

Narratives Mentoring: Das Gesunde Selbst

Eine Möglichkeit für Entwicklung im Dialog

Dr. med. Franz Jürgen Sperlich, M.A.

Zusammenfassung

Das Gespräch ist im beratenden und therapeutischen Bereich ein zentrales Werkzeug. Narratives Mentoring bezeichnet in diesem Zusammenhang eine Haltung, die seitens eines um Rat aufgesuchten Gesprächspartners, zum Beispiel eines Arztes, mit der Absicht angenommen werden kann, eine gemeinsame Syngnose auf Basis der individuellen Geschichte zu entwickeln.

In diesem Beitrag wird die Basis dieser Haltung anhand der Lebens-Geschichte (Uexküll), den modernen psychotherapeutischen Interventionstechniken (de Shazer, Ellis etc.) und humanistisch-philosophischen Ansätzen (z.B. Frankl) auf der Basis aktueller neurobiologischer Modelle (Hüther, Spitzer, Rüegg) hergeleitet.

Weiterhin wird die Möglichkeit diskutiert, sich in Form eines Trainings und/oder einer Supervision mit einer solchen Haltung vertraut zu machen.

Einleitung

Durch den zunehmenden Fortschritt in der Medizin – das medizinische Wissen verdoppelt sich heute innerhalb eines Jahres“ – wird das Arzt-Patienten-Verhältnis¹ auf vielfache Weise beeinflusst. Die Beratungssituation ist von Wissensdifferenzen auf zwei Ebenen geprägt: Einerseits wendet sich der Patient an den Arzt, weil „zunächst einmal gilt, dass die meisten Menschen Kontakt zu Fachleuten aufnehmen, weil sie es für erwiesen halten oder doch zumindest irgendwie erwarten, dass diese über Sachkenntnisse, Erfahrung und Wissen verfügen“ (Gordon 1997, S. 53). Dabei ist es dem Arzt aber aufgrund der eingangs erwähnten Inflation medizinischen Wissens unmöglich, das spezifische Anliegen unter Berücksichtigung all dieses existierenden Wissens zu reflektieren. So besteht also einerseits ein Wissensgefälle vom Arzt zum Patienten und andererseits existiert zwangsläufig auch ein Gefälle zwischen dem (abstrakten) vollständigen Wissensschatz der Medizin zum persönlichen Wissen des Arztes.

An dieser Stelle stößt das Prinzip der Schulmedizin als detailorientierte, wissenschaftliche Disziplin an seine – menschliche – Grenze. Bedenkt man darüber hinaus die Komplexität sämtlicher individueller Aspekte einer Person – und dieses trifft natürlich auf den Patienten als auch auf den Arzt als Mensch selbst zu – so wird deutlich, dass nur gewaltige Reduktionen von dem, was ist, eine monokausale Denkweise erlauben, wie sie der modernen Medizin heute anhaftet. Eine Lösung könnte sich darin abzeichnen, den Anspruch der Medizin als rein wissenschaftliche Disziplin zu überdenken und sich dem Weg von der Heilkunde zur Heilkunst neu zu öffnen. Dies ist ein wesentliches Ziel des *Narrativen Mentoring*.

Sprache als Kulturgut bietet sich für diesen Brückenschlag in vielfacher Weise an. Sie transportiert einerseits Informationen und stellt damit eine Brücke zwischen Individuen her. Andererseits ist sie seit jeher Material der Künste und vermittelt in Gedichten und Prosa viel mehr als nur ihren objektivierbaren Inhalt. Sprache wirkt transitiv und

¹ Anmerkung: Wenn von „Arzt-Patienten-Gespräch“ oder „Arzt-Patienten-Beziehung“ die Rede ist, ist vornehmlich das für die Allgemeinpraxis typische begleitende Gespräch aus vielen Einzelkonsultationen gemeint.

intransitiv, sie ist dynamisch, und in ihrer Zeichenhaftigkeit bildet sie ein Grundgerüst unserer individuellen Wirklichkeit ab – unsere Lebens-Geschichte.

Das Narrativ kann unter diesem Aspekt als das wichtigste Instrument in der Arzt-Patienten-Beziehung gelten, scheint aber, wie (Geisler (1997) in seinem Artikel „Sprachlose Medizin?“ eindrücklich darstellt, in einer technologisierten Medizin in den Hintergrund gedrängt. Doch nur wenn der Arzt sich auch auf die Geschichte des Patienten einlässt, nähert er sich Letzterem als ganzer Person und kann auf diesem Weg die (für ein umfassendes Verstehen im Sinne einer gemeinsamen Deutung oftmals unzulängliche) Reduktion, die das aktuell vorherrschende medizinische Kausaldenken vornimmt, durch einen gemeinsamen, menschlichen und kreativen Prozess überwinden.

Vor diesem Hintergrund ist es bei der Begleitung eines Patienten (zum Beispiel im hausärztlichen Bereich) zum Teil wünschenswert, die von der schulmedizinischen Ausbildung geforderte professionelle Distanz zu durchbrechen und zu etwas zu gelangen, das als Syngnose² – im Sinn einer gemeinsamen, dynamischen Deutung – bezeichnet werden könnte. Eine solche Syngnose ist ein Arbeitsmodell, das die große Subjektivität der menschlichen Dimension beider Beteiligten (und deren individueller Wirklichkeiten) mit einschließt und zum Ziel hat eine gemeinsam tragfähige Deutung die *in sich* schon therapeutische Wirksamkeit haben kann, zu synthetisieren.

Die vorliegende Abhandlung diskutiert u.a. auf der Basis der Theorie der Humanmedizin (Uexküll & Wesiack, 1998) sowie dem neurobiologisch-philosophischen Konzept der Inneren Bilder von Gerald Hüther (Hüther, 2009) die Hintergründe dieser Forderung:

Wichtige Aspekte dieses Artikels sind die Lebens-Geschichte als Informationsbasis und Überbegriff der Deutungsgebung, ein Einblick in ein neurophysiologisches Modell der Individualentwicklung und ein auf diesen Prämissen basierendes Trainingsmodell zur Selbsterfahrung.

² *Syngnose*, aus gr. *Syn-*: „mit, zusammen, gleichzeitig“, und *gnosis*: „(Er-)Kenntnis“ ist ein vom Autor geschaffener Kunstbegriff. *Syn-* (vs. *Dia-*) beschreibt damit eine Ganzheit, die sich nicht nur auf den Klienten und dessen System bezieht, sondern auch den Einfluss durch den Therapeuten und die aktuellen Umstände umfasst und damit den Fokus auf ein anderes Ergebnis als „nur“ eine medizinische Diagnose im Arzt-Patienten-Kontakt lenkt.

Lebens-Ereignis und Lebens-Geschichte

Grundlage von Selbstbild, Selbstverständnis und Ich-Empfinden ist die eigene Lebens-Geschichte. Diese kann als Verdichtung einzelner Lebens-Ereignisse und Lebens-Zeiten zu einer Lebens-Erfahrung verstanden werden. Im Arzt- Patienten-Gespräch bietet diese Lebens-Geschichte nach Uexküll die Basisinformation (Uexküll & Wesiack, 1998, S. 396) für ein Verständnis des Patienten. Sie bildet zusammen mit der körperlichen Dimension dessen individuelle Wirklichkeit (Uexküll & Wesiack, 1998, S. 397)

Um die Situation des Patienten zu begreifen, nutzt Uexküll die Lebens-Geschichte, um in ihrer „Zeitgestalt (...) Schäden [zu] lokalisieren“ (Uexküll & Wesiack, 1998, S. 397). Über diese hinaus bringt er in Form des „diagnostisch-therapeutischen Zirkels“ (Uexküll & Wesiack, 1998, S. 414)) einen systemorientierten kybernetischen Ansatz ein, der sich v.a. in einer „Bedeutungserteilung“ für „die Krankheit“ (Uexküll & Wesiack, 1998, S. 415), widerspiegelt (Vergleiche Abbildung 1).

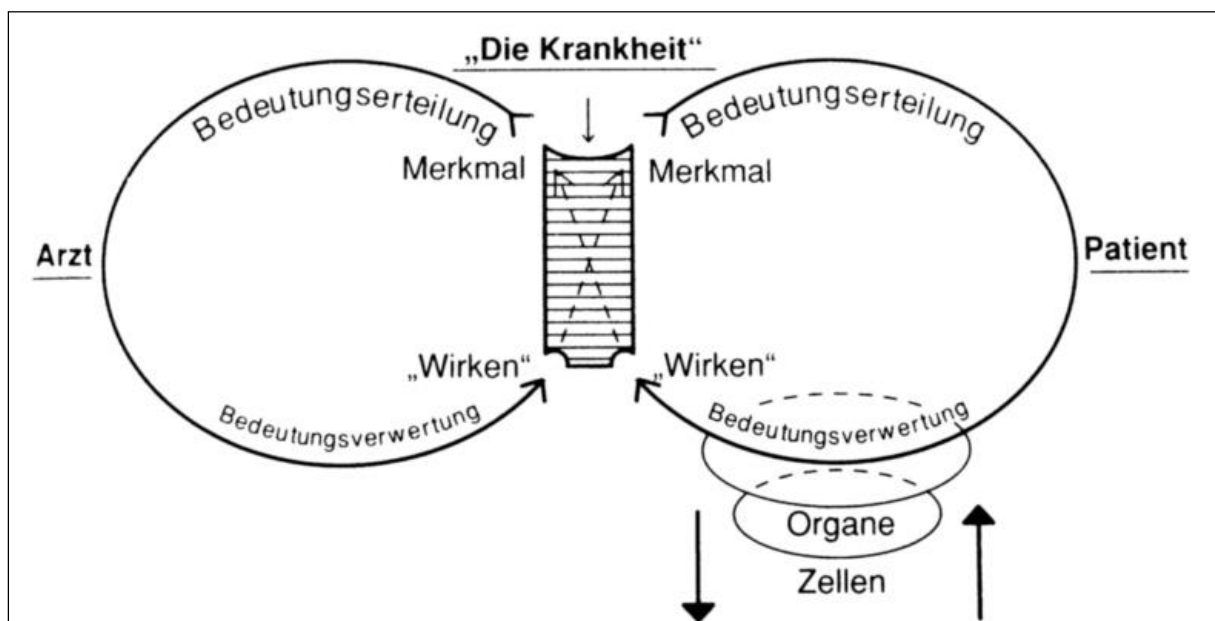


Abbildung. 1: Ausschnitt aus dem Schema der diagnostischen und therapeutischen Interaktionen (Uexküll & Wesiack, 1998, S. 415)

Der Interaktion zwischen Arzt und Patient spricht Uexküll eine Beeinflussung der Deutung in Bezug auf die Krankheit zu, wobei er die Bedeutungserteilung sowohl seitens des Arztes als auch seitens des Patienten einfließen lässt. Die Schnittmenge beschränkt sich in diesem Modell jedoch auf die Krankheit. Eine Beeinflussung der Bedeutungserteilung selbst (zwischen Arzt und Patient und umgekehrt) wirkt durch

diese hindurch in die Zyklen der Uexküllschen Bedeutungserteilung und Bedeutungsverwertung aus.

Der komplexen Bedeutungserteilung als Wirkung der Lebens-Geschichte selbst dient in diesem Modell die Krankheit als Schnittstelle.

Viele Verfahren der neuen, lösungsorientierten Schulen (de Shazer, 2009) fokussieren jedoch auf andere Aspekte als das Problem respektive die Krankheit. Ihnen geht es nicht um das Aufdecken von Schäden, sondern um die Betonung der funktionierenden Aspekte der Lebens-Geschichte. Hier wird die Lebens-Geschichte als etwas begriffen, das als Matrize der Lebens-Ereignisse bezeichnet werden kann. Das Problem im Jetzt („die Krankheit“) hat der Patient nach diesem Modell nicht zwangsläufig aufgrund bzw. in Folge der Lebens-Ereignisse selbst – die ja häufig weitgehend abgeschlossene Episoden darstellen – sondern aufgrund deren (überstarker) Repräsentation in dieser Matrize, welche sein Denken und Handeln bestimmt. Die Krankheit wird also nur indirekt als Folge des Lebens-Ereignisses, vielmehr als Folge der hiervon beeinflussten Lebens-Erfahrung gedeutet, welche sich nun immer wieder prägend auf neue Situationen auswirkt.³

³ Anmerkung: Hierbei ist es von zentraler Bedeutung, die Lebens-Geschichte bzw. Matrize als einen *nie abgeschlossenen dynamischen Prozess* zu begreifen, der im Jetzt mit allen aktuellen Einflüssen jeweils neu entsteht und damit in Interaktion mit der körperlichen Befindlichkeit die individuelle Wirklichkeit des Patienten in jedem Moment neu erschafft.

Anders als bei den theoretischen Überlegungen Uexkülls betonen die lösungsorientierten Ansätze:

- 1) eine andere Schnittstelle zwischen Arzt und Patient als „die Krankheit“. Im symbolischen Bild einer Waage findet die Begegnung statt auf der Soll-, nunmehr auf der Haben-Seite statt.
- 2) die Möglichkeit der Veränderung der Matrize und damit auch rückwirkender Effekte, indem neue Interpretationen eines Lebens-Ereignisses dieses selbst und die darauf folgenden im Erleben des Patienten nachträglich verändern können.

Die Wirkung der lösungsorientierten Intervention läge demnach in einer Veränderung der persönlichkeitsbestimmenden Matrize bzw. Lebens-Geschichte, indem auch rückwirkend die Ereignisse neu gedeutet und resultierende Prägungen neu gewichtet werden können. Das lösungsorientierte Arzt-Patienten-Gespräch stellt in dieser Interpretation also einen kreativen Prozess dar, in dem eine Neu-Erfindung der individuellen Wirklichkeit, des Selbst-Bildes des Patienten mittels der Interaktion mit dem Arzt möglich wird.

„Ich suche nicht, ich finde...“ ist ein Picasso zugeschriebenes Zitat und bietet hier einen Aspekt, der als Leitgedanke einer solchen veränderten Beziehung dienen kann.

Die Subjektivität der Lebensgeschichte

Aus der Lebens-Geschichte entsteht die individuelle Wirklichkeit, welche Uexküll wie den physischen Körper als Organ oder Kompartiment eines größeren Organismus beschreibt (Uexküll & Wesiack, 1998, S. 333ff., 398). In seinem Modell kann diese individuelle Wirklichkeit als Folge von Ereignissen in der Lebenszeit entsprechend auch organhaft erkranken: Dies unterstreicht die Kausalität von Erlebtem als Teil der Lebens-Geschichte für eine aktuelle Pathologie, worauf Uexküll sein psychosomatisches Krankheitsverständnis begründet. Gleichzeitig spricht er der Lebens-Geschichte einen Einfluss auf das individuell subjektive Erleben zu, was im Modell des diagnostisch-therapeutischen Zirkels (Uexküll & Wesiack, 1998, S. 414ff.) deutlich in Form der „Bedeutungserteilungen“ von Arzt und Patient in getrennten Zyklen dargestellt ist, die sich in der Schnittstelle „die Krankheit“ treffen und über diese interagieren.

Daniel Kahneman belegt in seinem Buch „Schnelles Denken, langsames Denken“ (Kahneman, 2011) anhand einer Vielzahl von Ergebnissen der Gedächtnisforschung für unsere Erinnerung einen hohen Grad an Subjektivität, welcher auch durch die Situation beeinflusst wird, in der man sich während des Erinnerungsprozesses befindet.

Diese Beeinflussbarkeit kann auch auf den diagnostisch-therapeutische Zirkel bezogen werden, mit dem Ziel, die Bedingungen von Geschichten und individueller Realität lebensnah zu beleuchten. Der Prozess autarker Bedeutungserteilung wird seitens einer einzelnen Person (entsprechend der rechten Seite des Schemas in Abb. 1) diskutiert.

In Max Frischs Roman „Mein Name sei Gantenbein“ erfindet der Protagonist immer neue Geschichten und probiert diese an wie neue Kleider (Frisch, 1975, S. 22). Nach dem Modell des diagnostisch-therapeutischen Zirkels nimmt er damit gewissermaßen selbst Einfluss auf die Bedeutungserteilung und das entsprechend konsequente Wirken. Die Romanfigur ist also hoch reflektiert und sich des kreativen Vorgangs dieses Erfindens ihrer selbst in diesen bzw. mit Hilfe dieser Geschichten bewusst. Dieser Grad an Reflexion beinhaltet auch die daraus resultierende Möglichkeit eines selbstständigen Perspektivwechsels.

Eine Einsicht kann sich also verändernd auf die (Lebens-)Geschichte und damit auf die individuelle Realität auswirken. Es ist die Erkenntnis des „So-nicht-weitermachen-Wollens“, das den Ausstieg aus einem rollenartigen Verhältnis zu sich selbst bewirkt. Hierfür notwendig ist zum einen die angesprochene Selbstreflexion. Andererseits aber die (Er-)Findung eines alternativen Selbst in Form einer zu verändernden Lebens-Geschichte, die eine neue, passendere individuelle Realität abbilden kann. Therapeutischen Wert erreicht diese Veränderung insbesondere dann, wenn die neue Lebens-Geschichte, wie Albert Ellis (Ellis, 2007) es ausdrückt, auf „rationalen Gedanken“ basiert, welche darauf ausgerichtet sind, „das Glück des Individuums zu vergrößern und den Schmerz zu verringern“ (Schmitt, 2001, S. 28). Dieser Veränderungsprozess kann idealerweise durch ein Gegenüber gelenkt und begleitet werden, wie es diese Arbeit in Form des Narrativen Mentorings für eine gelungene Kooperation von Arzt und Patient vorschlägt.

Ein Gegenüber erlaubt eine Veränderung, weil eine Geschichte vor allem dann eine tragfähige Grundlage (inter-)individueller Realität ist, wenn sie Bezugspunkte aufweist, die auch aus der Perspektive Dritter mit wiederum deren Realität übereinstimmen. Die konsequenten Fragen hinsichtlich therapeutischer Intervention lauten nun: Inwieweit lassen sich Geschichten verändern, ohne die einhergehende Vereinbarung der intersubjektiven Realität zu verlassen? Wie wirkt sich ein Gegenüber, in unserem Fall also die Person des Arztes bzw. im Gruppenprozess der Trainer, auf eine Geschichte aus und inwieweit ist dieser bzw. sind diese an deren Gestaltung beteiligt?

Das ärztliche Gespräch als mæeutischer Prozess

Die erwähnte Lebens-Geschichte in der Anamnese entsteht bei der Konsultation des Patienten in der Praxis des Arztes, im Raum zwischen den Beteiligten und durch das Gegenüber. Es kann eine Geschichte in dieser einmaligen Form nur durch diese Interaktion geben, gewissermaßen also nur durch den Einfluss von außen. Die vorgebrachte Geschichte abstrahiert damit die vom Patienten subjektiv empfundene Auswirkung des Lebens-Ereignisses, indem für und mit Hilfe dieses „Außen“ eine Geschichte fokussiert wird: Sie wird *für den Arzt* und *in der Praxissituation* erzählt, und allein deshalb fällt sie anders aus, als wenn der Patient z.B. zu einem nahen Freund gesprochen hätte. „Man kann sich selbst nicht sehen, das ist's, Geschichten gibt es nur von außen“ (Frisch, 1975).

Ebenso entscheidend wie unvermeidlich wirkt der Umstand, unter dem die Person, gegenüber der die Geschichte wiedergegeben wird.⁴ Im diagnostisch-therapeutischen Zirkel (siehe Abb. 1) kondensiert sich die Interaktion im Umfeld dessen, „was ist“, im als „die Krankheit“ bezeichneten Raum. Das Gegenüber beeinflusst die Situation und die Lebens-Geschichte des Kranken unweigerlich und verändert auch sich selbst dabei, wie C.G. Jung folgendermaßen beschreibt: „Es ist mit keinem Kunstgriff zu vermeiden, dass die Behandlung das Produkt einer gegenseitigen Beeinflussung ist, an welcher das ganze Wesen des Patienten sowohl wie das des Arztes teilhat...“ (Jung, 1995, S. 116).

Diese Beeinflussung wird in dem Moment im therapeutischen Sinne nutzbar, wenn sich der Arzt als Mitgestalter der Interpretation wahrnimmt und situativ dem Patienten hilft, den Kontext seiner Geschichte zu remodellieren, indem er aktiv sein Wissen und seine Erfahrung als Mensch in die Interaktion einbringen und dadurch Veränderungsprozesse anstoßen kann. Diese narrative Umordnung der Geschichte (in Begleitung des Arztes im Sinne eines Mentors) kann dann gezielt wahrgenommen werden, wenn zum Ziel der Konsultationen die Syngnose, die gemeinsame Bedeutungserteilung, gesetzt wird.

Eine Passung (Uexküll & Wesiack, 1998, S. 231) entsteht durch ein „Für-“ und „Mit-Einander“, d.h. einen Bezugspunkt im Außen. Nur gemeinsam mit dem Anderen kann ein intersubjektiver Konsens erreicht und eine belastbare intrasubjektive Wirklichkeit

⁴ Vgl. die Feststellung in Kap. 2.2, dass ein Beobachter „niemals neutral sein kann“.

entstehen. Erst diese Interaktion, die eines Gegenübers bedarf, scheint der entscheidende Prozess zu sein, die Geschichte in eine individuelle Realität zu überführen.

Die Selbstauffassung des Gegenübers bietet die große Chance, durch gegenseitiges Verständnis die Compliance und den Therapieerfolg maßgeblich zu verbessern. Ein solches syngnostisches Vorgehen stärkt die Arzt-Patientenbindung und in manchen Fällen ist mit dieser Einstellung auch Heilung im Sinne der Annahme und Integration einer Situation durch den Patienten möglich. Die Bedeutung der Rolle des Arztes im Dialog mit dem Patienten, als äußerem Bezugspunkt für dessen Geschichte, als Person, mit der Austausch und Konsens möglich ist, bringt vielleicht Balint am besten auf den Punkt: „Das wichtigste Heilmittel ist der Arzt selbst“ (Rüegg, 2011, S. 165).

Hirnforschung, Lernen und ein Modell der Individuation

Unsere Lebens-Geschichte macht uns zu der Person, die wir sind. Wir sind die Summe aus unserem Körper und der sich auch rückwirkend immer wieder verändernden Erinnerungen, welche unsere individuelle Realität bilden. Diese ist dabei immer eine Momentaufnahme unseres „kreativen Schatzlagers“ an „inneren Bildern“, (Hüther, 2009, S. 111). Bezogen auf die Dynamik dieses Prozesses, die Verknüpfung und Veränderung der Sichtweise und damit der subjektiv wahrgenommenen Lebens-Geschichte selbst, stellt Hüther fest, „...dass es sich bei dieser Fähigkeit zur Öffnung und Erweiterung handlungsleitender innerer Bilder um eine Fähigkeit handelt, die sich zwangsläufig aus der Beschaffenheit der für die Erzeugung, Speicherung und Weitergabe innerer Muster genutzten ‚Matrix‘ ergibt.“ (Hüther, 2009, S. 108).

Unsere individuelle Realität ist also unmittelbare Folge eines fortwährenden Lernprozesses, in dem die fortlaufenden äußeren Eingaben durch unsere Sinne (gleichzusetzen mit Erfahrung) auf Basis der Summe aller bis zu diesem Moment gemachten Erfahrungen – deren jede einzelne wiederum durch die davor bzw. danach gemachten Erfahrungen mit modelliert wurde – bewertet und in das Selbstbild bzw. die individuelle Lebens-Geschichte integriert wird. Das anatomische Korrelat, in dem diese Veränderung abläuft, ist der Organismus und insbesondere das zentrale Nervensystem. Bei relativ beständiger Anzahl an Neuronen⁵ unterliegt das System fortlaufend Veränderungen der synaptischen Verbindungen der Neuronen. Die Anzahl an Synapsen je Neuron wird auf etwa 10.000 geschätzt (Spitzer, 2010) die Kombinationsmöglichkeiten sind dabei entsprechend astronomisch groß.

Aufgrund dieser Gegebenheiten ist es wahrscheinlich, dass der Wissenszuwachs (statt in einer exponentiell wachsenden geschichteten Detailsammlung) in Form einer *Neumodellierung* der bestehenden Verbindungen, d.h. in einer durch das vorhandene Netzwerk mitbestimmten Art und Weise abgebildet wird. Manfred Spitzer formuliert es folgendermaßen: Im „... Hirn ist (...) Lebenserfahrung in Struktur umgesetzt“ (Spitzer, 2010).

Dieser Prozess lässt sich z.B. mit einem Ölgemälde vergleichen, das auf derselben Leinwand mit der immer noch mehr oder weniger feuchten Farbe durch neue

⁵ Allein im Neocortex des Menschen wird diese auf ca. 30 Milliarden geschätzt (Hawkins, 2006), im gesamten menschlichen Hirn auf etwa 100 Milliarden (Spitzer, 2010)

Farbaufbringung umgestaltet wird: Das bisherige Bild wird durch die Verschmelzung mit der neuen Eingabe zu etwas Neuem. Diese strukturelle Veränderung hat gestalterische Konsequenzen für das Gesamtbild. Es handelt sich dementsprechend im Gehirn also nicht um ein Hinzufügen von Information, die beliebig wieder herausgenommen werden könnte, sondern um einen durch seine Komplexität höchstwahrscheinlich irreversiblen Prozess: Wie im Modell des Ölgemäldes kann das Vermischen mit einer neuen Substanz nicht rückgängig gemacht werden; die Bild-Gestalt ist nachhaltig modifiziert.

In Abb. 2 wird dies durch den Vergleich der Lebens-Geschichte mit einer Matrize veranschaulicht:

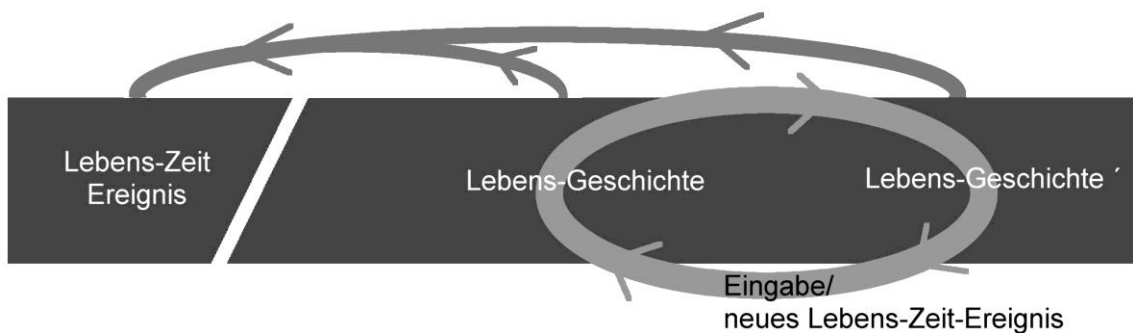


Abb. 2:(eigene Darstellung): Beeinflussung durch spätere Eingaben auf die Wahrnehmung abgeschlossener Lebens-Zeit-Ereignisse, Zeitverlauf von links nach rechts (Wahrnehmung ohne neue Eingabe Lebens-Geschichte/nach Eingabe Lebens-Geschichte)

Cogito ergo sum: Lernen, ein Ich zu sein

Descartes philosophischer Selbstbeweis „Ich denke, also bin ich“ kann unter dem Aspekt aktueller neurobiologischer Modelle des Lernens bezogen auf die Lebensgeschichte und die damit verbundene individuelle Realität (Uexküll & Wesiack, 1998) mit neuer Bedeutung belegt werden. Wird der Begriff Denken nicht mehr als abstrakter Vorgang, sondern als neurophysiologischer Akt verstanden, bildet dieser lebenslange Prozess das Korrelat zu dem, wie wir uns und unsere Umwelt begreifen und damit letztlich in der Realität verorten. Unser Denken (unser beständig in Umstrukturierung befindliches neuronales Netzwerk) ist nicht nur im Descarteschen Sinne der Beweis dafür, dass es uns gibt, sondern zugleich materielle Form unseres Bewusstseins und Ort unserer Realität. Doch welche Voraussetzungen braucht ein Individuum, um sich in dieser Form begreifen zu können?

In der Entwicklung des Ich-Begriffs anhand der „...Empfindung von Selbst und Anderem...“ (Stern, 2007, S. 46) durchläuft ein Individuum nach Beobachtungen Sterns mehrere Phasen. Nach der Phase der „auftauchenden Bezogenheit“ und der „Kern- Bezogenheit“, (Stern, 2007, S. 56) folgt zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat des Menschen die Phase der „Intersubjektiven Bezogenheit“ (Stern, 2007, S. 179ff.), die gewissermaßen eine Zwischenebene zu den unmittelbaren Empfindungen schafft: „Eine neue organisierende subjektive Perspektive auf das Selbst taucht auf“ (Stern, 2007, S. 180). Diese wird im zweiten Lebensjahr um die Sprache als „neues Medium des Austausches“ (Stern, 2007, S. 231) erweitert. Sprache ermöglicht von nun an, „...dass zwei Personen gemeinsam Deutungen hervorbringen können, die ihnen zuvor unbekannt waren und die, bevor sie in Worte gefasst wurden, überhaupt nicht hätten existieren können.“ (Stern, 2007, S. 231).

Diese Fähigkeiten bilden die individuelle Grundlage dafür, eine Lebensgeschichte erschaffen zu können. „Ich denke, also bin ich“ kann in diesem Sinne auf unsere Lebensgeschichte und damit unsere individuelle Realität zutreffen, die wir uns (wie in Kapitel 2 erörtert) „er-denken“. Für die intersubjektive Realität könnte es erweitert nun „Wir denken und tauschen uns aus, deshalb sind wir“ heißen. In anderen Worten sind es diese Fähigkeiten, deren Voraussetzungen entwicklungspsychologisch betrachtet also schon ab dem zweiten Lebensjahr vorliegen, die es dem Individuum ermöglichen, sich als Selbst in seiner Umwelt zunehmend *narrativ* zu verorten.

Dies einzelnen Stufen der Individualentwicklung können mit dem Konzept eines neuronalen Abbildes verglichen werden: Anfangs (in der fötalen Phase) herrscht eine Art neuronales Urbild – in der Analogie des Ölbildes werden wir also nicht mit einer weißen Leinwand geboren. Nach Hüther (2009) existiert vielmehr schon in dieser Phase eine außerordentlich große Zahl an neuronalen Verknüpfungen. Die Gesetze der Entstehung derselben sind noch nicht näher erforscht, sie dürften aber im Wesentlichen einem genetischen Programm in Interaktion mit der mütterlichen Umwelt entspringen.

Nachgeburtlich, in der Erfahrung der Trennung vom mütterlichen Organismus, verändert sich die neuronale Verknüpfungsstruktur vor allem durch die von Stern als „Kern-Bezogenheit“ bezeichnete Feedback-Situation, in der vor allem mittelbare Einflüsse auf das zentrale Nervensystem (ZNS) wirken. Der Informationsfluss verläuft insbesondere von der Peripherie zum ZNS – was sich als Phase des „Ausgesetzt-Seins“ umschreiben lässt, in der das ZNS der Säuglings vorwiegend sensorisch aufnimmt (Stern, 2007).

Aus dieser Phase geht gegen den 7. Lebensmonat die Phase der *intersubjektiven Bezogenheit* hervor, die nunmehr den mittelbaren Einfluss auf die Umwelt und das resultierende Feedback umfasst – umschrieben erlebt das Kleinkind seine Umwelt als im mittelbaren Sinn beeinflussbar (*actio – reactio*). Hier sind seitens der neuronalen Struktur Prozesse zu vermuten, in denen durch wiederholte Situationen eine Einordnung erfolgt, die Rückschlüsse im Sinne eines „Wenn – dann“ zulassen.

Schließlich erweitert im ca. 2. Lebensjahr die Sprache als intersubjektiver Zeichensatz diese Einflussnahme um unmittelbare, abstrakte Möglichkeiten, also um Deutungen. Für die Fähigkeit des ZNS, Einfluss auf die Umwelt und darüber auch auf sich selbst zu begreifen, gilt also (zunächst mittelbar): „Ich wirke auf meine Umwelt direkt ein und ich erhalte Feedback“, und später (unmittelbar, d.h. abstrakt): „Ich deute einen Umstand und ziehe daraus eine Konsequenz für mein Handeln“.

Diese Fähigkeit, eine Situation zu interpretieren und weiterzudenken ist die Basis dafür, sich selbst nicht nur als Teil des Vorgangs, sondern als dessen Mitgestalter zu erkennen. Die Abstraktion mittels Sprache macht deutlich, dass nun bewusste, planbare, *absichtsvolle* Handlung möglich ist:

Im 3. bis 4. Lebensjahr wird dem Kind bewusst, dass es auch Erlebnisse für sich behalten kann, was die Grundlage der Fähigkeit, lügen zu können darstellt. Nietzsche (Nietzsche, 1968, S. 357) sagt über das Lügen: „Wer nicht lügen kann, weiß nicht, was Wahrheit ist.“ Betrachtet man den betreffenden Entwicklungsschritt unter diesem Aspekt im Hinblick auf die Lebens-Geschichte, so stellt die Bewusstwerdung, dass es Lügen gibt, ein wichtiges Abgrenzungskriterium zwischen den Möglichkeiten dar, eine Handlung entweder zu planen und auszuführen oder sie zu unterlassen.

Eine Lüge ist schließlich nichts anderes als das Konstrukt *eines möglichen Vorgangs* aus der Vergangenheit, der nachträglich geplant und verbal als stattgefunden deklariert wird. Sie ist eine mögliche Geschichte, eine rückgreifende Uminterpretation von Geschehenem, die sich vom wirklich Geschehenen nur darin unterscheidet, dass sich das Individuum des Mangels an subjektiver (und intersubjektiver) Kohärenz zur Erinnerung bewusst ist. Diese Erkenntnis stellt ein sehr wichtiges Instrument für die individuelle Verortung im Jetzt und für die intersubjektive Verortung (als Konsens über das, was ist) dar. Die Summe dieser Fähigkeiten wird als *Theory of Mind* bezeichnet.

Im Laufe des Lebens verändert sich der Prozess der Mit-Erschaffung individueller Realität hin zu stärkerer Abstraktion. Es ist davon auszugehen, dass eine verstärkte Fähigkeit zur Introspektion im Verlauf der Pubertät und Adoleszenz zu einem Ich-Verständnis führt, das sich bei der Sozialisierung des Individuums durch Zustimmung zu bzw. Ablehnung von einzelnen Aspekten zusammenfügt. Hierbei wird dieses Ich-Verständnis mit zunehmender innerer Kohärenz weniger leicht durch neue Eingaben wandelbar.

Das folgende Kapitel diskutiert den Prozess der Informationseinordnung bei einem Individuum, das diesen Entwicklungsprozess weitgehend abgeschlossen hat und sich als Erwachsener in der Welt bewegt.

Man kann nicht ‚nicht-lernen‘

Im Alltag verstehen wir Lernen häufig einseitig als intentionalen Prozess. Wie einleitend dargestellt wurde, ist neurophysiologisch gesehen *jeder* einen Schwellenwert überschreitender Reiz auf unser neuronales Netz wirksam und prägt sich damit ein. Dieser Vorgang findet dabei zumeist nicht bewusst statt. Gewissermaßen ist auch Vergessen ein Lernvorgang, bei dem lange nicht benötigte Inhalte in den Hintergrund treten und durch neue überformt werden. Betrachtet man die Funktionsweise neuronaler Strukturbildung, geht dieses Überschreiben sowohl mit der Ausbildung neuer Synapsen als auch mit dem Lösen synaptischer Verbindungen einher (Spitzer, 2010).

Lernen beschreibt in diesem Kapitel den Prozess physiologischer Veränderungen in den neuronalen Vernetzungen eines (gesunden) Individuums zum Beispiel durch neue Umweltsituationen. Das neuronale Netzwerk ändert sich dabei fortlaufend.

Zusammengefasst lässt sich ableiten, dass *jedes* Ereignis eine Spur im neuronalen Netzwerk des Individuums hinterlässt. Entscheidend für die Ausprägung dieser Spur ist einerseits die Häufigkeit des dargebotenen Reizes, und andererseits, inwieweit bereits Muster diesen Reiz betreffend im neuronalen Netzwerk vorhanden sind. Ersteres wirkt sich auf dessen Bewertung durch das Individuum, Letzteres auf die Geschwindigkeit aus, mit welcher Veränderung bzw. (Um-)Lernen erfolgen kann.

„Ob eine Handlung lediglich als inneres Bild in der Vorstellung gedanklich vollzogen oder aber tatsächlich ausgeführt wird, lässt sich auch mit Hilfe der bildgebenden Verfahren nicht eindeutig klären.“ (Hüther, 2009, S. 86). Dies lässt zwei Schlüsse zu: Entweder sind diese Verfahren – noch – unzureichend oder es gibt auf der hirnebene tatsächlich keinen Unterschied. Was aber würde dann, in letzteren Fall, die berühmte Unterscheidung „Wache ich, oder träume ich“ ermöglichen? Die Antwort ist vielleicht schon gegeben worden: Wie schon in der Darstellung der kognitiven Entwicklung des Individuums betont wurde, begreift ein Kind im Alter von etwa 3 bis 4 Jahren, dass es Unterschiede zwischen der Wirklichkeit (als intersubjektiver Vereinbarung) und der Vorstellung eines alternativen Ablaufs der Geschehnisse gibt.

Die Fähigkeit, eine Handlung zu planen, indem eine Situation antizipiert wird und Mutmaßungen angestellt werden, ist prinzipiell auch auf vergangene Situationen

übertragbar. Der Unterschied zu einem solchen „Was wäre, wenn“ in der Vergangenheit zu einer auf die Zukunft gerichteten Handlungsplanung liegt lediglich darin, dass die nachträgliche Passung durch verschiedene Faktoren gestört wird: So kann eine Geschichte konstruiert worden sein, die bei Abgleich mit Bewertungen Anderer (im Falle des Kindes zum Beispiel der Eltern als Bezugspersonen) nicht mit dem wahrscheinlichen Ausgang der Situation übereinstimmt.

Das Kind lernt also, dass ein „Was wäre, wenn“-Szenario für die Vergangenheit zwar aufgebaut werden, aber zu subjektiven und intersubjektiven Differenzen führen kann. Gleichzeitig wird dem Kind in dieser Phase in der Regel von der Elternseite aus das Konzept von Realität und Wahrheit nahe gebracht. (Man kann sich also vorstellen, dass diese Fähigkeit zur nachträglichen Konstruktion und Interpretation durch den moralischen Zeigefinger der Eltern beeinflusst wird.) Dies hat diverse Konsequenzen, unter anderem:

- wird diese Fähigkeit aufgrund der elterlichen Intervention nun heimlich kultiviert und ist fortan beim Kind mit einem schlechten Gewissen behaftet. Gleichzeitig wird das Konzept von Realität und Wahrheit gebilligt, was entweder durch die Unterdrückung einer Re-Interpretation oder aber mittels Konfliktvermeidung – indem auf den intersubjektiven Abgleich verzichtet wird – geschieht. Die Uminterpretation wird somit also nicht verbal (mit den Eltern) kommuniziert: Das Kind hat gelernt, dem Konflikt aus dem Weg zu gehen und in seiner eigenen Welt (= der eigenen Geschichte!) zu leben.
- beeinflusst dies den Spielraum für die Intervention im *Narrativen Mentoring* beim Arzt-Patienten-Gespräch (vgl. Kapitel 2) insofern, als die dem Patienten zur Lösung angebotene Uminterpretierbarkeit der individuellen Wirklichkeit mit dem oben genannten Konzept von Realität und Wahrheit in Konflikt gerät. Die Folge sind moralischer Widerspruch und Furcht vor Selbstbetrug:

In der Praxis ergeben sich daraus oft folgende bzw. ähnliche Dialoge:

Patient: „Das klingt natürlich gut, aber dann betrüge ich mich doch selbst!“

Mentor: „Ich bin mir nicht sicher, ob wir das nicht fortlaufend tun. Und wenn ich mir dann aussuchen möchte, ob ich mich zum eigenen Vorteil oder zum Nachteil betrüge – wäre es da nicht schlau, den Vorteil zu wählen?“

Wirkfaktoren und Auswirkungen für Trainings

In einer großen Metaanalyse verschiedener psychotherapeutischer Verfahren hatten Asay und Lambert folgende Faktoren zur Wirkabschätzung psychotherapeutischer Verfahren als ausschlaggebend identifiziert (Asay & Lambert, 2001).

In der Reihenfolge ihrer Gewichtung nach Wirkrelevanz sind diese:

- (a) extratherapeutische Veränderung (40%),
- (b) therapeutische Beziehung (30%),
- (c) Erwartungs-(Placebo-)Effekte (15%) sowie
- (d) therapeutische Methoden (15%).

Die Hauptwirkung stellt die (a) extratherapeutische Veränderung (40%) dar, d.h. die tatsächliche Verhaltensänderung im Alltag. Dieser Umstand unterstreicht die in Kapitel 3 aufgezeigten Mechanismen der neuronalen Veränderung.

Eine besondere Relevanz hat diese Gewichtung auch für die zeitliche Dimension einer Intervention. Gelingt es ein Setting zu entwerfen, das die sich selbst verstärkenden extratherapeutischen Effekte mit einbezieht, so verstärkt sich die Wirkung. Hier findet sich eine direkte Auswirkung des dynamischen Charakters unserer Lebensgeschichte als selbstbeeinflussende Matrize. Konkret geht es um ein Umdenken durch wiederholte Lernerfahrung.

Basierend auf dieser Erkenntnis wurden zwei Trainingsformate⁶ mit 2,5 Tagen (Trainings in Deutschland) oder 4,5 Tagen (Trainings im Ausland) entworfen. Diese legen neben der Wissensvermittlung und praktischer Dialogarbeit sowie Übungen in Kleingruppen v.a. auch auf die übrige Zeit, wie Pausen, Mahlzeiten und Abende wert. Diese quasi extratherapeutische Phasen werden durch entsprechende Angebote zur Selbstreflexion und aktive Ermunterung für Erfahrung von Achtsamkeit in den Verlauf mit einbezogen. Die dadurch erreichte Intensität wird regelmäßig seitens der Teilnehmer in der Evaluation hervorgehoben.

⁶ Als Angebot zum Austausch und Narrativen Dialog finden seit 2011 diesbezügliche Trainings statt. Diese vom Autor und seinem internistischen Kollegen Heiner Creutzburg in Doppelbesetzung durchgeführte Gruppenarbeit bietet neben der Einführung und Diskussion der in dieser Arbeit genannten Zusammenhänge die Möglichkeit zu Narrativen Dialogen mit den Trainern, intensiver Austausch zwischen den Teilnehmern sowie Übungen zur Entspannung und Aktivierung. Internet: www.balanceacademie.de

Ressourcen des Narrativen Mentoring

Narratives Mentoring ist eine gewachsene Methode, die sich aus der Beschäftigung des Autors mit verschiedenen therapeutischen, philosophischen und neurophysiologischen Erkenntnissen und Modellen, sowie der praktischen Gesprächserfahrung durch die hausärztliche Praxisarbeit entwickelt hat. Einige Schlüsselinformationen konnten in dieser Arbeit vorgestellt werden. Verschiedene andere Einflüsse, wie pädagogische Modelle und der in den letzten Jahren stark gewordene Trend des Coachings mit seinen diversen Schulen, werden an manchen Stellen nur angedeutet. Narratives Mentoring ist damit immer höchst individuell, eine Haltung, die wie ihre Grundlage, die Lebens-Geschichte selbst, der einmaligen Biographie des Anwenders entspricht und sich in permanenter Wandlung befindet. Es ist damit mehr als die Summe seiner Teile, die jedoch als Konzepte und oft eigenständige Techniken wichtige Ressourcen⁷ des Narrativen Mentorings sind.

Der Arzt als Mentor

Was ist ein Mentor respektive ein Mentee? Ein Mentor *fördert* einen Mentee durch sein *Wissen und Können*.⁸ Der Mentor ist in ersten Linie auch Mit-Mensch, er kann gar nicht anders. Wenn er aus seiner Erfahrung als solcher seine eigene Geschichte unter dem Einfluss seiner Ausbildung und Tätigkeit, im Umgang mit Menschen und nicht zuletzt mit sich selbst immer wieder neu überformt, so wird die humanistische

⁷ Unter anderem

- Achtsamkeit (Huppertz, 2009; Kabat-Zinn, 2006)
- Adherence (WHO-Definition)
- Angebot (i.R. der Gestalt-Therapie von (Pearls, 1976)
- Contextuelles Coaching (Maria und Stephan Craemer)
- Hypnosystemik (Schmidt, 2005)
- Ermutigung (Frick, 2010)
- Gewaltfreie Kommunikation (Rosenberg, 2001)
- Innere Bilder (Hüther, 2009)
- Kommunikation und Systemik (u.a. (Watzlawick, 2009; Schmidt, V2005)
- Logotherapie (Frankl, 1977)
- Neurophysiologische Übersichten (Rüegg, 2011; Hüther, 2009; Spitzer, 2010; Jäncke, 2010)
- Positive Psychologie (Seligman, 2005; Reddemann, V2009)
- Psychosomatik (Uexküll & Wesiack, 1998)
- Sokratisches Gespräch (Stavemann, 2007)
- Ratio Emotive Therapie (Schmitt, 2001)
- Reframing (de Shazer, 2009)
- Transzendenz und Wissenschaft (Dürr, 2001).

⁸ Definition der Charité Berlin im Rahmen des Student Mentoring Programms. URL: <http://studentmentoring.charite.de/metas/glossar/>. (Abfrage: 27.03.2011).

Grundhaltung zu seiner individuellen Realität – seiner Lebens-Geschichte. Dieser Persönlichkeitsaspekt kann damit in der intersubjektiven Situation der Arzt-Patienten-Beziehung zum einen Katalysator und zum anderen Mit-Konstrukteur der Lebens-Geschichte und damit die Realität des Patienten werden.

Viele der heute als komplementäre Verfahren bezeichneten Konzepte verstanden schon vor dem Erklärungsmodell der Psychosomatik eine Erkrankung als Signal für eine ungenügende Kompensation und damit als Aufforderung des Erkrankten an sich selbst, eine Wende herbeizuführen. Der Patient kommt also in einer Krise zum Arzt und erhofft sich hier Rat und Beistand.

Die eigene und die Achtsamkeit des Patienten auf jene individuellen Prozesse zu lenken und mit seiner Person als Summe seiner Erfahrung begleitend beizustehen, qualifiziert den Arzt zu einem Mentor. Diese Form des ärztlichen Beistandes als narrativer Mentor bietet die Möglichkeit der Weiterentwicklung in menschlicher Begegnung sowohl für den Patienten als auch für den Arzt selbst. Die hierfür grundlegende Verbindung von Achtsamkeit, Offenheit und Veränderungs-Bereitschaft als Haltung und Angebot (und damit ohne einen autoritären Druck) findet sich bei Fritz Pearls in den folgenden Zeilen:

„I do my thing, I am I,
you do your thing, you are you.
I am not in this world to live up to your expectations,
neither are you to live up to mine.
I am I and you are you
and if by chance we find each other, it's beautiful,
if not, it can't be helped.“ (Perls 1976) (Pearls, 1976)⁹

⁹ „Ich bin ich, und Du bist Du.
Du bist nicht auf dieser Welt, um meine Erwartungen zu erfüllen.
Und ich bin nicht auf dieser Welt, um Deine Erwartungen zu erfüllen.
Wenn wir uns dennoch begegnen, ist es wunderschön.
Wenn nicht, ist es einfach so.“ (Eigene Übersetzung).

Diskussion

Wie in Kapitel 3 dargestellt, ist Narratives Mentoring nicht als Gesprächstechnik, sondern als eine mögliche Haltung in der Konsultationssituation zu verstehen, die dem Patienten hilft, seine „Fähigkeit zur Öffnung und Erweiterung handlungsleitender innerer Bilder...“. (Hüther, 2009, S. 108) zu kultivieren. Ziel des Narrativen Mentorings ist das Verstehen und das Verständnis für die eigene und die fremde Geschichte.

Diese individuelle Geschichte ist der Schlüssel für die Interpretation und das Erleben, die, wenn Sie sinnhaft ist, von einem Sense of Coherence, einen Sinn für Kohärenz, einhergeht (Antonovsky, 1997).

Narratives Mentoring erhebt nicht den Anspruch, ein eigenständiger psychotherapeutischer Ansatz sein zu wollen. Beeinflusst von verschiedenen psychotherapeutischen Strömungen wie der RET nach Albert Ellis (2007) oder der Logotherapie von Viktor Frankl (1977) (um nur einige zu nennen) sowie den in der „Theorie der Humanmedizin“ umrissenen Konzepten Uexkülls (1998), ist das Konzept sowohl auf psychotherapeutischen wie aktuellen neurobiologischen Erkenntnissen begründet und ist weit mehr eine Haltung. Narratives Mentoring kann als Konzept einer qualitativ erweiterten Beziehung gesehen werden: eine Einladung zur Öffnung des Blickwinkels hin zur syngnostischen Perspektive, welche es dem naturwissenschaftlich ausgebildeten Arzt erlaubt, die humanistischen Aspekte seines Berufes wieder neu zu integrieren.

Resümee

Wie in dieser Arbeit dargelegt wurde, ist der Arzt in der Beziehung zum Patienten ausnahmslos immer auch (Mit-)Mensch. Daraus folgt, dass er immer einen Einfluss auf den Patienten nimmt und natürlich umgekehrt Einfluss vom Patienten auf ihn selbst genommen wird. Das Konzept der Lebens-Geschichte lässt sich auch auf den Teilaspekt der Berufs-Geschichte des Arztes übertragen: Wie hieraus abgeleitet werden kann, ist nicht die Frage, ob überhaupt – sondern inwieweit und in welcher Form sich diese Beeinflussung auf den Arzt auswirkt.

Der Arzt hat vor diesem Hintergrund die Wahl – und damit auch die Verantwortung – sich für eine Haltung innerhalb der Beziehung zu entscheiden. Sofern er sich der Situation stellt, indem er sich hierüber bewusst wird, indem er die damit verbunden

Ängste überwindet und schließlich Achtsamkeit und Offenheit aktiv kultiviert, eröffnet sich ihm die Möglichkeit, die auseinander zu driften drohenden Bereiche humanistischen Denkens, tradierter Methoden und naturwissenschaftlicher Medizin zu integrieren.

Die Wege einer solchen Integration ergeben sich immer aus der individuellen Geschichte und dem Austausch. Letztlich ist jeder Mentor auch Mentee und nimmt diese Haltung im Sinne des Narrativen Mentorings immer wieder ein.

Gerade vor dem Hintergrund sich wandelnder Paradigmen in der Ursache-Wirkung Diskussion bei stressbedingten Erkrankungen¹⁰ bietet dieses Training die Möglichkeit zu Reflektion und Ausrichtung der eigenen Tätigkeit auf die Bedürfnisse einer sich wandelnden Gesellschaft.

¹⁰ (McGonigal, Kelly , TED Talks 04.09.2013 How to make Stress your friend www.youtube.com/watch?v=RcGyVTAoXEU2013) Zugriff am 07.10.2014

Anhang

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (A. Franke, Hrsg., & N. Schulte, Übers.) DGVT Deutsche Gesellschaft f. Verhaltenstherapie.
- Asay, T., & Lambert, M. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Wirkfaktoren: Quantitative Ergebnisse. In M. A. Hubble, B. I. Duncan, & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Verlag modernes Lernen.
- Bohne, M. (V2010). Sprache, positive Imagination und Klopfen. *Jahrestagung der Milton Erickson Gesellschaft: "Hypnose und Körper" 2010*. Müllheim-Baden: Auditorium-Netzwerk Verlag für audiovisuelle Medien 2010.
- Csikszentmihalyi, M. (2008). *FLOW: Das Geheimnis des Glücks*. Stuttgart:: Klett Cott.
- de Shazer, S. (2009). *Worte waren ursprünglich Zauber. Von der Problemsprache zur Lösungssprache*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Dürr, H. P. (V2001). Wissenschaft und Transzendenz. 51. *Lindauer Psychotherapiewochen: "Seele und Gehirn"*. Müllheim-Baden: Auditorium-Netzwerk Verlag für audiovisuelle Medien 2007.
- Dürr, H. P. (V2002). Individuelle Entfaltung, Kulturelle Vielfalt und Globalisierung. 52. *Lindauer Psychotherapiewochen: Identität und Identitätsprobleme*. Müllheim-Baden: Auditorium-Netzwerk Verlag für audiovisuelle Medien 2007.
- Ellis, A. (2007). *Training der Gefühle. Wie Sie sich hartnäckig weigern unglücklich zu sein*. München: MVG Verlag.
- Eurich, C. (V2008). Wege der Achtsamkeit. *Kongress "Identitäten: Kongress-Reihe Konfliktfelder- Wissende Felder, Mai 2008*. Müllheim-Baden: Auditorium-Netzwerk Verlag für audiovisuelle Medien 2009.
- Farely, F., & Brensma, J. M. (1986). *Provokative Therapie*. Heidelberg: Springer.
- Frankl, V. E. (1977). *Das Leiden am sinnlosen Leben. Psychotherapie für heute*. (Bd. 20. Auflage 2010). Freiburg: Herder Spektrum.
- Frick, J. (V2010). Die Kraft der Ermutigung. Grundlagen und Beispiele zur Hilfe und Selbsthilfe. *Institut für Philosophie und Ethik. Zürich, 2010*. Müllheim-Baden: Auditorium-Netzwerk Verlag für audiovisuelle Medien 2010.
- Frisch, M. (1975). *Mein Name sei Gantenbein*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Geisler, L. S. (1997). Sprachlose Medizin? Das Verschwinden des Dialogischen. *Imago Hominis, IV,1, S. 47-55*.
- Goleman, D. (1997). *Emotionale Intelligenz*. München: dtv.
- Gyatso, T. (. (2006). Die Welt in einem einzigen Atom. Meine Reise durch Wissenschaft und Buddhismus. Bielefeld: Theseus Verlag bei J. Kamphausen Mediengruppe GmbH.
- Haley, J. (2010). Die Psychotherapie Milton H. Erickson. *Leben lernen*. 36.
- Hawkins, J. (2006). *Die Zukunft der Intelligenz - wie das Gehirn funktioniert und was Computer davon lernen können* (1. Ausg.). rororo-science.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2001). *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Huppertz, M. (2009). *Achtsamkeit. Befreiung zur Gegenwart: Achtsamkeit, Spiritualität und Vernunft in Psychotherapie und Lebenskunst. Theorie und Praxis* (1. Auflage Ausg.). Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung GmbH & Co. KG.

- Hüther, G. (2009). *Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern.* (5. Auflage Ausg.). Göttingen: Vandenhoeck + Ruprecht.
- Hüther, G. (V2006a). Brainwash - Einführung in die Neurobiologie. *Vorlesungsaufzeichnung, März 2006.* Mühlheim-Baden: Auditorium-Netzwerk Verlag für audiovisuelle Medien 2006.
- Hüther, G. (V2006b). Wie man sein Gehirn optimal nutzt. *Kongress Workshop: Die Kraft von Imaginationen und Visionen. Heidelberg, Mai 2008.* Mühlheim-Baden: Auditorium-Netzwerk Verlag für audiovisuelle Medien 2006.
- Hüther, G. (V2009a). Ohne Gefühl geht gar nichts! Worauf es beim Lernen ankommt. *Veranstaltung "Schule träumen im Theater". Freiburg, 2009.* Mühlheim-Baden: Auditorium-Netzwerk Verlag für audiovisuelle Medien 2009.
- Hüther, G. (V2009b). Den Übergang meistern - Von der Ressourcenausnutzung zur Potentialentwicklung. Mühlheim-Baden: Auditorium-Netzwerk Verlag für audiovisuelle Medien 2009.
- Jäncke, L. (V2010). Die Welt im Kopf. Wie mentale Prozesse unser Gehirn verändern. *1. Hypnosystemische Tagung, Zürich, 2010.* Mühlheim-Baden: Auditorium-Netzwerk Verlag für audiovisuelle Medien 2010.
- Jung, C. G. (1995). Beiträge zum Problem der Psychotherapie und zur Psychologie der Übertragung. In *Praxis der Psychotherapie* (2. Auflage Ausg., Bd. 16). Ostfildern: Patmos/Walter Verlag.
- Kabat-Zinn, J. (2006). *Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung. Das grundlegende Übungsprogramm zur Entspannung Stressreduktion und Aktivierung des Immunsystems.* (5. Auflage Ausg.). Frankfurt am Main: Fischer.
- Kahneman, D. (2011). *Schnelles Denken, langsames Denken* (6. Auflage Ausg.). (T. Schmidt, Übers.) New York: Pantheon Verlag;.
- Klingberg, H. (2002). *Das Leben wartet auf dich. Viktor und Elly Frankl.* Wien: Deuticke, Franz.
- Lütz, M. (2009). *Irre - Wir behandeln die Falschen: Unser Problem sind die Normalen - Eine heitere Seelenkunde.* (Auflage 20 Ausg.). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Mader, F. H., & Weissgerber, H. (2007). *Allgemeinmedizin und Praxis: Anleitung in Diagnostik und Therapie. Facharztprüfung Innere und Allgemeinmedizin* (6. Auflage Ausg.). Springer Verlag 6.
- Malin, S. (2004). *Dr. Bertlmanns Socken: Wie die Quantenphysik unser Weltbild verändert.* (2. Auflage Ausg.). Leipzig: Reclam .
- Nelson-Jones, R. (2000). *Six Key Approaches to Counselling & Therapy.* London: Continuum.
- Nietzsche, F. (1968). *Werke, Kritische Gesamtausgabe, Abt.6, Bd.1, Also sprach Zarathustra.* (G. Colli, & M. Montinari, Hrsg.) Berlin: Walter de Gruyter & Co.
- Pearls, F. S. (1976). *Grundlagen der Gestalt-Therapie.* München: Pfeiffer.
- Reddemann, L. (V2009). Positive Psychologie. Grundlagen, aktuelle Erkenntnisse, Anwendung bei Störungen. *5-Tage-Seminar Lindauer Psychotherapiewochen, 2009.* Mühlheim-Baden: Auditorium-Netzwerk Verlag für audiovisuelle Medien 2009.
- Rosenberg, M. B. (2001). *Gewaltfreie Kommunikation - eine Sprache des Lebens.* (9. Ausg.). Paderborn: Junfermann.
- Rüegg, J. C. (2011). *Gehirn, Psyche und Körper: Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie* (5. akt. u. erw. Ausg.). Stuttgart: Schattauer.
- Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2007). *Lehrbuch der systemischen Beratung* (10. Ausg.). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

- Schmidt, G. (V2005/2005). Systemische und hypnotherapeutische Konzepte für Organisationsberatung, Coaching und Persönlichkeitsentwicklung. *Seminarreihe am Milton Erickson Institut, Heidelberg 2004/2005*. Mühlheim-Baden: Auditorium-Netzwerk Verlag für audiovisuelle Medien 2007.
- Schmitt, R. (2001). *Rational-Emotive Therapie (RET) - eine Einführung*. Schmitt Books on demand GmbH.
- Seligman, M. E. (2005). *Der Glücksfaktor-Warum Optimisten länger leben*. (S. Brockert, Übers.) Bastei Lübbe .
- Siegel, D. (2007). *Das achtsame Gehirn*. (1. Auflage Ausg.). Freiburg: Arbor-Verlag.
- Spiro, H. (2005). *Placebo.Heilung, Hoffnung und Arzt-Patient-Beziehung*. (1. Ausg.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Spitzer, M. (V2010). Lebe lang und schlau...und werde glücklich - Ein Streifzug durch die Hirnforschung. *Veranstaltungsreihe "Lebenskunst", Bensheim, 2010*. Mühlheim-Baden: Auditorium-Netzwerk Verlag für audiovisuelle Medien 2010.
- Stavemann, H. H. (2007). *Sokratische Gesprächsführung in Therapie und Beratung. Eine Anleitung für Psychotherapeuten, Berater und Seelsorger*. (2. Auflage Ausg.). Landsberg: Beltz PVU.
- Stern, D. N. (2005). *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. (2. unveränd. Auflage Ausg.). Frankfurt am Main: Brandes&Apsel.
- Stern, D. N. (2007). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. (9. erw. Ausg.). Stuttgart: Klett Cotta.
- Tschechne, R. (2006). *Mach dein Glück, sonst macht es keiner!: Lass dich nicht manipulieren - finde dich selbst - geh deinen Weg!* (1. Ausg.). München: Herbig.
- Uexküll, T., & Wesiack, W. (1998). *Theorie der Humanmedizin - Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns*. (3. Auflage, Sonderausgabe Ausg.). München: U&S.
- von Schippe, A., & Schweizer, J. (2007). *Handbuch der systemischen Therapie und Beratung* (10. Ausg.). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Watzlawick, P. (2009). *Anleitung zum Unglücklichsein* (15. Auflage Ausg.). Piper Taschenbuch.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., Fisch, R. E., & Milton, H. (2009). *Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels*. (7. Auflage Ausg.). Bern: Hans Huber.
- Zajonc, R. B. (1968). Attitudinal Effects of Mere Exposure. *Journal of Personality and Social Psychology. Monograph Supplement 9, 2*, S. 1-27.