODELL 23

4.1 DIE KAUAI STUDIE 23
4.2 RESSOURCENARBEIT UND PSYCHOTHERAPIEFORSCHUNG NACH GRAWE 25

5 SICHTWEISE DER EXISTENZANALYSE 29

5.1 MENSCHENBILD NACH V. FRANKL 29
5.2 MOTIVATIONSMODELL DER NEUEREN EXISTENZANALYSE 31
5.3 COPINGREAKTIONEN 33
5.4 SINN UND WERTE 36
5.5 VERGLEICH DES SALUTOGENETISCHEN MODELLS MIT DEM MENSCHENBILD NACH V. FRANKL 39

6 ZUSAMMENFASSUNG 41

7 LITERATURVERZEICHNIS 43

8 ABBILDUNGSVERZEICHNIS 45

1 EINLEITUNG

„Mitten im Winter habe ich erfahren, dass es in mir einen unbesiegbaren Sommer gibt.“

Albert Camus

In Zuge meiner Tätigkeit in einem Rehabilitationszentrum für psychosoziale Gesundheit habe ich einige Patienten kennengelernt, die trotz ihrer meist sehr traumatischen Erlebnisse und Erfahrungen ihren Optimismus, ihre Hoffnungen und Träume bewahrt haben. Sie lebten zumeist in intakten Partnerschaften und hatten gute soziale Kontakte. Die Meisten verfügten über einen sehr stabilen und guten Grundwert und gaben auch ihre Werte und Weltvorstellungen in einer sehr wohlwollenden Weise an ihre Nachkommen weiter.

Es begann mich immer mehr zu interessieren warum diese Menschen, die teilweise sehr grausame, entwertende und traumatische Erlebnisse erfuhren so „gesund“ sein konnten, und andere, die ähnliche Schicksale erfuhren, nicht.

Hier kam ich zum ersten Mal mit den Themen Resilienz und Salutogenese in Kontakt, und merkte sehr rasch, wie wichtig diese Konzepte für Therapie und für nachhaltige Verbesserung der psychischen als auch der physischen Gesundheit sind.

Das Gebiet der Resilienzforschung ist relativ jung, doch scheint es interessant, die Mechanismen dahinter aufzudecken: Was macht es aus, dass manche Menschen gegenüber negativen Einflüssen widerstandsfähiger reagieren? Sind diese Mechanismen angeboren oder erlernbar?

Antonovsky (1993) stellte sich die Frage, wie es kommt, dass manche Menschen trotz schlechter Bedingungen und Risikofaktoren nicht erkranken und gesund bleiben, andere jedoch schon? Welche Resilienzfaktoren oder Ressourcen können verhindern zu erkranken oder können die Wahrscheinlichkeit reduzieren zu erkranken?

Die nachfolgende Arbeit soll einen Einblick in die Themen Resilienz und Salutogenese geben. Hier habe ich versucht diese Konzepte ebenfalls aus Sicht der Existenzanalyse zu betrachten.

Darauf hinweisen möchte ich, dass diese Arbeit keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, und sich gerade eben in der Resilienzforschung immer wieder neue Forschungsergebnisse und daraus resultierende Erkenntnisse auftun.

2 Symptomebene

2.1 Stressreaktion

Wird ein Mensch starkem Stress ausgesetzt (z.B.: Naturkatastrophe, Gewalt, etc.), reagieren im Gehirn vor allem die Thalamusregion und die Amygdala als Teile des limbischen Systems. Die häufigste Stressreaktion ist die „fight or flight"-Reaktion – die Kampf- oder Fluchtreaktion. Im Körper wird die Widerstandskraft gesteigert. Der Sympathikus wird mittels Ausschüttung der Stresshormone Adrenalin und Noradrenalin aktiviert. Der Blutdruck und die Herzfrequenz beginnen zu steigen, die Muskeln werden besser durchblutet, etc.

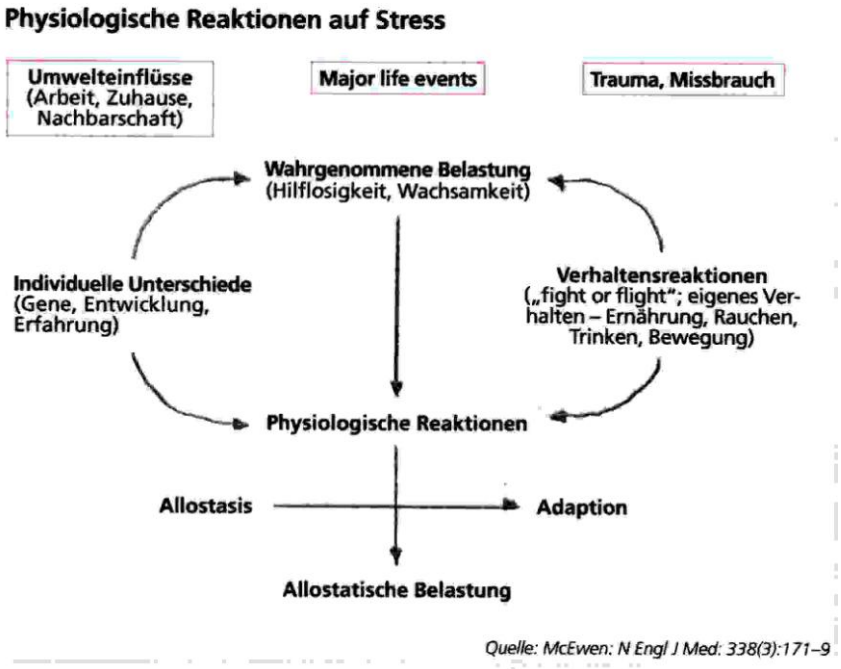

Abb. 1: Physiologische Reaktion auf Stress[1]

In der Widerstandsphase wird die Kraft auf hohem Niveau gehalten, um den erhöhten Anforderungen gerecht zu werden.

Die Erschöpfungsphase verringert die Widerstandskraft auf ihre normale Kapazität, Nerven-, Hormon- und Immunsystem werden negativ beeinflusst und psychische Erkrankungen können entstehen.

[1] Quelle: CliniCum, Neuropsy Expertise, Nov. 2008, Dr. Tölk et al

Allostasis bedeutet die Homöostase durch Veränderung adaptiver Systeme. Diese „normale“ Adaption auf Stress erfordert eine koordinierte Aktion der daran beteiligten unterschiedlichen regulatorischen Systeme. Ist ein Mensch allerdings chronischen Belastungen ausgesetzt und kommt es zu wiederholten „Allostase-Zyklen“, hat das dauerhafte Schädigungen des Organismus und negative Langzeiteffekte zur Folge. Anders gesagt: Allostase ist die nützliche Anpassungsreaktion auf Stress, Allostatische Belastung beschreibt die biologischen Folgen wiederholter Anpassungsreaktionen.
Belastende Lebensereignisse hinterlassen demnach Spuren im menschlichen Organismus, die wiederum Auswirkungen auf die physische und auf die psychische Gesundheit nach sich ziehen können.

Besonders resiliente Menschen scheinen auf derartige Ereignisse allerdings positiver zu reagieren und die Auswirkungen der allostatischen Belastung besser verkraften zu können, als Menschen, deren Resilienz und Kohärenzgefühl geringer ausgeprägt sind. Dies könnte insbesondere bei Betroffenen von psychischen Erkrankungen wie PTBS, Schizophrenie, Depression und Angststörung ein wesentlicher Faktor sein, der vor allen auch in der Therapie der Betroffenen berücksichtigt werden sollte, da eine hohe Resilienz eine wichtige Ressource im Umgang mit einer psychischen Erkrankung darstellt.

2.2 Trauma

Ein Psychotrauma wird definiert, als ein unerwartetes und dramatisches äußeres Ereignis, welches beim Betroffenen eine starke belastende seelische Erschütterung hervorruft, weil die Person für dieses Ereignis unvorbereitet ist und die Adaptionsfähigkeit überflutet und ausgeschaltet wird. Das Ereignis wirkt zerstörerisch auf die Stabilität des Selbst- und des Weltbildes. Die Person ist nicht mehr in der Lage positive Vorstellungen von ihrer eigenen Zukunft zu haben (Friedmann, 2004)[2]. Es wird unterschieden in von Menschen verursachte Traumen (man-made-disaster) und in Naturkatastrophen und Unfalltraumen (nature-made-disaster).

[2] Institut für Psychotraumatherapie, Seminarunterlagen Dr. Theresia Falkner

2.2.1 Von Menschen verursachte Traumen

Es ist zu beurteilen, welche Beziehung das Opfer zu dem/den Verursachern des Traumas hatte, wie massiv das Trauma war und welche Folgen es mit sich trägt.

- Körperliche und sexuelle Misshandlungen von Kindern
- Innerfamiliäre und kriminelle Gewalt
- Vergewaltigung
- Zivile oder terroristische Gewalt oder Geiselnahme
- Kriegerische Gewalt oder Bürgerkriegssituationen
- Verlust jeglicher Rechtssicherheit, Folter
- Massenvernichtung (KZ, „ethnische Säuberung“)

2.2.2 Katastrophen und Unfalltraumen

Hier spielt das Ausmaß und die Unerwartetheit der Katastrophe eine große Rolle.

- Naturkatastrophen (Vulkanausbrüche, Erdbeben, Großbrände, Sturmfluten,…)
- Technische Katastrophen (Giftgasalarm, Dammbruch,…)
- Berufsbedingte Konfrontation (Militär, Polizei, Feuerwehr, Rettung,…)
- Arbeitsunfälle (Grubenunglück,…)
- Verkehrsunfälle (Massenkarambolagen, Flugzeugabstürze,…)

2.3 Posttraumatische Belastungsstörung

Bei der PTBS handelt es sich nach dem ICD-10 (F43.1) um eine verzögerte (protrahierte) Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Nach dem DSM-IV haben die Betroffenen die Erfahrung von Todesbedrohung, Lebensgefahr oder starker Körperverletzung bei sich selbst oder einer anderen Person gemacht bzw. die Bedrohung der eigenen körperlichen Unversehrtheit erlebt. Bei Kindern sind aufgrund des Entwicklungsstandes unangemessene sexuelle Erfahrungen inbegriffen.[3]

[3] Institut für Psychotraumatherapie, Seminarunterlagen, Dr. Theresia Falkner

2.4 Wahrscheinlichkeit und Komorbidität der PTBS

Die Wahrscheinlichkeit nach einem Trauma eine PTBS zu entwickeln liegt bei zirka 9 %. Jedoch ist dies auch von der Art des Traumas abhängig. Die Wahrscheinlichkeit nach einem man-made Traumata eine PTBS zu entwickeln ist höher als nach einem nature-made Traumata (Friedmann, 2004). Die PTBS hat eine hohe Komorbidität mit Depression, Angststörungen, Suizidalität, Somatisierungsstörungen, Substanzmissbrauch und Sucht (Friedmann, 2004).

2.5 Psychosen

Psychosen können abhängig vom Lebenskontext des Betroffenen sehr verschiedene Formen annehmen. Gemeinsamer Nenner ist, dass die Realität verändert wahrgenommen und verarbeitet wird. Was in großer Bedrängnis ein Schutzmechanismus sein kann, kann eine Eigendynamik entfalten, und dann selbst zum Problem werden: Psychotische Symptome sind z.B. akustische oder optische Halluzinationen, Wahnvorstellungen oder Veränderung des Denkens. Betroffene hören z.B. Stimmen, fühlen sich unrealistisch bedroht, verfolgt oder kontrolliert, stellen unrealistische Zusammenhänge zwischen Erlebnissen und ihrer Person her, denken, dass sie die Gedanken anderer Menschen „lesen“ können, oder berichten, dass ihre Gedanken nicht mehr so strukturiert und geordnet sind, wie sie es von sich kennen. Häufig erscheint auch ihr Verhalten verändert. Sie sind nicht mehr so leistungsfähig wie früher und ziehen sich von Freunden und Familie zurück.

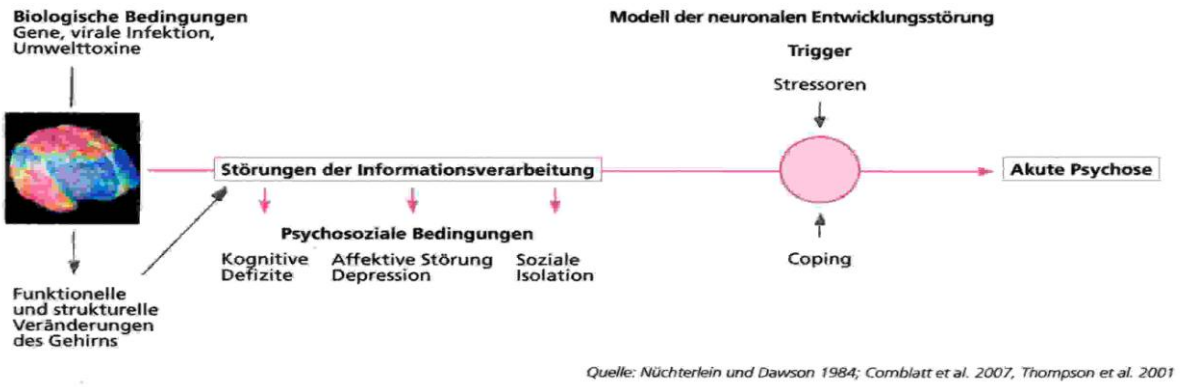

Abb. 2: Auslöser, die zu einer Schizophrenie führen können[4]

[4] CliniCum, Neuropsy Expertise, Nov. 2008, Dr. Tölk et al, S 4

Aus einer biologischen Prädisposition und einer ungünstigen frühen psychosozialen Entwicklung, entwickelt sich ein vulnerables Terrain, im Sinne einer erhöhten Krankheitsdisposition. Unter andauernder (chronischer) bzw. infolge besonderer (akuter) Belastung kommt es zur Überlastung des vulnerablen Menschen und schließlich zur Dekompensation ins Psychotische, beginnend meist prodromal mit unspezifischen Basisstörungen (Veränderungen des Selbst- und Welterlebens, der Denkabläufe und des Antriebes), sich fortsetzend in der Plus- und Minussymptomatik der Krankheitsmanifestation. Es entstehen neue Welten und Innerlichkeiten. Dies kann verstanden werden als bio-psycho-noetischer Versuch, mit dem Chaos umzugehen.[5]

In der Schizophrenietherapie würde Resilienz die Fähigkeit des Betroffenen bedeuten, bestimmte Fähigkeiten zur Krankheitsbewältigung zu entwickeln und aus psychotischen Krisen zu lernen. Werden die Betroffenen in ihrer Krankheitsbewältigung auf diese Weise gestärkt, so verbessert sich auch die Compliance. Ein Faktor für Non-Compliance ist der Wunsch der Patienten, gesund zu sein und keine Medikamente zu brauchen. Sobald die Symptomatik abklingt, glaubt und hofft der Patient, gesund zu sein, und lässt Medikamente weg. Medikamente nehmen bedeutet krank zu sein, kein Medikament nehmen wird mit Gesundsein gleichgesetzt.[6]

2.6 Depression

Die Krankheit Depression ist charakterisiert durch Stimmungseinengung (Verlust der Fähigkeit zu Freude oder Trauer; Verlust der affektiven Resonanz, d.h. der Patient ist durch Zuspruch nicht aufhellbar), Antriebshemmung, innere Unruhe, Denkhemmung, Schlafstörungen. Häufig geht es dem Kranken in den frühen Morgenstunden so schlecht, dass er nicht mehr weiter schlafen kann. Weitere Symptome können sein: übertriebene Sorge um die Zukunft, unter Umständen überbetonte Beunruhigung durch Bagatellstörungen im Bereich des eigenen Körpers (Hypochondrie), das Gefühl der Hoffnungslosigkeit, Minderwertigkeit, Hilflosigkeit, sowie soziale Selbstisolation, Selbstentwertung und übersteigerte Schuldgefühle, dazu Müdigkeit,

[5] L.Tutsch, EA 3/96; Schizophrenie – ein Überblick, S 5-13
[6] CliniCum, Neuropsy Expertise, Nov. 2008, Dr. Tölk et al, S 4

verringerte Konzentrations- und Entscheidungsfähigkeit, Gedankenkreisen. Häufig bestehen Reizbarkeit und Ängstlichkeit. Das Gefühlsleben ist eingeengt, was zum Verlust des Interesses an der Umwelt führen kann. Bei einer schweren depressiven Episode kann der Erkrankte in seinem Antrieb so gehemmt sein, dass er nicht mehr einfachste Tätigkeiten, wie Körperpflege, Einkaufen oder Abwaschen verrichten kann. Der Schlaf ist nicht erholsam, das morgendliche Aufstehen bereitet Probleme (Morgentief; Tagesschwankungen). Des Weiteren kommt es zu Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, Gewichtszunahme („Kummerspeck"), häufig auch zu Schmerzen in ganz unterschiedlichen Körperregionen, am typischsten mit einem quälenden Druckgefühl auf der Brust.

Existenzanalytisch wird Depression als „eine psychische Störung des Erlebens und Befindens, die existentiell in einem gestörten Werterleben und in einer zurückhaltenden Haltung zum Leben besteht" beschrieben. A. Längle führt diese auf einen defizitären Grundwert, als gestörte Beziehung zum Leben zurück, die mit einer ablehnenden Haltung zum Leben verbunden ist (psychisch: "Ich mag nicht leben", existentiell: „Es ist nicht gut, dass es mich gibt"). Ursachen der Depression können Trennung von Lebenswertem (z.B. Verluste), blockierte Emotionalität (z.B. Traumatisierung, mangelhafte Grundwertinduktion) und Mangel an vitaler Kraft sein."[7]

In unten angeführter Abbildung ist der Ausgangspunkt ein vermindertes Werterleben, wodurch die Beziehung zum Leben geschwächt wird. Dies führt zur Auslösung von psychodynamischen Copingreaktionen und auf ihnen beruhenden Haltungen der Person, um sich etwas vom Lebenswert zu bewahren. Durch die Fixierung dieser Verhaltensweisen, und durch den anhaltenden Verlust an Beziehung zum Leben, entsteht die depressive Störung.[8]

[7] Lexikon der EA und LT, A. Längle, Stand 30.10.2005; GLE Wien
[8] A. Längle, EA 21/2/2004, Existenzanalyse der Depression, S 15

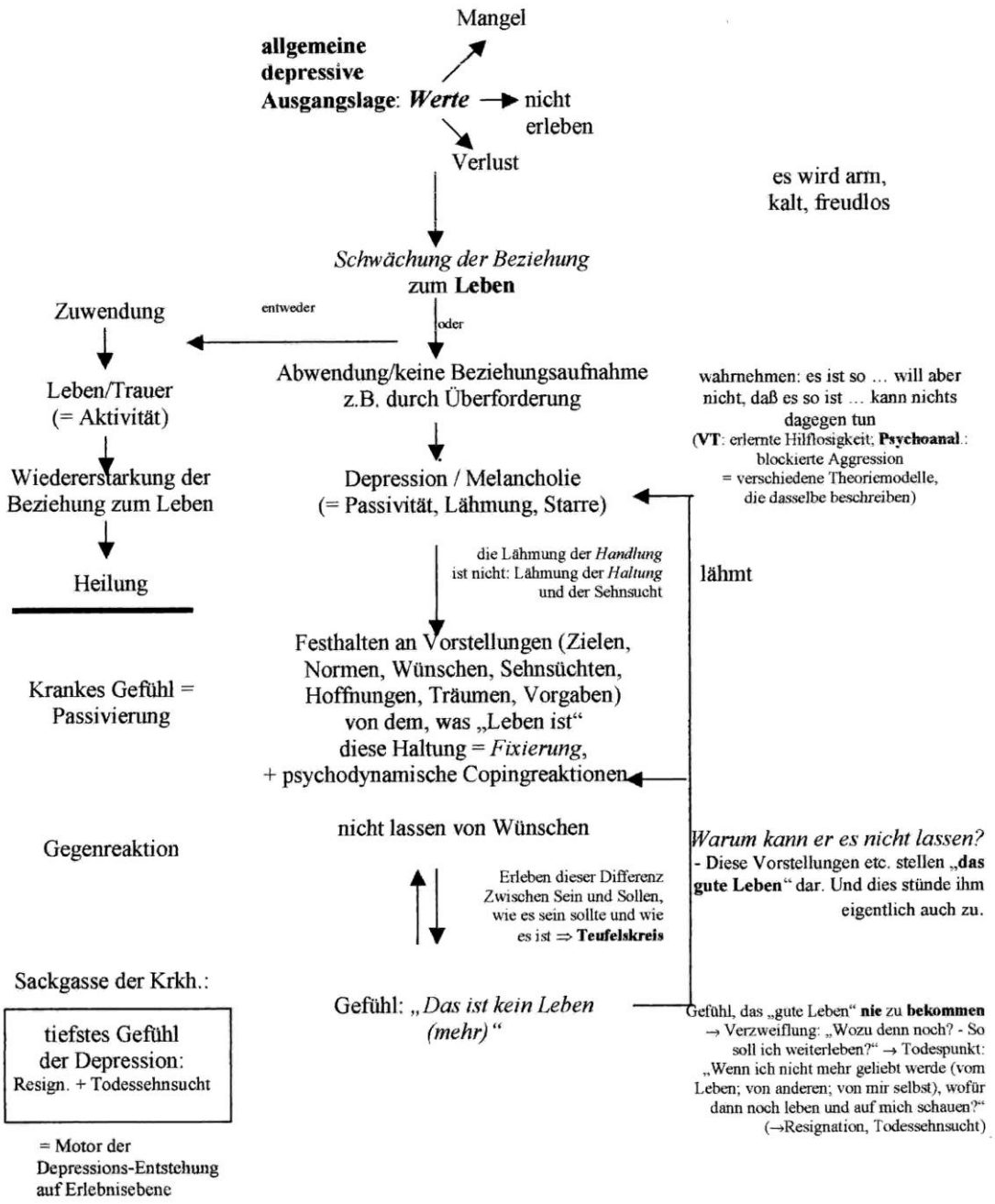

Abb. 3: Die formale Entstehungsweise der Depression im Überblick[9]

[9] A. Längle, EA 21/2/2004, Existenzanalyse der Depression, S 15

3 Resilienz und Salutogenese

3.1 Gesundheit vs. Krankheit

Das Konzept der Resilienz, also der seelischen Widerstandskraft, hat seinen Ursprung in der Entwicklungspsychologie und gewinnt zunehmend an Bedeutung. Dieser Ansatz ist vergleichsweise neu, denn bis zu den 1990er Jahren hat sich die Forschung hauptsächlich mit dem Konstrukt „Krankheit“ beschäftigt. Welche Ursachen und Bedingungen lassen Krankheiten entstehen, und wie kann man sie wieder heilen, waren die hier gestellten Fragen. Diese Sichtweise klammerte „Gesundheit“ völlig aus. Gesundheit galt schlichtweg als Abwesenheit von Krankheit. Seit dieser Zeit hat sich in den Human-, Gesundheits-, und Sozialwissenschaften ein Wandel vollzogen. Ohne der Krankheitsforschung (Pathogenese) ihre Legitimation zu nehmen, wurde sie nun ergänzt durch Ansätze der Gesundheitsforschung (Salutogenese), z.B.

- Resilienzforschung (z.B. Emmi Werner, Kauai Studie)
- Salutogenese (Antonovsky 1997)

Diese Ansätze erforschen, welche Faktoren die körperliche und seelische Gesundheit eines Menschen erhalten. In diesem Zuge hat es die Gesundheit zu einer eigenen Definition gebracht, nämlich als „Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, der sich nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung auszeichnet.“ (Weltgesundheitsorganisation)

3.2 Resilienzkonzept

Rutter (1990): Resilienz ist das Vermögen einer Person oder eines sozialen Systems (z.B. Familie), sich trotz schwieriger Lebensbedingungen („im Angesicht des Elends“) auf sozial akzeptiertem Wege gut zu entwickeln. Dieses Vermögen umfasst:

- den Widerstand gegen die Zerstörung der eigenen Integrität (Unbescholtenheit, Unverletzlichkeit, Unbestechlichkeit) unter äußerem Druck und

- den Aufbau eines positiven Lebens unter widrigen Umständen.

Der aus dem Englischen stammende technische Begriff „resilience“ bezeichnet eigentlich die Eigenschaft von Werkstoffen, nach starken Verformungen die ursprüngliche Gestalt wieder anzunehmen („Fußballeffekt“).
Während die Risikoforschung untersucht, welche Risiken in welchem Ausmaß und auf welche Weise mit Entwicklungsbeeinträchtigungen verknüpft sind, fragt die Resilienzforschung danach, warum sich Menschen trotz erdrückender Entwicklungsrisiken zu psychosozial gesunden Persönlichkeiten entwickeln.

Resilienz ist die Fähigkeit, auf wechselnde Lebenssituationen flexibel zu reagieren und auch stressreiche, frustrierende, schwierige und belastende Lebenssituationen ohne schwere psychische Schädigungen meistern zu können. Resilienz bedeutet, Lebenskrisen ohne anhaltende Beeinträchtigung durchzustehen. Der Begriff meint die Fähigkeit, sich auch in Krisen nicht aus der Bahn werfen zu lassen, und selbst in schwierigsten Situationen den eigenen Seelenfrieden zu wahren. Resiliente Menschen fühlen sich nicht als „Opfer“. Sie begreifen sich als Herr oder Frau ihrer Lage und haben ein unerschütterliches Vertrauen in ihre eigene Handlungsfähigkeit.

3.3 Salutogenetisches Modell nach Aaron Antonovsky[10]

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1923 – 1994) untersuchte in einer 1970 publizierten Studie eine Gruppe von Frauen, die in einem nationalsozialistischen Konzentrationslager gefangen gehalten worden waren. Trotz der extrem traumatisierenden Ereignisse, die diese Frauen erlitten hatten, gaben 29 Prozent der Studienteilnehmerinnen an, sich körperlich und psychisch gesund zu fühlen. Diese erstaunliche Erkenntnis führte Antonovsky zur Entwicklung des Konzepts der Salutogenese.
Aus Kritik an dem vor allem biomedizinischen Krankheitsmodell (pathogenetische Herangehensweise der Medizin) gibt Antonovsky der Frage, warum Menschen gesund bleiben, den Vorrang vor der Frage nach den Ursachen von Krankheit. Primär untersuchte er die Bedingungen von Gesundheit und jene Faktoren, welche die Gesundheit schützen und erhalten.

[10] A. Antonovsky, Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit Band 36

Das Konzept berücksichtigte erstmals soziale, physiologische, biochemische, emotionale und kognitive Aspekte.
Die Grundidee des Konzepts ist, dass alle mobilisierbaren Ressourcen in ihrer Wirksamkeit letztlich von einer zentralen Kompetenz abhängen, dem „Kohärenzgefühl(sinn)“ (sense of coherence).

Der üblichen Trennung in gesund und krank stellt das Konzept der Salutogenese ein Kontinuum mit den Polen Gesundheit bzw. körperliches Wohlbefinden und Krankheit bzw. körperliches Missempfinden gegenüber. Weder völlige Gesundheit noch völlige Krankheit sind für Menschen wirklich zu erreichen. Jeder Mensch, auch wenn er sich (überwiegend) als gesund erlebt, hat auch kranke Anteile, und solange Menschen am Leben sind, sind auch noch Teile von ihnen gesund. Die Frage ist also nicht, ob jemand gesund oder krank ist, sondern wie nahe bzw. wie entfernt er von den Endpunkten jeweils ist.

3.4 Kohärenzsinn

Ein wesentlicher Aspekt, der sowohl für die Salutogenese als auch für die Resilienz gilt, ist der Begriff „Kohärenzgefühl bzw. Kohärenzsinn“.
Dieser Begriff meint die Grundhaltung des Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben. Von dieser Grundhaltung hängt es ab, wie gut Menschen in der Lage sind, vorhandene Ressourcen zum Erhalt ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens zu nutzen. Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl eines Menschen ist, desto gesünder erlebt sich diese Person. Kohärenzsinn ist also eine „globale“ Kompetenz, die dazu führt, in seinem Leben Sinn zu entdecken oder zu stiften.

Antonovsky definiert das Kohärenzgefühl wie folgt:

„… eine grundlegende Lebenseinstellung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß jemand ein alles durchdringendes, überdauerndes und zugleich dynamisches Gefühl der Zuversicht hat, dass eine innere und äußere Erfahrenswelt vorhersagbar ist und eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass sich die Angelegenheit so gut entwickelt, wie man vernünftigerweise erwarten kann.“ (1979)

Der Kohärenzsinn entscheidet also darüber, wie gut eine Person vorhandene Ressourcen zum Erhalt der Gesundheit und des Wohlbefindens zu nutzen weiß – er bestimmt die „Stresswahrnehmung“.
Menschen mit hoch ausgeprägtem Kohärenzsinn:

- schätzen fordernde Situationen nicht als Belastung ein,
- schätzen Stressoren verstärkt als positiv oder irrelevant für das eigene Wohlbefinden ein,
- nehmen Probleme klarer, differenzierter und somit effizienter wahr,
- neigen zu weniger lähmend auswirkenden Emotionen.

Eine Einstellung gegenüber der Umwelt, in der Anforderungen als bedeutsam, verstehbar und handhabbar erlebt werden, liefert die emotionale und kognitive Basis für ein Verhalten, mit dem diese Anforderungen wahrscheinlicher bewältigt werden können als eine Sicht, die die Welt als beschwerlich, chaotisch und überwältigend ansieht.

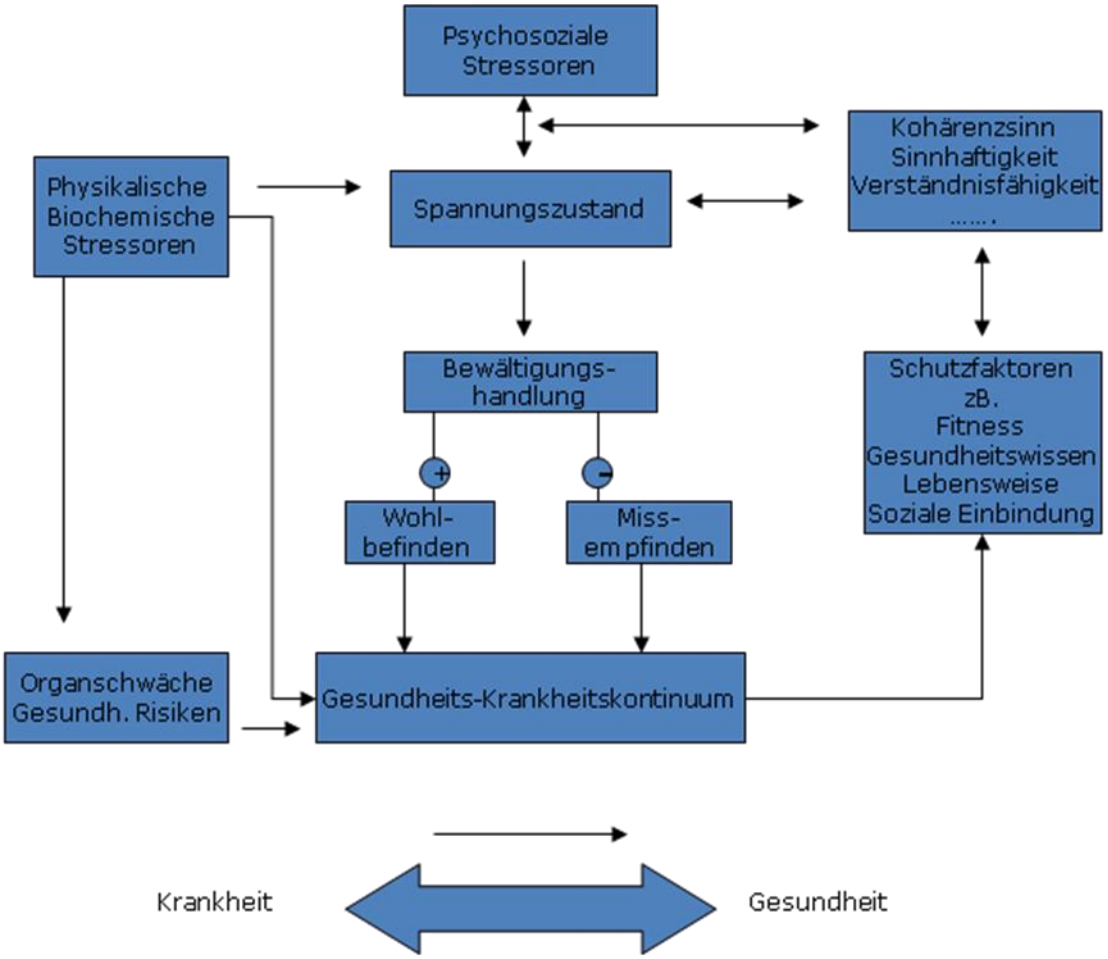

Abb. 4: Salutogenese-Modell mit Gesundheits- und Kranheitskontinuum nach Antonovsky (vereinfacht) (1979)

Betrachtungsweise des Modells:

1. Physikalische und biochemische Stressoren (Einflüsse), wirken direkt in Form einer Organschwäche bzw. erhöhter gesundheitlicher Risiken auf das Gesundheits-Krankheitskontinuum. So wird ein Schlag auf den Kopf bzw. ein Bruch am Fuß direkt und gleich spürbar, mit der entsprechenden Lokalisation auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum.
2. Psychosoziale Stressoren wirken in der Regel erst dann, wenn sie von der Person als solche bewertet werden (Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit - Meaningfullness)
3. Die Person versucht, die sie konfrontierenden Stimuli so zu strukturieren, dass sie kognitiv interpretierbar sind (Verstehbarkeit - Comprehensibility)
4. Die Person prüft, ob sie über das verfügt, was zur erfolgreichen Bewältigung der Anforderungen führt (Bewältigbarkeit/Handhabbarkeit - Manageability)

5. Wenn bei Pkt. 2 ein Stressor definiert wurde und Pkt. 3 und Pkt. 4 positiv ausfallen, ist der Kohärenzsinn relativ stark, so dass die Person ihre generalisierten Widerstandsquellen bzw. Schutzfaktoren aktiviert. Die Stärke der Aktivität ist abhängig von der Stärke des Kohärenzsinns, wobei insbesondere die Faktoren Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit (Meaningfulness) und Bewältigbarkeit/Handhabbarkeit (Manageability) zum Tragen kommen.
6. Eine erfolgreiche Spannungsbewältigung führt zu Eustress oder Wohlbefinden mit einer entsprechenden Lokalisation auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum. Gleichzeitig werden die eingesetzten generalisierten Widerstandsquellen bzw. Schutzfaktoren sowie der Kohärenzsinn verstärkt.
7. Eine erfolglose Bewältigungshandlung wirkt als Distress, und somit negativ auf die Lokalisation des Individuums auf dem Kontinuum. Gleichzeitig werden die eingesetzten generalisierten Widerstandsquellen bzw. Schutzfaktoren sowie der Kohärenzsinn geschwächt.

Zentrale Fragen des salutogenetischen Modells von Antonovsky (1979) sind demnach:

- **Warum** bleiben Menschen trotz potentiell gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund?
- **Wie** schaffen es Menschen, sich von Krankheiten wieder zu erholen?
- **Was** ist das Besondere an Menschen, die trotz extremer Belastung nicht krank werden?

3.4.1 Säulen des Kohärenzsinnes

Diese zentrale Grundhaltung, die Welt sinnvoll zu erleben, setzt sich aus 3 Faktoren zusammen:

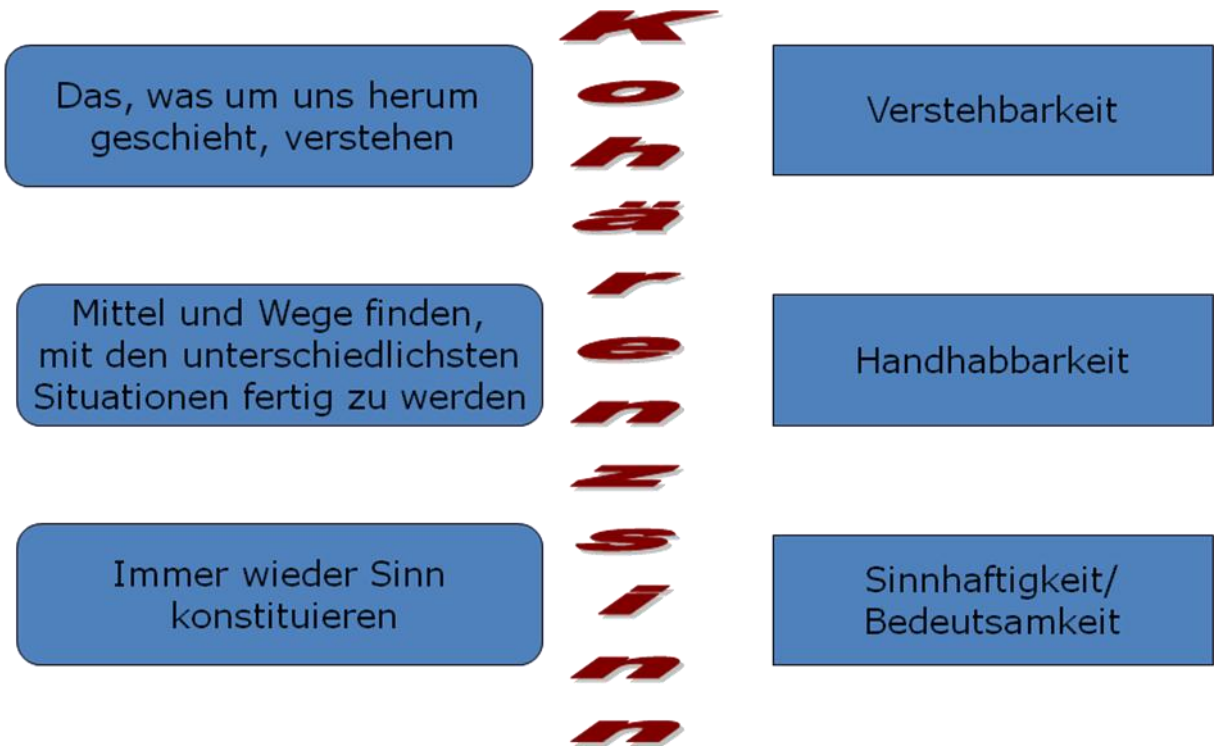

Abb. 5: Faktoren des Kohärenzsinnes

3.4.1.1 Gefühl von Verstehbarkeit (Sense of Comprehensibility)

Das Gefühl von Verstehbarkeit meint die Fähigkeit, bekannte und auch unbekannte Reize als geordnete, konsistente und strukturierte Informationen verarbeiten zu können. Dieses Gefühl stellt die kognitive Komponente dar.

Es meint, dass die Umwelt nicht als wirres Durcheinander von Einzelereignissen, sondern als etwas Begreifbares und in gewissem Umfang Vorhersehbares wahrgenommen wird. (Entspricht der 1. und 4. Grundmotivation[11])

3.4.1.2 Gefühl von Bewältigbarkeit/Handhabbarkeit (Sense of Manageability)

Das Gefühl von Bewältigbarkeit bzw. Handhabbarkeit ist die Überzeugung eines Menschen, dass er geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen - wozu auch der Glaube an die Hilfe anderer Menschen zählt.

„Handhabbarkeit“ gestattet die Gestaltung von Gegenwart und Zukunft, und Einflussnahme auf das eigene Schicksal, statt sich als Spielball unbegreiflichen Kräften ausgeliefert zu fühlen (Verhaltenskomponente). (Entspricht der 1. Grundmotivation)

[11] Grundmotivationen sind wesentliche Strebungen des Menschen in der Existenzanalyse

3.4.1.3 Gefühl von Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit (Sense of Meaningfulness)

Das Gefühl, dass die vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet fühlt. „Sinnhaftigkeit“ entspricht der Überzeugung, dass das Leben eine Bedeutung hat: Es gibt Werte, an die man glaubt und für die es sich zu kämpfen lohnt (emotionale Komponente).[12]

Das „Gefühl von Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit“ als emotionale Komponente sieht Antonovsky als den wichtigsten Aspekt des Kohärenzgefühls an. Ohne das Erleben von Sinnhaftigkeit neigt der Mensch dazu, das Leben vor allem als Last zu empfinden und jede weitere sich stellende Aufgabe als Qual.

3.5 Schutz – und Risikofaktoren

Antonovsky definierte folgende Schutz- bzw. Risikofaktoren:[13]

- Stabile emotionale Beziehungen zu mindestens einem Elternteil oder einer anderen Bezugsperson
- Soziale Unterstützung durch Personen innerhalb und außerhalb der Familie
- Emotional positives, offenes, beratendes, unterstützendes, lenkendes und normorientiertes („strukturgebendes“) Erziehungsklima
- Rollenvorbilder (Soziale Modelle) für ein konstruktives Bewältigungsverhalten bei Belastungen
- Balance von sozialen Verantwortlichkeiten und Leistungsforderungen
- Kognitive Kompetenzen (wie zumindest Durchschnittsintelligenz, kommunikative Fertigkeiten, realistische Zukunftsplanung)
- Temperamentsmerkmale, die effektives Bewältigungsverhalten begünstigen (z.B. Flexibilität, Frustrationstoleranz, Annäherungsverhalten, nicht zuletzt Humor)
- Selbstwirksamkeitserfahrungen, positives Selbstbild, Selbstachtung, internale Kontrollüberzeugungen

[12] Sinnhaftigkeit ist die zentrale Strebung des Menschen nach Frankl, und entspricht der 4. Grundmotivation der neuen Existenzanalyse.
[13] Lösel, F. & Bliesener, T. (1990).

- Aktives Bemühen, Stressoren zu bewältigen, statt sie zu vermeiden oder zu relativieren
- Erfahrung von Sinnhaftigkeit, Struktur und Bedeutung in der eigenen Entwicklung (z.B. religiöser Glaube, Ideologie, Kohärenzsinn)

Eine 1982 publizierte Studie untersuchte den Lebensweg mehrerer aus Entwicklungsländern in die USA adoptierter Kinder. Diese Kinder waren zum Zeitpunkt der Adoption unterernährt und hatten traumatische Kindheitserfahrungen durchlebt. Die Kinder wurden von US-amerikanischen Familien der Mittelschicht adoptiert. In der Folge erwiesen sich diese Kinder als überdurchschnittlich intelligent und sozial kompetent. Die Studie deutet darauf hin, dass Resilienz erlernbar ist. Die Resilienzforschung fand inzwischen heraus, dass Resilienz auch im erwachsenen Alter erlernbar ist. Hierbei geht es darum, dass man Widerstandskraft erwerben, genauer gesagt, einüben kann. Oft hat es mit Nichtwissen zu tun, mit dem Festhalten an wenig nützlichen Vorstellungen und Konzepten, wenn diese Kräfte sich nicht entfalten.

Es handelt sich um eine Vielzahl von Fähigkeiten, welche die Resilienz ausmachen und die einem Menschen helfen, sich trotz seelischer Erschütterungen, tragischer Ereignisse, konkreter Bedrohungen, gesundheitlicher, familiärer, beruflicher oder finanzieller Probleme zu regenerieren. Stärkung der Resilienz bedeutet, sich dieser verschiedenen Fähigkeiten bewusst zu werden und sie bewusst einzusetzen. Resilienz ist weder gleichbedeutend damit, Schwierigkeiten und Kummer zu ignorieren, noch ist damit gemeint, Probleme und Niederlagen durch die rosarote Brille eines unkritischen positiven Denkens zu sehen oder zu verdrängen. Im Gegenteil: Trauer, Angst und Schmerzen gehören zum Leben, sie müssen akzeptiert und verarbeitet werden. Erst auf dem Fundament einer geglückten Verarbeitung kann es konstruktiv weitergehen.
Demnach ist Resilienz eine Fähigkeit, die jeder Mensch aufbauen und erlernen kann. Auch Erwachsene sind zu jedem Zeitpunkt ihres Lebens in der Lage, ihre Widerstandsfähigkeit zu schulen. Ausgehend von der Resilienzforschung bei Kindern bezeichnen die nachfolgenden Faktoren eine ausgeprägte Resilienz beim Erwachsenen:

- Beziehungsfähigkeit
- Hoffnung
- Selbstständigkeit
- Fantasie
- Kreativität
- Unabhängigkeit
- Humor
- Entschlossenheit
- Mut
- Einsicht
- Reflexion

Das ist das Gerüst, das uns hält, wenn wir in Krisensituationen standhalten. Auch hier sind sich die Forschungen einig, durch Disziplin, Ausdauer und professioneller zumeist therapeutischer Hilfe kann man seine Resilienz steigern.

4 Studien im Zusammenhang mit dem Modell

4.1 Die Kauai Studie[14]

Als wegweisend für die Resilienzforschung gilt die Kauai-Studie, welche von E. Werner auf der hawaiianischen Insel Kauai initiiert wurde (vgl. Werner, 2005). Es wurden alle jene Personen - in Summe 698 - in die Stichprobe aufgenommen, welche 1955 auf der Insel geboren worden waren. Sie wurden im Alter von einem, zwei, zehn, 17/18, 31/32 und 40 Jahren untersucht. Im Laufe der Studie galt das Interesse hauptsächlich jenen Individuen, welche trotz widriger Lebensumstände zu gesunden Erwachsenen heranwuchsen. Es wurde versucht protektive Faktoren für diese Entwicklung zu evaluieren.

Etwa 30 % der TeilnehmerInnen (n=210) waren „in Armut geboren und aufgewachsen, hatten prä- oder perinatale Komplikationen, lebten in Familien mit chronischer Missstimmung, Scheidung oder psychisch erkrankten Eltern und wurden von Müttern aufgezogen“. Außerdem wiesen sie ein niedriges Bildungsniveau auf. Von diesen 30 % entwickelten etwa zwei Drittel jener Kinder, welche vier oder mehr Risikofaktoren mit einem Alter von zwei Jahren erlebt hatten, im Alter von zehn Jahren Lern- oder Verhaltensauffälligkeiten oder wiesen im Alter von 18 Jahren delinquentes Verhalten oder psychische Probleme auf. Ein Drittel der Kinder aber entwickelte sich trotz vorhandener Risikofaktoren zu kompetenten Erwachsenen. Sie hatten keine Verhaltens- oder Lernprobleme während der Kindheit oder der Adoleszenz, waren erfolgreich in der Schule, hielten ihr zu Hause in Stand und ihre sozialen Beziehungen aufrecht und hatten realistische Ziele und Erwartungen an sich selbst. Mit 40 Jahren war niemand von diesen Personen unausgebildet, niemand hatte Probleme mit dem Gesetz, niemand war von Sozialunterstützungen abhängig. Die Scheidungsraten, Sterberaten und Raten von chronischen Krankheiten waren wesentlich geringer als jene der Gleichaltrigen.

Es konnten in der Studie drei Gruppen von Schutzfaktoren gefunden werden, welche die resilienten Personen aufwiesen:

[14] Emmi Werner, 2005

1. **Schutzfaktoren innerhalb des Individuums**: Die Kinder wurden im Alter von zwei Jahren von unabhängigen BeobachterInnen häufiger als angenehm, freundlich, sozial, höflich und eingehend beschrieben. Im zehnten Lebensjahr zeigte sich, dass sie bessere praktische Problemlösefähigkeiten aufwiesen und besser lesen konnten als jene Kinder mit Verhaltens- oder Lernproblemen. Auch leisteten sie anderen gerne Hilfestellung. In der Adoleszenz zeigten die resilienten Jugendlichen Glauben an ihre eigene Leistungsfähigkeit und hatten die Überzeugung, dass sie jegliche Probleme durch eigenes Zutun lösen können.

2. **Schutzfaktoren in der Familie**: Die resilienten Kinder hatten die Möglichkeit eine Bindung mit mindestens einer kompetenten, emotional stabilen Bezugsperson einzugehen. Oft waren dies nicht die Eltern, resiliente Kinder schienen demnach in der Lage zu sein solche Ersatzeltern zu finden. Hier zeigen sich auch Geschlechtsunterschiede: Resiliente Knaben kamen aus Haushalten mit Struktur, Regeln und einer männlichen Identifikationsfigur. Resiliente Mädchen hingegen kamen aus Haushalten, in denen die Betonung von Unabhängigkeit in Zusammenwirken mit Unterstützung durch eine weibliche Bezugsperson vorherrschte. Die meisten dieser Familien waren religiös.

3. **Schutzfaktoren in der Gemeinschaft**: Resiliente Kinder und Jugendliche tendierten dazu, auf Ältere und Gleichaltrige (etwa LehrerInnen, NachbarInnen, ältere MentorInnen, Eltern von FreundInnen…) in der Gemeinschaft auf emotionale Unterstützung zu bauen.

In der Studie konnte außerdem gezeigt werden, dass sich jene Teilnehmer, welche Probleme in der Adoleszenz aufwiesen, im Erwachsenenalter erholten. Dies galt besonders für Frauen. Als wichtige Faktoren hierfür erwiesen sich etwa eine weiterführende Ausbildung, Heirat mit einem stabilen Partner, Konvertieren zu einer Religion, welche aktive Teilnahme forderte, Erholung von einer lebensbedrohlichen Krankheit oder einem lebensbedrohlichen Unfall, sowie Wahrnehmen von Psychotherapie - letzteres allerdings in weitaus geringerem Ausmaß. Zusammenfassend zeigt sich, dass resiliente Individuen nicht passiv auf negative Umstände reagierten, viel mehr kümmerten sie sich um Personen und Möglichkeiten, welche für eine positive Entwicklung wichtig waren.

4.2 Ressourcenarbeit und Psychotherapieforschung nach Grawe

Die kopernikanische Wende[15], von der Frankl immer wieder spricht, lässt den Menschen, ohne die Realität zu vernachlässigen, zum kreativen Jongleur werden - indem er auf die Werte schaut, die *auch* da sind, das Heile fokussiert und die Sicht auf die Situation umdreht. Wenn neben den Leidsituationen die immer noch vorhandenen Werte in den Mittelpunkt des Interesses gestellt werden, kann damit wieder Hoffnung, Vertrauen und Zuversicht in das Leben entstehen. Denn das letzte Wort hat nicht das Leid, sondern die Antwort, die der Mensch darauf gibt!

In der Psychotherapie sollte daher im Sinne der Stärkung der Resilienz der Fokus auf die individuelle Ressourcenfindung bzw. -stärkung gelegt werden und weniger auf die Symptome.

In der Psychotherapie sind Ressourcen innere Potentiale eines Menschen und betreffen u.a. Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse, Geschicke, Erfahrungen, Talente, Neigungen und Stärken, die oftmals gar nicht bewusst sind. Innerhalb einer Psychotherapie können diese Kraftquellen und Schutzfaktoren genutzt werden, um den Heilungsprozess zu fördern. Die Therapie kann somit bestimmte Ressourcen hervorheben und festigen.

In einer Behandlung, die am salutogenetischen Ansatz von Aaron Antonovsky orientiert ist, gilt es, die gesunden Anteile des Menschen – seine persönlichen Ressourcen – wahrzunehmen und zu fördern.

Einseitige Beschäftigung mit dem Leiden mindert nicht das Leiden.

Klaus Grawe konnte in Zuge der Psychotherapieforschung grundlegende Wirkfaktoren der Psychotherapie (über Therapieschulen hinweg) nachweisen:[16]

1. Therapeutische Beziehung: Die Qualität der Beziehung zwischen dem Psychotherapeuten und dem Patienten trägt signifikant zu einem besseren oder schlechteren Therapieergebnis bei.
2. Ressourcenaktivierung: Die Eigenarten, die die Patienten in die Therapie mitbringen, werden als positive Ressourcen für das therapeutische Vorgehen

[15] Frankl VE, 1987, Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und EA, S 96
[16] Quelle: Wikipedia (www. Wikipedia.org) - Psychotherapieforschung

genutzt. Das betrifft vorhandene motivationale Bereitschaften, Fähigkeiten und Interessen der Patienten.

3. Problemaktualisierung: Die Probleme, die in der Therapie verändert werden sollen, werden unmittelbar erfahrbar. Das kann z.B. dadurch entstehen, dass Therapeut und Patient reale Situationen aufsuchen, in denen die Probleme auftreten, oder dass sie durch besondere therapeutische Techniken wie intensives Erzählen, Imaginationsübungen, Rollenspiele o.ä. die Probleme erlebnismäßig aktualisieren.
4. Motivationale Klärung: Die Therapie fördert mit geeigneten Maßnahmen, dass der Patient ein klares Bewusstsein der Ursprünge, Hintergründe und aufrechterhaltenden Faktoren seines problematischen Erlebens und Verhaltens gewinnt.
5. Problembewältigung: Die Behandlung unterstützt den Patienten mit bewährten problemspezifischen Maßnahmen (direkt oder indirekt) darin, positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit seinen Problemen zu machen.

Wörtlich meint Grawe[17]: „Woher sollen Kraft und Mittel für die Veränderung kommen, wenn nicht aus dem, was der Patient und seine Lebenssituation bereits an Intentionen und Möglichkeiten mitbringen bzw. enthalten?“ Dieses positive Potential, mit dem der einzelne Mensch in der konkreten Situation agieren und Veränderungen einleiten kann, gilt es ganz individuell „zu entbergen“. Der Fundus möglicher Ressourcen ist groß; er umfasst den gesamten Möglichkeitsraum des Patienten von grundsätzlichen „motivationalen Bereitschaften“ über psychische, emotionale und kognitive Gegebenheiten bis hin zum ganzen „Potential der zwischenmenschlichen Beziehungen eines Menschen.“

Wichtig ist es auf eine vorwiegend ressourcenorientierte Anamnese zu achten. Im Augenmerk sollte dabei sein:

- Lebensziele: Was hat der Patient im Leben vor und welche Probleme stellen sich in den Weg?
- Daraus folgt: klare, kleine, überschaubare, machbare Ziele, die der Patient aus eigener Kraft erreichen kann.

[17] H. Rothbucher, EA 27/2/2010, Die Existentialmeditation, S 87

- Mitgeben von kleinen, machbaren Aufgaben: z.B. Schreiben eines Freudetagebuches
- Woran würden der Patient und andere Menschen erkennen, dass es kleine positive Veränderungen gibt, und dass diese kein Zufall sind?
- Was löst die gewonnene Kompetenz des Patienten bei Erreichung der Ziele in der Umwelt aus (z.B. Bindung und Loyalität, Trennungen, Verlust des Arbeitsplatzes)?
- Welche individuellen, sozialen, beruflichen und sportlichen Kompetenzen hat der Patient?
- Wie ist sein Alltag strukturiert?
- Was ist positiv im Alltag?
- Was bzw. wer hat bereits geholfen? (Freunde, Beruf, etc.)
- Mit welchen Fähigkeiten hat sich der Patient bereits stabilisieren können?
- Welche kreativen Kräfte sind beim Patienten vorhanden?
- Welche sportlichen Aktivitäten führt der Patient aus?
- Wo war Selbstwertschätzung durch sich selbst vorhanden?
- Wo wurde er von anderen geschätzt?
- Wo gibt es gute Beziehungen zu anderen Menschen?
- Wie sind seine Leistungsmöglichkeiten?
- Welche Möglichkeiten hatte der Patient zum Tagträumen (in seiner Kindheit und Jugend)?
- Welche Visionen hatte er als Jugendlicher oder Erwachsener?

Grundsätzlich sollte auf bereits Vorhandenem (Begabung) und Erworbenem (berufliche, schulische Fähigkeiten) aufgebaut werden. Nicht zu vergessen ist dabei auch, dass der Patient Kompetenzen gehabt haben muss, da er ansonsten ohne diese Kompetenzen die z.B. schrecklichen Ereignisse, die seelischen Erschütterungen, die konkreten Bedrohungen, die Probleme nicht meistern hätte können.

Mit der Zeit kann man so eine Art Inventar von persönlichen Ressourcen erheben. Es wird möglich, solche Ressourcen über ein Wort oder eine Berührung abzurufen. Und dann ist der Zugang zu Ressourcen schnell möglich. Eingehen auf die vorhandenen

Ressourcen gibt das Gefühl, einen Moment innezuhalten, um sich wohl fühlen zu können – eine minimale Kontrollmöglichkeit.
Der Zugang zu Ressourcen kann in Form von Hausaufgaben und Ressourcen-Tagebüchern kontrollierbar abrufbar gemacht werden. Dass ein chronischer Schmerzpatient sich zwischendurch einen Moment verschaffen kann, in welchem seine Schmerzen vergessen sind, gibt ihm etwas mehr Gefühl von Bewältigbarkeit, Handhabbarkeit, Verstehbarkeit, Kontrolle und Einsicht.

5 Sichtweise der Existenzanalyse

5.1 Menschenbild nach V. Frankl

V. Frankl kritisiert die Anthropologie der Psychoanalyse und der Individualpsychologie, und zwar lag die Kritik im Psychologismus und der mechanistischen Sichtweise des Menschen. Der Mensch ist mehr als seine Triebe. Sigmund Freud war noch davon überzeugt, dass ein Mensch, der nach dem Sinn und Wert des Lebens fragt, krank sei. Weil allein schon die Frage die unbefriedigte Libido eingestehe.

V. Frankl entwickelte ein dreidimensionales Menschenbild:

1. physische Dimension (Leib)
2. psychische Dimension (Psyche) und
3. noetische Dimension (Geist)

Während die physische und die psychische Dimension in engem Zusammenhang stehen (psychophysischer Parallelismus), kann sich der Mensch aufgrund seiner geistigen Dimension über sein Psychophysikum erheben. Nur das Psychophysikum kann erkranken, die noetische Dimension des Menschen bleibt heil und steht jenseits jeder Krankheit.

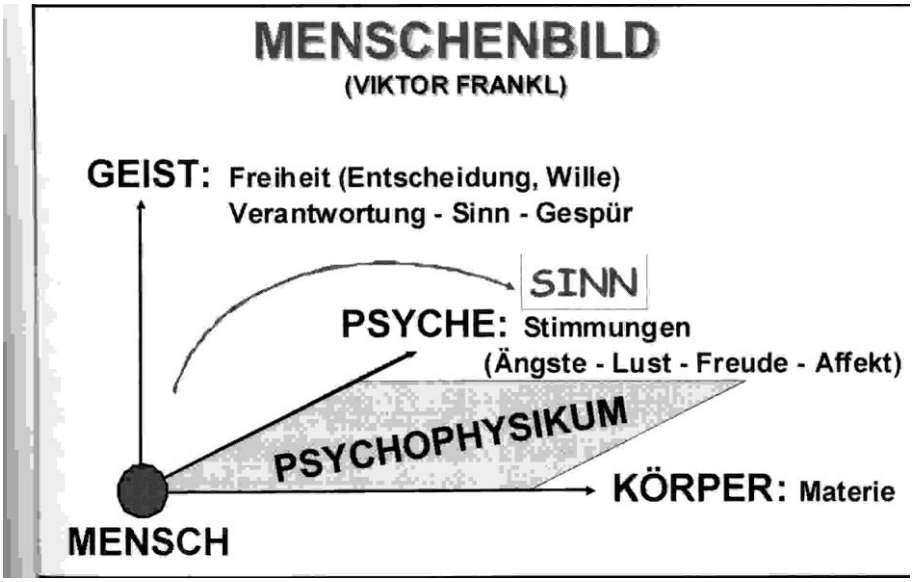

Abb. 6: Das dreidimensionale Menschenbild nach V.. Frankl [18]

Unter existentiellen Gesichtspunkten verwandeln sich die 3 Dimensionen zu unterschiedlichen Aufgaben, vor die der Mensch gestellt ist, um seine Existenz bewältigen zu können. Durch diese „existentielle Wende“ entsteht ein rein dynamisches Menschenbild, das sich nicht mehr mit der Natur bzw. der Substanz der Dimensionen, ihrem Verhältnis zueinander und mit den Unterschieden ihrer Gesetzmäßigkeiten befasst, sondern ebenfalls wie Antonovsky Pole beschreibt, zwischen denen sich das Menschsein abspielt. Demnach ist der Mensch eingespannt zwischen den Polen:

1. Gesundheit und Krankheit (auf der körperlichen Ebene)
2. Lust und Unlust (auf der psychischen Ebene)
3. Erfüllung und Leere bzw. Glaube und Verzweiflung (auf der geistigen Ebene)

[18] Paul König, EA 26/2/2009; Heilkunst ist mehr als Naturwissenschaft, S 61

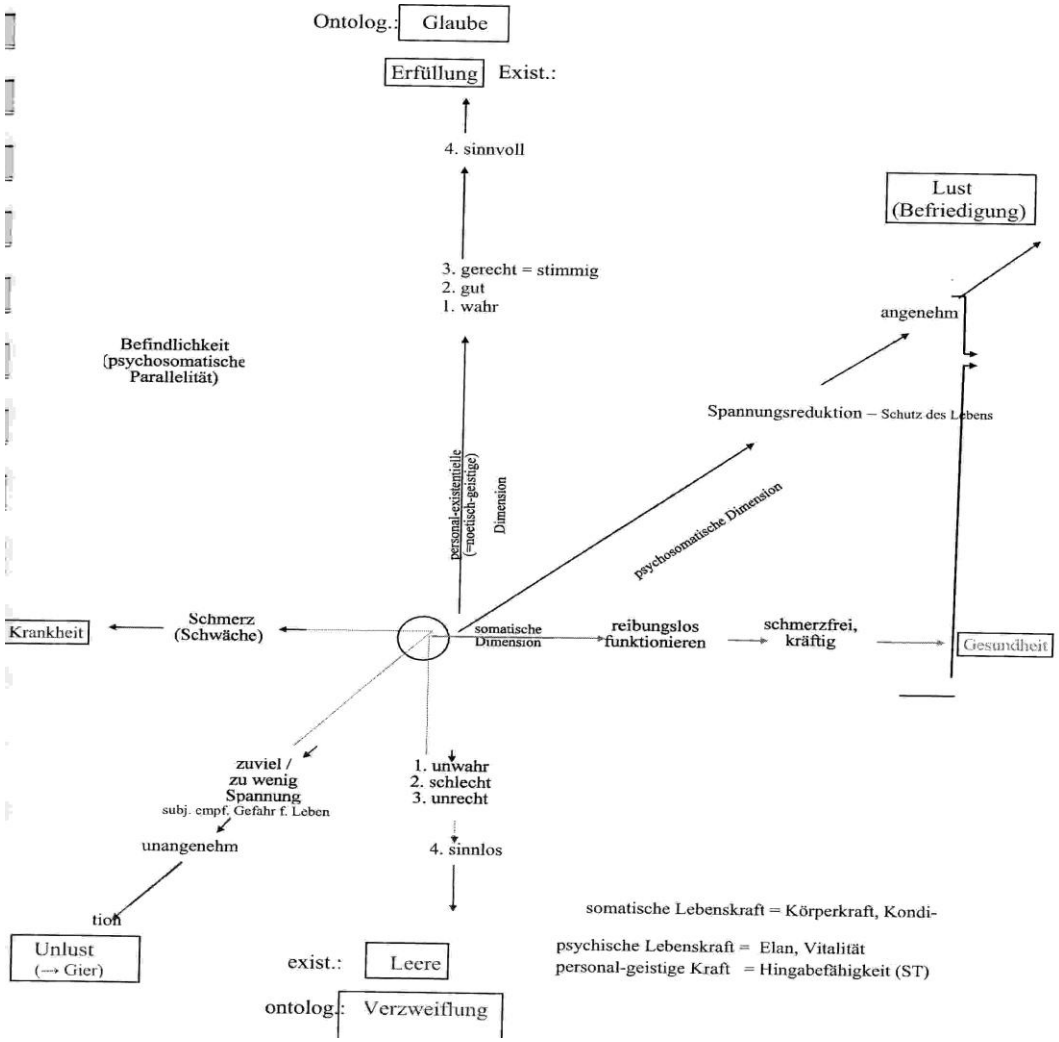

Abb. 7: Die 3 Seinsweisen des Menschen und ihre Intentionalität[19]

5.2 Motivationsmodell der neueren Existenzanalyse

Bedeutend ist auch die Frage, welche Aufgabe die Psyche für die menschliche Existenz und für das personale Dasein hat. Ihre Aufgabe ist dreifach:[20]

1. Die Psyche bringt die vitalen Voraussetzungen der Existenz in gefühltes Erleben.
   Sie hat die Funktion eines Bindegliedes zwischen der noetischen und der physischen Dimension, zwischen Existenzvollzug und Körper. Sie ist die „Wächterin der vitalen Lage des Menschen“, sorgt für das Überleben und Wohlbefinden.

[19] A. Längle et al, Lehrbuch zur EA, Grundlagen, A. Aufl. Juni 2005, S 96
[20] Vgl. Kolbe, EA 27, 2, 2010, Zur Bedeutung der Psychodynamik in der EA-Psychotherapie, S 46 ff.

2. Die Psyche repräsentiert das Erleben des In-der-Welt-Seins im Sinne der Gestimmtheit.
   Sie zeigt uns, ob wir uns belastet, bedroht, glücklich oder freudig fühlen. Sie spiegelt die vitale Lage. Sie ist also ein „Speicher“ typischer Erfahrungen des In-der-Welt-Seins und beeinflusst alle Akte der Person - hemmend oder fördernd. Damit schafft die Psyche gleichzeitig eine entsprechende Reaktionslage. Wer zum Beispiel alles als Last erlebt, wird die aktuellen situativen Lebensherausforderungen auch schnell als überfordernd erleben. Dies würde einen wenig ausgeprägten Kohärenzsinn bedeuten.
3. Mobilisierung der Kräfte
   Die Psyche setzt sich dafür ein, Vitalität und Überleben zu gewährleisten. Dies geschieht durch zwei Mechanismen. Zum einen durch Wachsamkeit für das Bedrohte und zum anderen durch Ausbilden autonomer Schutzreaktionen (Copingreaktionen), die ohne personale Entscheidungen und unter Umgehung des Noetischen ablaufen.

Aller Motivation und Mobilisierung von Kräften liegt ein „Können“ zu Grunde. Es stellt uns Potential zur Verfügung, das eine Grundlage zur Freiheit darstellt. Es lässt uns von Möglichkeiten und Ressourcen Gebrauch machen. Das „Können“ als verwurzelte Fähigkeit beginnt mit dem Akt des „Sein-lassen-Könnens“. Es ist unter anderem die Aufgabe der Psychotherapie und zur Steigerung der Resilienz wichtig zu vermitteln und zu erkennen, dass wir mit dem leben können, was da ist, und nicht darauf warten müssen, bis alle Wünsche erfüllt bzw. alle Bedingungen gegeben sind, um leben zu können. Existenzanalytisch betrachtet hat jede Motivation zwei Anteile:

Abb. 8: Basis der Motivation[21]

Alles „Können“ hat vier Voraussetzungen, ohne die es nicht zustande kommt. Es bedarf:

- Kenntnis der Realität und der sie bedingenden Gesetze (→ 1. Grundmotivation)
- Einschätzung der Energie (→ 2. Grundmotivation)
- Wahl der geeigneten Werkzeuge (→ 3. Grundmotivation)
- Wahl eines Konzeptes (→ 4. Grundmotivation)

5.3 Copingreaktionen

Die Psyche als Wärterin des vitalen Grundgefühls und Wohlbefindens ist nicht auf die Ausbildung von Gefühlen und damit auf die Repräsentanz der vitalen Lage des Menschen beschränkt, sondern stellt Schutzreaktionen bereit, um das Leiden an der Frustration der Voraussetzungen personaler Existenz zu mildern und abzufangen. Diese automatischen, psychogenen Schutzreaktionen werden Copingreaktionen

[21] A. Längle, Lernskriptum zur EA, Die 1. Grundmotivation, 3. Aufl., Juni 2005, S 6

genannt. Bei diesen reflexartigen, automatisch ablaufenden Schutz- und Bewältigungsstrategien werden vier Grundformen unterschieden:

1. Die Grundbewegung (Vermeidungsverhalten)
2. Paradoxe Bewegung (Bewältigungsversuch)
3. Abwehrdynamik im Nicht-Entkommen (Aggressionstyp)
4. Überwältigungserleben (Totstellreflex)

Durch die Copings können die negativen Gefühle aufgefangen oder abgeschwächt werden. Versagen die Copings, dann brechen pathologischen Gefühle durch.
Die Schutzreaktionen haben alle zum Ziel, der situativen Belastung oder Gefahr möglichst rasch zu entkommen und damit das psychische bzw. physische Überleben zu gewährleisten.[22]

Störungen der GM: Grund-gefühl	**Grundbewegung (Vermeidungs versuch)**	**paradoxe Bewegung (Bewältigungs-versuch)**	**Abwehrdynamik im Nicht-Entkommen (Aggressionstyp)**	**Überwälti-gungserleben (Totstellreflex)**
1.GM → ängstlich	Fliehen	Ankämpfen	destruktiv: Haß	Lähmung
2.GM → depressiv	Rückzug	Leisten / Entwerten	beziehungs-suchend: Wut	Erschöpfung Resignation
3.GM → hysterisch	auf Distanz gehen	Aktivismus; (Überspielen)	abgrenzend: Zorn / Ärger; Spalten	Dissoziation (Spaltung, Leugnung, Abschottung)
4.GM → dependent	provisorische Lebenshaltung	Idealisierung	kämpferisch: Fanatismus	Nihilismus

Abb. 9: Die Formen des automatischen Schutzverhaltens (Copingreaktionen)[23]

Jede einzelne Grundmotivation hat eine Grundstrebung, die mit einem gefühlsmäßigen Erleben verbunden ist:

1. GM: Halt, Schutz, Raum, Sicherheit, Geborgenheit
2. GM: Nähe, Wärme, Beziehung, Leben spüren, Geborgenheit
3. GM: Wertschätzung, Unabhängigkeit, Autonomie
4. GM: Erfüllung, Freude, Sinn im Erleben und Handeln

[22] A. Längle, EA 1/98, Verständnis u. Therapie der Psychodynamik in der EA, s. S 24
[23] A. Längle, EA 1/98, Verständnis u. Therapie der Psychodynamik in der EA, s. S. 23

Gelingt die Ausbildung der einzelnen Grundbedingungen der Existenz nicht, so führt dies bei Anhalten bzw. zunehmender Schwere zu Erstarrungen (Fixierungen) und somit zu psychischen Störungen.

personales Gefühl	→psychisches Mangelgefühl (empfundene Not)	→ psychische Warnung	→ psychische Bedrohung (=Angst)	→ zunehmende psychische Erstarrung (Fixierung, neurot. Ebene)	→psychische Substratänderung (Persönlichkeits-störungen) →ganzmenschliche Dekompensation (Psychosen)
1. GM:	**Verunsicherung**	→ Unruhe, Verschlossenheit	→ Ängstlichkeit	→Grundangst	→ Grundangstüber-flutung (Schizophr.)
2. GM:	**Belastung**	→ Niedergedrückt-sein, Vitalitäts-verlust	→ beziehungsbe-bezogene Erwartungsangst = Angst vor Bezie-hungsverlust / Ver-lust des Lebendigseins	→ Depression Resignation	→ Resignations-überflutung (Major Depression)
3. GM:	**innere Hohlheit**	→ Einsamkeit Beleidigtsein, Kränkung, Ekel	→ selbstwertbe-zogene Erwar-tungsangst, = Angst vor Ansehensverlust / Verlust der sozialen Integration	→Hysterie Verletztheit	→ Überflutung des Beobachtet-Werdens (Paranoia) Schmerzüberflutung (die häufigsten Persönlichkeits-störungen)
4. GM:	**(äußeres) Leeregefühl Langeweile**	→ Sinnzweifel, Sinnleere	→ existenz-bezogene Erwartungsangst = Angst vor Sinn-losigkeit	→ existentielles Vakuum	→ Verzweiflung bei ausweglosem Sinnlosigkeits-gefühl (Suizidalität)

Abb. 10: Die Gefühlskette, die sich aus der Störung der jeweiligen Grundmotivation ergeben, in Abhängigkeit von der Schwere der Störform.[24]

Längle A. (1998)[25] beschreibt die Auseinandersetzung der Person mit den Bedingungen der Existenz als notwendigen Bestandteil bei der Entstehung von psychischen Störungen und konnte sie den entsprechenden Grundmotivationen zuordnen. Psychopathogenetisch finden sich die spezifischen Störungen einer oder mehrerer Grundmotivationen im subjektiven Leidenszustand wieder. Der Leidenszustand ist gekennzeichnet durch ein Fehlen zentraler Erfahrungen und/oder Stellungnahmen, einen Mangel an entsprechenden Kompetenzen durch Traumatisierungen und spezifischen Copingreaktionen. Deren Zusammenspiel prägt

[24] A. Längle, EA 1/98, Verständnis u. Therapie der Psychodynamik in der EA, s. S. 23
[25] A. Längle (1998), Verständnis und Therapie der Psychodynamik in der Existenzanalyse, EA 15,1,S 16-27

das Symptombild und den Krankheitsverlauf und macht es als Krankheit erkenntlich und gezielt behandelbar.

5.4 Sinn und Werte

Wenn der Schutz durch Copingmechanismen nicht (mehr) nötig ist, dann beschreibt V. Frankl[26] als eigentlich tiefste Motivation des Menschen, das Streben nach Sinn und Verwirklichung von Werten. Denn die Frage nach dem Sinn des Lebens ist „Ausdruck des Menschsein schlechthin“, nur ihm ist es vorbehalten seine Existenz als fragwürdig zu erleben.
Ausgangspunkt im franklschen Sinnverständnis ist die „existentielle Wende“, wonach der Mensch Zugang zu seiner Existenz findet, sofern er sich als ein von der Situation Befragter versteht. In der verantworteten Beantwortung der aktuellen Lebensfragen erfüllt er den „Sinn des Lebens“[27] durch die Verwirklichung von Werten.

Existenzanalytisch wird der Wert definiert als Beweggrund, der zu einer Bevorzugung bzw. Rückstellung in einer Wahl führt. Existentiell gesehen ist Wert „das, was mich angeht“, „das woran mein Herz hängt“. Als Wert wird das empfunden, was dem Leben förderlich ist. Das Wertempfinden stammt aus dem Gefühl und der Haltung zum Leben. Wertwahrnehmung geschieht über Beziehung (Nähe, Zuwendung) zum Objekt und der Wahrnehmung der dabei entstehenden Emotionen.
V. Frankl teilte die existentiell bedeutsamen Werte formal in drei Kategorien ein, um Sinn zu schaffen bzw. zu finden:

1. Erlebniswerte
2. Schöpferische Werte
3. Einstellungswerte

Erlebniswerte werden realisiert durch das passive Aufnehmen der Welt, z.B. in der Hingabe an die Schönheit der Natur, der Kunst, der Musik; ebenso im Genießen von

[26] Frankl VE, 1987, Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und EA, Fischer TB Verlag, Frankfurt
[27] Lexikon der EA und LT, A. Längle, Stand 30.10.2005; GLE Wien

leiblichen Erlebnissen (gutes Essen, befriedigende Sexualität, gemütliche Runde, etc.).

Schöpferische Werte werden realisiert durch die Arbeit, durch Tun jeglicher Art. Hierbei handelt es sich um Werte, die sich durch ein aktives Schaffen verwirklichen; hierunter fallen im Wesentlichen die Leistungen in der Arbeitswelt, im Beruf, in der Familie, in der Gesellschaft aber auch das aktive Schaffen in freizeitlichen Aktivitäten.

Einstellungswerte werden überall dort verwirklicht, wo etwas Unabänderliches, etwas Schicksalhaftes hingenommen werden muss. Sinnverwirklichung durch Erleiden und Ertragen (beispielsweise von Schuld, Leid, Tod = Tragische Trias). Nach Frankl ist der Leidenssinn den schöpferischen und den Erlebniswerten dem „Werterang“ nach überlegen.

V. Frankl schloss daraus, dass das Leben nicht sinnlos sein kann, solange ein Sinn in irgendeiner der drei Wertkategorien gefunden werden kann.

Im existenzanalytischen Menschenbild wird hier die 3. Dimension (geistiger Bereich) angesprochen. In der Folge der personalen Struktur ist der Mensch in der Lage, das Sinnvolle in seinem Leben in der ganzen ihm möglichen Offenheit zu erkennen, aufzunehmen und umzusetzen. Dies gibt ihm existentiell eine innere Erfüllung. Wenn dieser personal-existentielle Vollzug nicht gelingt, wird das Leben als sinnlos empfunden, und eine Leere macht sich breit. Wenn sie mit einer geistigen Orientierungslosigkeit verbunden ist, entsteht Verzweiflung.[28]

Frankls zentrale Beschreibung des Menschen ist, dass dieser nicht nur durch innerpsychische Bedürfnisse motiviert ist, sondern ebenfalls durch selbsttranszendente Werterfüllung. Dies ist der Mensch deshalb, weil er ein geistiges Wesen ist. Und Ausdruck dieser Geistigkeit ist sein Personsein. Person zu sein zeigt sich dadurch, berührbar zu sein, sich auseinandersetzen zu können, frei und verantwortlich umzugehen mit den Situationen des Lebens und eben auch den eigenen Bedürfnissen zu trotzen, sich ihnen entgegenstellen zu können. Dieser

[28] Lehrbuch zur EA, Grundlagen, Alfried Längle e.a., 3. Aufl., Gle Int. S 88 ff.

existenzanalytische Ansatz stimmt mit dem Ansatz in der Traumatherapie und dem Resilienzmodell überein.[29]

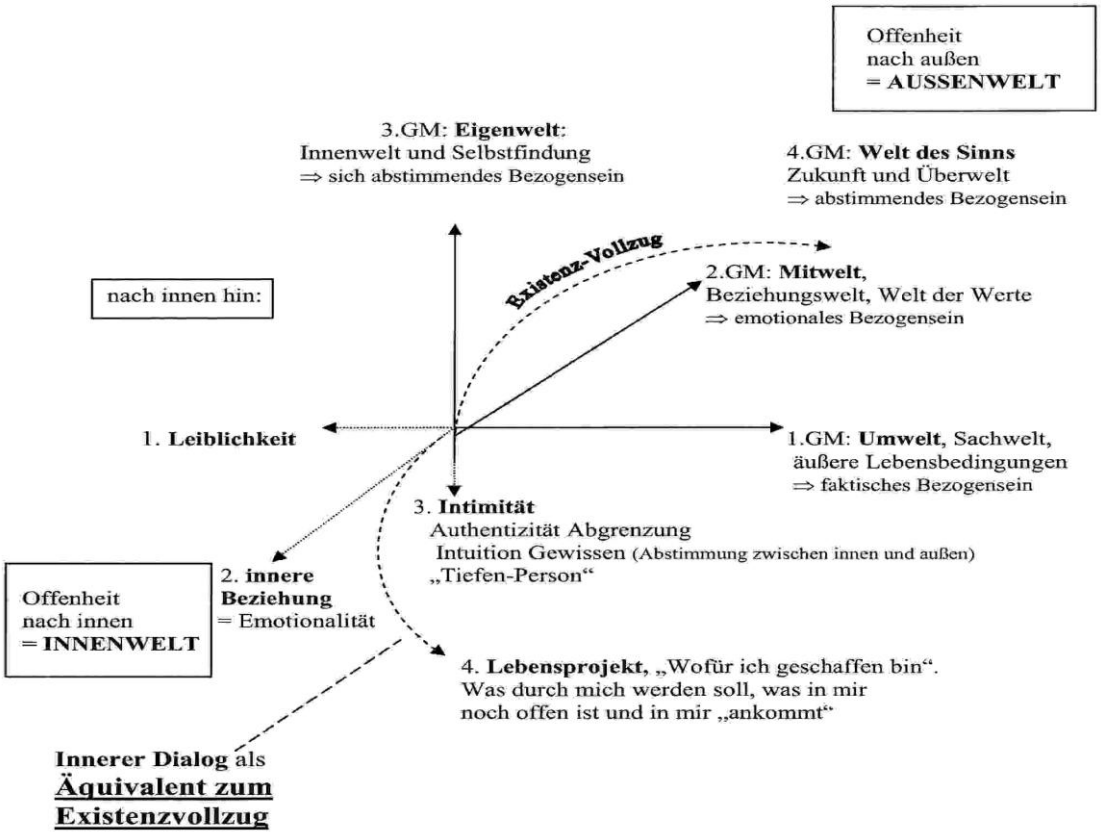

Abb. 11: Weiterführendes Menschenbild[30]

Die existenzanalytische Psychotherapie macht es sich zum Ziel den Menschen zu befähigen, mit innerer Zustimmung zum eigenen Handeln und Dasein leben zu können. Das Leben wird dann erfüllt, wenn es mit Zustimmung gelebt werden kann.
Sinnfindung wird immer dann zur zentralen Fragen, wenn sie nicht mehr einfach im Weiterleben, Gesundwerden, in der Selbstverständlichkeit des Gesunden und Normalen gefunden werden kann. Gerade in schwierigen Lagen haben Menschen die Kraft, für sich einen Sinn zu finden, für das, was ihnen geschieht. Die Verbindung zu ihren tiefsten Werten ermöglicht den meisten Patienten Sinnfindung – nicht sofort, nicht ohne Schmerzen. Trauer über Abschiede, Verlorenes, Unwiederbringliches ist dabei absolut normal und muss von uns Therapeuten ausgehalten werden. Zeuge von derartigem Wachstum zu werden, ist ein Privileg vieler Therapeuten und dadurch wohl auch ein Teil der Sinnhaftigkeit unserer Arbeit.

[29] Vgl. Kolbe, EA 27, 2, 2010, Zur Bedeutung der Psychodynamik in der EA-Psychotherapie, S 46 ff.
[30] A. Längle, Lehrbuch der EA, Grundlagen, Aufl. 3; Juni 2005, S 100

Gerade in der Existenzanalyse bieten sich ressourcenaktivierende Methoden an, die zum Erlernen der Resilienz von Bedeutung sein können und auch teilweise traumatherapeutisch angewendet werden können.

5.5 Vergleich des salutogenetischen Modells mit dem Menschenbild nach V. Frankl

Ebenso wie im salutogenetischen Modell nach A. Antonovsky, welches das Kontinuum mit den Polen Gesundheit bzw. körperliches Wohlbefinden und Krankheit bzw. körperliches Missempfinden darstellt, ist der Mensch im existenzanalytischen Menschenbild zwischen Polen eingespannt. Im Gegensatz zum Modell nach Antonovsky, bei dem nicht in unterschiedliche Dimensionen einteilt wird, gibt es im existenzanalytischen Menschenbild sehr wohl die mehrdimensionalen Unterscheidungen: hier wird zwischen der psychischen, physischen und der noetischen Dimension eingeteilt bzw. unterschieden. Bei dem Modell von A. Antonovsky werden sowohl psychischer, physischer als auch der geistige Anteil im Kohärenzsinn zusammengefasst. A. Antonovsky verzichtet dabei auf eine genauere Einteilung. Wenn ein Mensch ein hohes Maß an Kohärenzsinn aufweist, so kann er einen Reiz, den eine Person mit schwachem Kohärenzsinn als spannungserzeugend erfahren würde, unter Umständen als neutral bewerten. Es werden dadurch weniger Stressreaktionen ausgelöst und der Organismus wird eher gesund bleiben. Menschen mit ausgeprägtem Kohärenzsinn verfügen über Möglichkeiten zur Spannungsabfuhr und können Entspannungsmethoden gezielt anwenden. Resiliente Menschen achten eher auf ihre Gesundheit und können Hilfe annehmen. Des Weiteren können diese Menschen Schutzfaktoren aufbauen und Risikofaktoren minimieren bzw. eliminieren, um psychisch wie auch physisch gesund zu bleiben. Hier wird meines Erachtens die psychische und physische Dimension im Menschenbild nach V. Frankl angesprochen.

A. Antonovksy sieht das Gefühl der Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit als wichtigsten Aspekt des Kohärenzsinns an, denn ohne das Erleben von Sinnhaftigkeit neigt der Mensch dazu, das Leben vor allem als Last zu empfinden und jede weitere sich stellende Aufgabe wird zur Qual. Hier können wir mit der noetischen Dimension vergleichen. V. Frankl wies wiederholt darauf hin, dass gewissenhaft gefundene Werte, die den existentiellen Sinn ergeben, die Kraft geben, auch schwierige

Situationen zu ertragen und durchzustehen. Im Grunde kann davon gesprochen werden, dass V. Frankls „Wille zum Sinn“ sein Motivationskonzept war.

6 Zusammenfassung

Resilienz ist die Fähigkeit, sich selbst wieder ins innere Gleichgewicht zu bringen und es auch zu halten. Resiliente Menschen gehen gestärkt aus den von ihnen individuell empfundenen „Krisensituationen" heraus. Wer im Besitz von Resilienz ist, dem ist es möglich, sich selbst aus eigener Kraft oder mit therapeutischer Hilfe aus eben dieser Krise zu befreien.

Aus Kritik an dem vor allem biomedizinischen Krankheitsmodell (pathogenetische Herangehensweise der Medizin) gibt Antonovsky der Frage, warum Menschen gesund bleiben, den Vorrang vor der Frage nach den Ursachen von Krankheit. Primär untersuchte er die Bedingungen von Gesundheit und jene Faktoren, die die Gesundheit schützen und erhalten.

Antonovsky sah das Kohärenzgefühl (sense of coherence) als Gesundheitsressource an, die vor allem in der frühen Kindheit erworben wird und nach dem 30. Lebensjahr nicht mehr positiv beeinflusst werden könne. Inzwischen sind sich in diesem Punkt alle Experten einig, dass es auch im fortgeschrittenen Alter immer veränderbar bleibt. So könnten auch andere Forschungen, die nicht unter dem Begriff der Salutogenese und dem Konzept von Antonovsky durchgeführt wurden, wohl aber die Fragestellung nach der Entstehung von Gesundheit behandeln, mehr in Betracht gezogen oder/und neu entwickelt werden (z.B. Herzratenvariabilität).

In der Psychotherapie sind Ressourcen innere Potentiale eines Menschen und betreffen u.a. Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse, Geschicke, Erfahrungen, Talente, Neigungen und Stärken, die oftmals gar nicht bewusst sind. Innerhalb einer Psychotherapie können diese Kraftquellen und Schutzfaktoren genutzt werden, um den Heilungsprozess zu fördern. Die Therapie kann somit bestimmte Ressourcen hervorheben und festigen.
In einer Behandlung, die am salutogenetischen Ansatz von Aaron Antonovsky orientiert ist, gilt es, die gesunden Anteile des Menschen – seine persönlichen Ressourcen – wahrzunehmen und zu fördern.
Einseitige Beschäftigung mit dem Leiden mindert nicht das Leiden.

Augenmerk in der Therapie sollte zu Beginn in einer vorwiegend ressourcenorientierten Anamnese liegen und grundsätzlich auf bereits Vorhandenem und Erworbenem aufgebaut sein.

Die Existenzanalyse als grundsätzlich ressourcenorientierte Therapieform kann hier einigen Beitrag dazu leisten. Vor allem die Stärkung der 1. Grundmotivation, 2. Grundmotivation und der 4. Grundmotivation kann zur Steigerung der Resilienz und Bearbeitung von traumatischen Ereignissen maßgeblich beitragen.

Im wesentlichen wird es ein sozialer, gesellschaftlicher und politischer Beitrag sein, mehr in die Gesundheitsförderung und somit mehr Augenmerk auf die Gesundheit (im Bio-Psycho-Sozialen Sinn) zu werfen, als erst auf den Plan zu treten, wenn Krankheit bereits eingetreten ist.

7 Literaturverzeichnis

Bücher

Antonovsky A., (1997): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit Band 36, dgvt-Verlag, Tübingen

Frankl VE, (1987): Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und EA, Fischer TB Verlag, Frankfurt

Fröhlich-Gildhoff K., Rönnau-Böse M., (2009): Resilienz, Ernst Reinhardt Verlag, München

Hurrelmann K., Lösel F., (1990): *Health Hazards in Adolescence,* New York, Walter de Gruyter

Lösel F., Bliesener T., (1990): Resilience in Adolescence: A study on the Generalizability of Protective Factors, New York, Walter de Gruyter

Rampe M., (2010): Der R-Faktor, Book on Demand GmbH, Norderstedt

Reddemann L., (2009): Eine Reise von 1.000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt,Herder Verlag, Freiburg

Werner E., (2005): Resilience and recovery: findings from the Kauai Longitudinal Study. Research, Policy, and Practice in Children's Mental Health

Lernskripten und Seminarunterlagen

Falkner T., Institut für Psychotraumatherapie, Seminarunterlagen 2010

Längle A. et al, Lehrbuch zur EA, Grundlagen, Aufl. Juni 2005

Längle A. et al, Lernskriptum zur EA, Die 1. Grundmotivation, 3. Aufl., Juni 2005

Längle A., Lehrbuch der EA, 3. Teil, 2. Grundmotivation, 1. Ausgabe, September 2002

Längle A., Lexikon der EA und LT, Stand 30.10.2005; GLE Wien

Artikel in Zeitschriften

Kolbe, EA 27, 2, 2010, Zur Bedeutung der Psychodynamik in der EA-Psychotherapie, S 46 ff.

König P., EA 26/2/2009; Heilkunst ist mehr als Naturwissenschaft, S 61

Längle A., EA 21/2/2004, Existenzanalyse der Depression, S 15

Längle A., EA 1/98, Verständnis u. Therapie der Psychodynamik in der EA, s. S 24

Tölk et al, CliniCum, Neuropsy Expertise, Nov. 2008, Das Resilienzkonzept bei psychiatrischen Krankheiten

Tutsch L., EA 3/96; Schizophrenie – ein Überblick, S 5-13

Rothbucher H., EA 27/2/2010, Die Existentialmeditation, S 87

Internetseiten

Wikipedia (www. Wikipedia.org) - Psychotherapieforschung

8 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Physiologische Reaktion auf Stress 6
Abb. 2: Auslöser, die zu einer Schizophrenie führen können 9
Abb. 3: Die formale Entstehungsweise der Depression im Überblick 12
Abb. 4: Salutogenese-Modell mit Gesundheits- und Kranheitskontinuum nach Antonovsky (vereinfacht) (1979) 17
Abb. 5: Faktoren des Kohärenzsinnes 19
Abb. 6: Das dreidimensionale Menschenbild nach V.. Frankl 30
Abb. 7: Die 3 Seinsweisen des Menschen und ihre Intentionalität 31
Abb. 8: Basis der Motivation 33
Abb. 9: Die Formen des automatischen Schutzverhaltens (Copingreaktionen) . 34
Abb. 10: Die Gefühlskette, die sich aus der Störung der jeweiligen Grundmotivation ergeben, in Abhängigkeit von der Schwere der Störform. 35
Abb. 11: Weiterführendes Menschenbild 38