



Dr. med
Kilian Mehl

Arzt, Psychotherapeut, Coach und Unternehmer
Studium in Köln, Ulm, University of Natal (RSA), Promotion zum Doktor der Medizin in Ulm,
chirurgisch tätig in Durban (RSA), Köln und Friedrichshafen
weitere Zusatzqualifikationen und Weiterbildungen in Naturheilverfahren, Akupunktur, Rettungs- und Notfallmedizin, systemischer Therapie, Psychotherapie
selbstständige unternehmerische Tätigkeit seit 1980, seit 1993 Klinikleitung in ganzheitlich arbeitender Privatklinik, Beratung öffentlicher Krankenhäuser in Management, Struktur- und Systemfragen sowie Qualitätsmanagement, Coaching von Firmen, Teams und Einzelpersonen mit Wissen aus der klinischen Forschung über neurophysiologische und neuropsychologische Zusammenhänge, Entwicklung und Forschung über psychophysische Expositionsverfahren (PPE) mit erfahrungsorientierten Elementen und Outdoor-Elementen in Coaching und Therapie

E-Mail: info@wollmarshoehe.de
Website: www.wollmarshoehe.de

Kilian Mehl

Handeln als Prinzip des Lebendigen

Eine Studie zu Wirkimpulsen psychophysischer Exposition auf dem Hochseilgarten

Erfahrungs- und handlungsorientierte Module sind seit Jahren Bestandteil integrativer Behandlungskonzepte in der Klinik Wollmarshöhe. Die Behandlungsschwerpunkte liegen bei Erkrankungen psychosomatisch, internistisch, neurologisch und auch psychiatrisch erkrankter Patienten. Die Patienten werden durchschnittlich vier bis sechs Wochen stationär behandelt. Schon Mitte der 90er Jahre suchte das Behandlungsteam nach Möglichkeiten, die klassischen psychotherapeutischen Verfahren, die neben den schul- und komplementärmedizinischen somatischer Behandlung zum Einsatz kommen, durch erfahrungs- und handlungsorientierte Verfahren zu ergänzen. Neben tiefenpsychologischen (kognitiv) verhaltenstherapeutischen Verfahren, Gestalttherapien, Hypnose- und Entspannungsverfahren wurden zunächst typische Maßnahmen, die aus der Erlebnispädagogik kommen eingesetzt (Wanderungen, Hüttenaufenthalt, Lagerfeuer), um Kurt Hahn (1886–1974) entsprechende Attribute wie Gemeinschaft, Abenteuer und Natur in die Behandlung zu integrieren. Die Mitarbeiter des Klinikteams sahen sehr schnell, dass Maßnahmen außerhalb des klinisch gefärbten Kontexts wertvolle diagnostische Hinweise und behandlungsrelevante Veränderungen ergaben. Sehr schnell entstand auf dem Klinikgelände so neben einem Niederparcours auch der erste klinisch konzipierte Hochseilgarten im deutschsprachigen Raum. Überhaupt gab es in Deutschland in dieser Zeit erst drei Hochseilgärten. Seitdem entwickelten sich an der Klinik Zug um Zug erfahrungsorientierte Möglichkeiten und integrative Konzeptionen, die aus dem Klinikkontext nicht mehr wegzudenken sind. Auch ein parallel dazu entstandenes Seminarzentrum, in dem Firmen, Behörden, Schulen (Lehrer und Schüler) u. ä. trainiert werden, profitiert mittlerweile von diesen inhaltlichen und sachlichen Entwicklungen.

Studie

In einer prospektiven "kontrollierten" Beobachtungsstudie an 247 Patienten konnten nun in einem Zeitraum von Januar 2004 bis April 2005 Einflüsse, Wirkimpulse und Effektstärken durch erfahrungsorientierte Expositionen auf dem Hochseilgarten untersucht werden. Um Wirkimpulse und Wirkweise zu untersuchen, wurden die Effekte einer Methode (psychophysische Exposition auf dem Hochseilgarten) gezielt untersucht. Es wurden hauptsächlich individuumsrelevante Persönlichkeitsvariablen wie Selbstkonzepte, Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit sowie Ängste, aber auch eher symptomatische Komponenten wie Depressivität, Gesamtbeeinträchtigung, körperliche Beeinträchtigung oder Lebenszufriedenheit untersucht. In einer bestimmten Phase der Behandlung kommt die psychophysische Exposition auf dem Hochseilgarten zum Einsatz. Der Patient soll sich und seine Denk-, Fühl- und Verhaltensmuster erfahren und daraus prozessual handlungsorientierte Fähigkeiten oder weitere Motivationen erwerben. Der Therapeut arbeitet aktional mit dem Patienten am psychophysischen Modell. Des Weiteren kommt es aber auch vor, dass dem Patienten durch Assoziationen oder Vorgänge, die sich intrapsychisch im emotional aufgewühlten Zustand ereignen, Dinge klar werden, die zu kognitiven bzw. emotionalen Umstrukturierungen oder Verarbeitungsprozessen führen.

Neben allgemeinen Inhalten (Ziel erreichen, erste Schritte tun, Altes zugunsten Neuem, loslassen können, usw.) sind es spezielle eigene Erfahrungen bezüglich der individuellen Problematik, der „Soll“- und „Muss“-Vorstellung sowie der Verhaltensweisen, die bearbeitet werden. So soll es zu erfahrbaren kognitiven und emotionalen Korrekturen kommen.

Die Patienten werden während des stationären Aufenthaltes ca. zweimal für zwei bis drei Stunden exponiert. Vor der Exposition findet eine fokussierende Vorbesprechung und nach der Exposition findet jeweils eine Reflektion statt. In dieser Nachbesprechung wird das Erfahrene bearbeitet oder in den Transferkontext gesetzt. Der Therapeut hilft dem Patienten, psychophysische Möglichkeiten einzuschätzen, zu reflektieren oder Korrekturen anzuwenden. Während der Exposition soll der Patient „hautnah“ erfahren, wie nunmehr seine Probleme bzw. das zukünftige Leben bewältigbar werden könnte. Hierbei wird nicht nur auf pathologische Verhaltensmuster, sondern auch entsprechend dem Klinikkonzept auf salutogenetische Ressourcen geachtet (Aaron Antonovsky). Auf die Techniken und Vorgehensweisen der therapeutischen Interventionen bei psychophysischer Exposition soll an dieser Stelle nicht explizit weiter eingegangen werden.

Die Klinik Wollmarshöhe nimmt seit Jahren an einer externen Qualitätssicherung (WEBAK-QUASI) teil. Im Fokus des Modells steht die Frage nach den erreichten Ergebnissen der medizinisch-psychotherapeutischen Behandlung, die so genannte Ergebnisqualität. Neben diesen Messinstrumenten (PsyBado, Klinisch-Psychologisches Diagnosesystem-38, Hel-

ping Alliance Questionnaire, Fragen zur Lebenszufriedenheit etc.) wurden für die Studie spezifische Instrumente eingesetzt, deren Sensitivität für die Erfassung spezifischer Veränderungen höher sind (State-/Trait-Angst-Inventar, Beck-Depressionsinventar, Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, Externalität etc.). Hiermit sollten speziell Ängste, Depressivität, Kontrollüberzeugungen, Handlungskompetenz oder Selbstwirksamkeit untersucht werden. Die Versuchsplanung sah so aus, dass 150 Hochseilteilnehmer und 100 Nichtteilnehmer (Kontrollen) rekrutiert werden sollten. Die Interventionsgruppe wurde aus zweierlei Gründen größer gewählt: zum einen wurde innerhalb der Hochseilgruppe eine Variation eingeführt, die der Indikationspraxis der Klinik entspricht (Expositionen bereits im frühen Verlauf der stationären Therapie vs. Exposition im späten Verlauf). Durch diese Variation sollten mögliche Subgruppeneffekte evaluiert werden. Außerdem ließen sich auf diese Weise Informationen über Selektionseffekte und konfundierende Einflüsse gewinnen. Die größere Interventionsstichprobe ermöglichte darüber hinaus auch Prädiktorenanalysen.

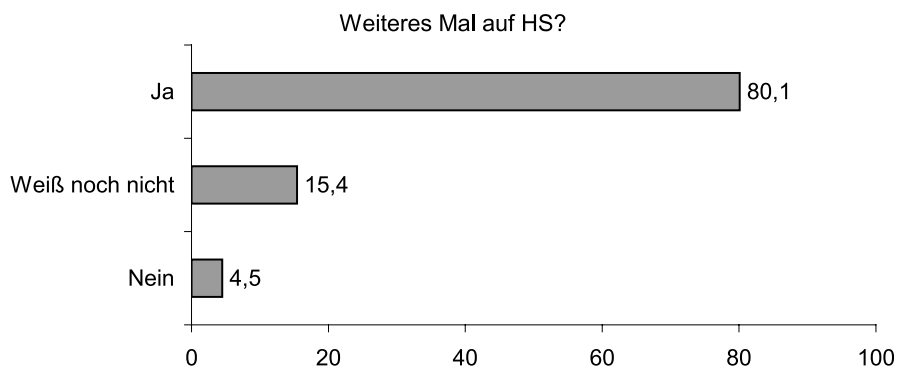
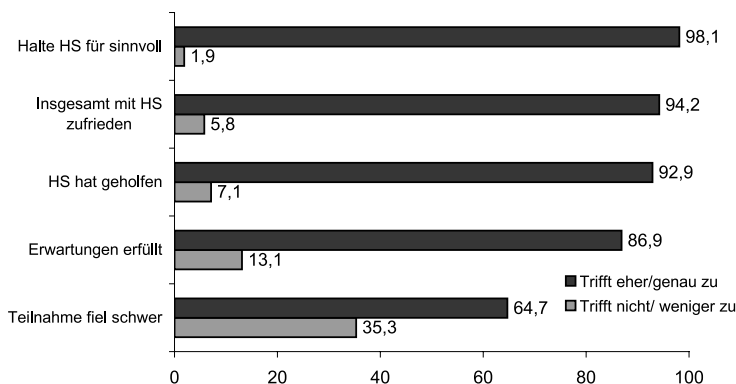
Stichprobe

Die Gesamtstichprobe der Hochseilbegeher wurde anhand des Zeitpunkts der Erstbegehung in zwei Subgruppen gesplittet: „frühe Begeher“ und „späte Begeher“. In der Behandlungsroutine hat sich außerdem eine weitere Subgruppe etabliert, bestehend aus Hochseilbegehern, die sowohl vor als auch nach dem 28. Behandlungstag eine Hochseilexposition durchführten („mittlere Begeher“). Zunächst erfolgte eine deskriptive Gegenüberstellung der Subgruppen anhand einer Vielzahl zentraler soziodemografischer, störungs- und behandlungsbezogener Drittvariablen, um mögliche Stichprobenselektionseffekte zu identifizieren.

Akzeptanz

In der folgenden Abbildung sehen wir zunächst die enorm hohe Akzeptanz der Expositionen auf dem Hochseilgarten. Zunächst einmal sind 64,7 % der Meinung, dass die Teilnahme der Hochseilbegehungen schwer fiel. Dies ist zunächst einmal bei einem psychophysischen Expositionsverfahren zu erwarten.

80,1 % der Teilnehmer würden aber trotzdem ein weiteres Mal auf den Hochseilgarten gehen. Dies aber ist vordergründig zunächst einmal nicht zu erwarten, da wir doch eher Erleichterung im Leben anstreben. Hintergründig sind es die Effekte einer positiven Bewältigungserfahrung bzw. Funktionslust, die der motivationalen Grundstruktur des Lebendigen entspricht (Systemkonzeption Mensch, Handeln als positives Prinzip).



Ergebnisse

Wir stellten zunächst fest, dass die Stichproben (frühe Hochseilbegeher, mittlere Hochseilbegeher, späte Hochseilbegeher, Nichtbegeher) ziemlich gleich sind. Dies trifft auf die soziodemographischen Daten, die Diagnosen und die Schwere der Beeinträchtigung zu. Soweit Unterschiede der untersuchten Gruppen signifikant wurden, wurden diese mittels statistischer Kovarianzanalyse (ANCOVA) herausgerechnet und besonders diskutiert.

Die folgende Tabelle zeigt nun in der Übersicht die Veränderung zwischen Aufnahme und Entlassung für Hochseilteilnehmer und Nichteilnehmer. Hierbei ist zu sehen, dass Patienten, die unter anderem an der Exposition auf dem Hochseilgarten teilgenommen haben, mindestens durchschnittlich doppelt so hohe Verbesserungswerte auf der Skala der Gesamtbeeinträchtigung, der Depressivität, der Angst, der Externalität (FKK-PC, Kontrollüberzeugung) und der Selbstwirksamkeit (FKK-SKI) aufweisen.

Tabelle 3:

Normierte mittlere Veränderungen (d) zwischen Aufnahme und Entlassung für die HS-Teilnehmer und Nichtteilnehmer



	HS 1. Hälfte	HS 1. & 2. Hälfte	HS 2. Hälfte	Kein HS
KPD Gesamt (Gesamtbeeinträchtigung)	1,11	1,23	1,14	0,63
BDI (Depression)	1,68	1,77	1,45	0,87
STAI-State (Zustandsangst)	1,19	1,60	1,03	0,76
STAI-Trait (dispositionelle Angst)	1,57	1,23	1,06	0,56
FKK-PC (Kontrollüberzeugung)	0,86	0,69	0,64	0,35
FKK-SKI (Selbstwirksamkeit)	0,62	0,66	0,94	0,18

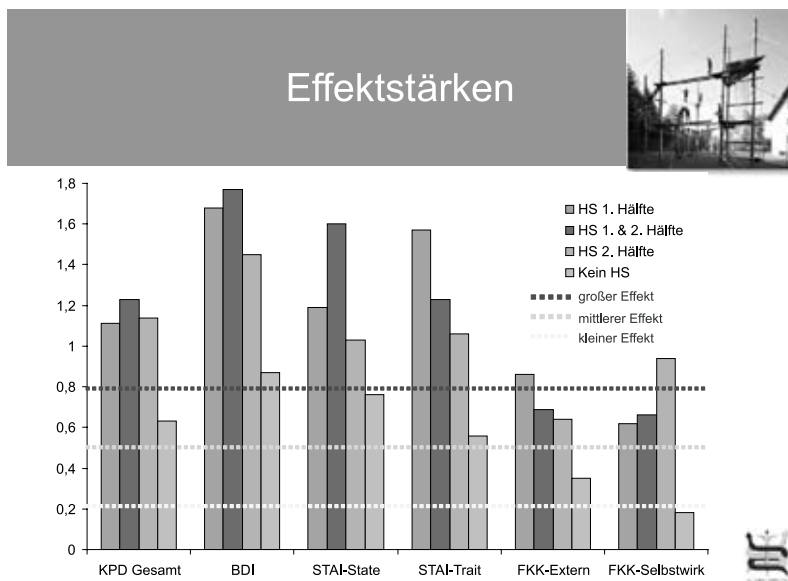


Anmerkung: Die Tabelle zeigt die Stärke der Verbesserung zwischen Aufnahme und Entlassung für Hochseilteilnehmer und Nichtteilnehmer. Ein größeres d repräsentiert stärkere Verbesserung auf einer Skala.

Zusammengefasst heißt dies: Patienten, die an der Hochseilexposition teilnahmen, haben mindestens durchschnittlich doppelt so hohe Verbesserungswerte auf der Skala der Gesamtbeeinträchtigung, der Depressivität, der Angst, der Externalität (FKK-PC, Kontrollüberzeugung) und der Selbstwirksamkeit (FKK-SKI). Besonders auffällig ist die enorme Verbesserung der Trait-Angst (1.06–1.57) – zunächst würde man annehmen, dass sich insbesondere die **Zustandsangst** (State-Angst) durch die Exposition stark verbessert. Mehr aber verbessert sich die **persönlichkeitsgebundene dispositionelle** Angst. (*Die von vielen eingeschätzte Methode der Wahl bei Angststörungen – die kognitive Verhaltenstherapie – erreicht in einer kontrollierten Studie von Ruhmland und Margraf [2001] (Prä- Post-) Effekte von 0,9 bis 1,6*). Bezüglich Selbstwirksamkeit ist die Verbesserung für Hochseilteilnehmer beispielsweise mindestens dreimal so hoch.

Für die Interpretation der in Tabelle 3 angegebenen normierten mittleren Veränderungen können außerdem die Richtwerte von Cohen (1988) herangezogen werden: demnach gelten Effekte von $d=0.20$ als „kleine Effekte“, $d=0,50$ als „mittlere“, und $d=0,80$ oder größer als „große Effekte“. In den Hochseilgruppen sind auf allen Symptommaßen „große Effekte“ zu verzeichnen, bei den Nichtbegehern jedoch nur bezüglich der Depressivität (BDI). Interessant ist, wie schon ansatzweise erwähnt, dass bei allen Hochseilteilnehmern weitaus größere Effekte zum Teil auch bei den stärker persönlichkeitsbezogenen Variablen wie Trait-

Angst, Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit zu beobachten sind, wohingegen die Effekte der „Nichtbegeher“ hier maximal mittlerer Größenordnung sind. Hier wird ein bedeutender Einfluss auf persönlichkeitsbezogene Merkmale durch Hochseilgartenexpositionen deutlich.

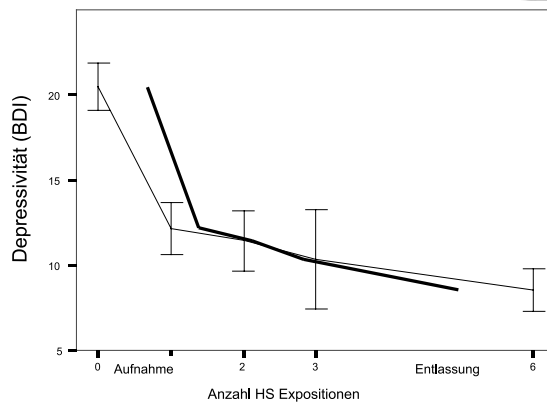


Anmerkung:
 $d = 0,8$ und mehr = starker Effekt;
 $0,5$ und mehr = mittlerer Effekt,
 $0,2$ und mehr = kleiner Effekt

Spezielle Ergebnisse

Durch die hochfrequente, diesbezügliche Untersuchung während der stationären Behandlung, aber auch durch den Vergleich der Subgruppen untereinander konnten nun weitere speziellere Erkenntnisse gewonnen werden. So erzeugt die psychophysische Hochseilexposition in vielen Beeinträchtigungsbereichen psychosomatisch erkrankter Patienten hohe Wirkimpulse und Effektstärken. Hierbei reicht eine zweimalige Exposition in der Regel aus. Die größten Effekte werden bei der ersten Exposition erzielt. Dies trifft für fast alle untersuchten Parameter zu. In der folgenden Abbildung sind die Anzahl der Begehungen in Korrelation zu den Effektstärken bezüglich Depressivität dargestellt.

Anzahl der HS Expositionen & Beeinträchtigung

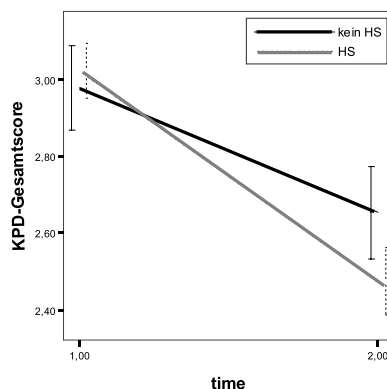


Ebenfalls bedeutend ist, dass nicht nur eher symptomatische Eigenschaften (Gesamtbeeinträchtigung, Depressivität, Zustandsangst), sondern eben auch mehr persönlichkeitsrelevante bzw. persönlichkeitsimmanente Faktoren durch Hochseilexpositionen beeinflusst werden. So werden gerade bei Trait-Ängsten (Angst als Persönlichkeitseigenschaft, dispositionelle Ängste, ängstliche Persönlichkeit) hohe Verbesserungswerte erzielt. Dies ist bedeutend bei der Beantwortung der Frage, ob Hochseilexpositionen für die Persönlichkeitsentwicklung geeignet sind. Gerade in dieser Hinsicht (unter Umständen sogar effektiver als für die Teamentwicklung) eignet sich also die Hochseilgartenexposition.

Dies haben wir sowohl im klinischen Kontext als auch im Seminarzentrum Wollmarshöhe bei der Gestaltung der Seminare berücksichtigt (persönlichkeitsrelevant vs. sozialrelevant). Im Augenblick sind wir dabei, mit dem Konstrukteur einen besonders sozial- und teamrelevanten Hochseilgarten zu konstruieren.

In der Abbildung ist die Verbesserung bezüglich der Gesamtbeeinträchtigung im Vergleich von Hochseilteilnehmern und Nichtteilnehmern dargestellt. Das Klinisch-Psychologische Diagnosesystem-38 (KPD-38) untersucht eher symptombezogene Parameter. Wir sehen signifikante Mittelwertsunterschiede bei Entlassung zwischen Hochseilbegehern und Nichtbegehern.

Ergebnisse (4):
Gesamtbeeinträchtigung (KPD-38)
(Mittelwerte & 95%-Konfidenzintervalle)



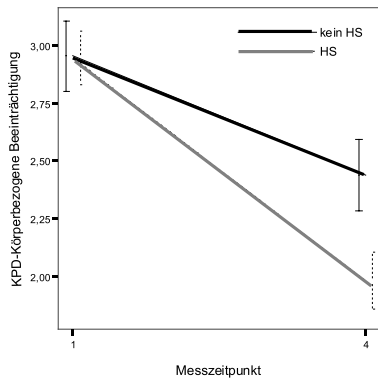
Signifikanter Mittelwertsunterschied bei Entlassung zwischen HS-Begehern und „kein HS“ unter statistischer Kontrolle der Aufnahmewerte und der Variablen ‚Verweildauer‘ und ‚Therapiemotivation‘ (ANCOVA):
 $p=.003$

Anmerkung: Höhere Werte indizieren größere Beeinträchtigung



Interessanterweise nimmt die körperbezogene Beeinträchtigung, also die somatischen Beschwerden im Vergleich Hochseilbegeher vs. Nichtbegeher auch signifikant mehr ab (dabei wird die Hochseilbegehung weder spezifisch „somatoform“ eingesetzt, noch ist eine Art Trainingseffekt, wie etwa bei gewissen Sportprogrammen, beabsichtigt). Hier wird deutlich, dass nicht nur seelische oder mentale Aspekte isoliert dem Einfluss, der Erfahrung unterliegen, sondern insbesondere auch der Körper „sich neu erfährt“. Für uns Systemmediziner ist dies selbstverständlich. In der allgemeinen volksgesundheitlichen Prävention und Behandlung ist dieser systemische Zusammenhang leider noch nicht sehr bewusst.

Ergebnisse (4b): Körperbezogene Beeinträchtigung (KPD-38) (Mittelwerte & 95%-Konfidenzintervalle)



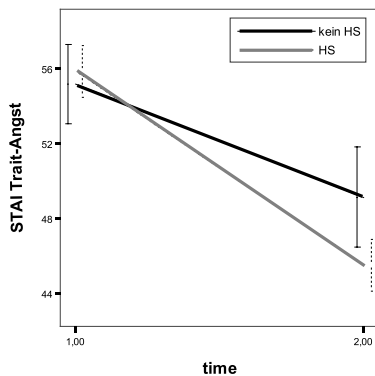
Signifikanter Mittelwertsunterschied bei Entlassung zwischen HS-Begehern und „kein HS“ unter statistischer Kontrolle der Aufnahmewerte und der Variablen ‚Verweildauer‘ und ‚Therapiemotivation‘ (ANCOVA):
 $p < .001$

Anmerkung: Höhere Werte indizieren größere Beeinträchtigung



Wie erwähnt, war erstaunlich, dass insbesondere persönlichkeitsimmanente Eigenschaften im Gesamtkontext durch Hochseilexpositionen besonders beeinflussbar. Die folgende Tabelle zeigt eine besonders starke Verbesserung bezüglich Angst als Eigenschaft (Trait-Angst, Ängstlichkeit).

Ergebnisse (3): Dispositionelle Angst (STAI) (Mittelwerte & 95%-Konfidenzintervalle)

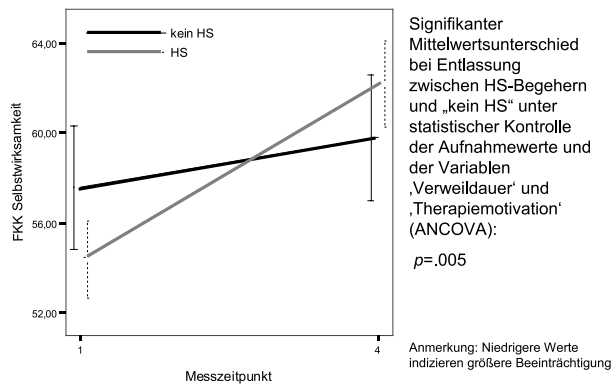


Signifikanter Mittelwertsunterschied bei Entlassung zwischen HS-Begehern und „kein HS“ unter statistischer Kontrolle der Variablen ‚Verweildauer‘ und ‚Therapiemotivation‘ (ANCOVA):
 $p = .003$

Anmerkung: Höhere Werte indizieren größere Beeinträchtigung



Ergebnisse (6): Selbstwirksamkeit (FKK) (Mittelwerte & 95% Konfidenzintervalle)



Dies trifft aber nicht nur auf Ängstlichkeit zu, sondern wir sehen dies auch bei vielen anderen eher persönlichkeitsbezogenen Merkmalen. Beispielsweise bezüglich der Verbesserung von Selbstwirksamkeit.

Was denn nun wirkt genau?

Neben der therapeutischen Arbeit, nämlich dem Dialog vor, während und nach der Hochseilexposition, der einen großen Effekt ausübt, können wir davon ausgehen, dass der besonders emotional aufgewühlte Zustand eine bedeutende Einflussgröße auf die etablierten Veränderungsprozesse hat. Deshalb u. a. auch die besonders großen Effektstärken bei der ersten Exposition. Die „Verstörung“ tiefliegender Selbst- und Fremdkonzepte, Überzeugungen und Wertungen ist sicherlich ein zusätzlich spezieller starker Effekt der psychophysischen Exposition auf dem Hochseilgarten gegenüber vielen anderen erfahrungsorientierten Vorgehensweisen. Wir kommen später nochmals hierauf zurück. Im Weiteren ist die Frage zu stellen, ob es sich bei den erreichten Effektstärken um einen isolierten Hochseileffekt oder um adjuvant-dynamisierende Wirkung auf die Gesamtbehandlung handelt. Es wird deutlich, dass die psychophysische Exposition in integrativen medizinisch-psychotherapeutischen Konzepten einen deutlichen Einfluss auf die Verbesserung vieler psychophysischer Merkmale hat. Hierbei kann keine endgültige Aussage darüber gemacht werden, ob die psychophysische Expositionen isolierten Einfluss auf diese Effektstärken hat oder als adjuvantes Verfahren dynamisierende Wirkung im Gesamtkontext des integrativen Konzepts hat. Es ist allerdings anzunehmen, dass beides relevant wird. Dies ist unter anderem aus der Befragung der Hochseilteilnehmer direkt nach der Exposition ersichtlich: 77 % bis 94 % der

Hochseilteilnehmer geben an, ein wichtiges Ereignis während der Exposition erlebt zu haben, welches sie in Zusammenhang mit ihrem Leben allgemein bringen können (Transfer), sie geben an, dass sich etwas auf dem Hochseil geklärt hat (klärungsorientierter Einfluss) und dass sie etwas verändern wollen (Veränderungsbereitschaft). Somit existieren direkte Wirkimpulse, die für sich genommen sicherlich Effektveränderungen zur Folge haben. Der adjuvante Effekt aber, nämlich das dynamisierende Moment, liegt damit ebenfalls auf der Hand. Es ist anzunehmen, dass die Patienten in einem integrativen Konzept diese Dinge in anderen Therapieverfahren weiter- oder vorbearbeiten. Dies ist nicht nur das Bestreben des Menschen auf der Suche nach Kohärenz, sondern auch das Wesen eines integrativen Konzepts und dies zeigt letztendlich auch die Praxis.

Ein Blick auf die Hirnforschung

Sicherlich ist auch nochmals ein kurzer Blick auf die so genannte Hirnforschung bzw. Forschungsergebnisse anderer Fakultäten zu werfen. Lange schon gibt es in der Psychotherapie Grundannahmen, die durch die neue Hirnforschung jetzt bestätigt werden. Zum einen ist es die Tatsache, dass es das Unbewusste gibt (S. Freud) und dass dieses das Bewusste „fest im Griff“ hat. Aktuelle Vorgänge und Willensentscheidungen sind also eingebettet in unbewusste Prozesse des limbischen Systems und werden von ihnen gesteuert. In den unbewussten Speichern, den emotionalen Bewertungsstellen für das aktuelle Geschehen, sind viele zeitlich auch sehr früh im Leben stattfindende Erfahrungen abgelegt. Diese Erfahrungen bilden die Repräsentationsebene für aktuelles Geschehen und Verhalten. Sie sind sehr „verfestigt“ und Teil unserer Persönlichkeitsstruktur. Das, was wir bewusst wahrnehmen und tun, ist also zum großen Teil gesteuert durch unzählige „tief abgespeicherte“ Erfahrungen. Natürlich ist uns dies eben nicht bewusst, wie sich in logischer Konsequenz aus Vorgenanntem ergibt. Unbewusstes „Erfahrungswissen“ beeinflusst unser „Jetzt-Verhalten“!

Viele psychische Störungen sind nach Ansicht der Hirnforschung (Roth) letztendlich z. B. „Fehlprogrammierungen und Fehlfunktionen“ des limbischen Systems, also des Hirnteils, welches unsere unbewussten Erfahrungen speichert. Es sind emotionale Fehlkonditionierungen. Nun erfordert eine erfolgreiche Therapie also den Zugang zu diesen „tieferliegenden emotionalen Bewertungsstellen“, also sozusagen zum limbischen System. Es reicht nicht aus, sich als Therapeut ausschließlich an die „sprachbegabte Großhirnrinde“ zu wenden, weil diese kaum Bezug zum limbischen System hat (dies trifft auf pädagogische oder andere persönlichkeitsbildende Bereiche natürlich ebenfalls zu). Die Therapie auf dem Hochseilgarten wendet sich in großem Maße an diese emotionalen Bewertungsstellen. Sie öffnet quasi die Kanäle zu diesen emotionalen Speichern. Der Patient oder Klient wird per se und zunächst allgemein in einen emotional aufgewühlten Zustand versetzt. Es gelingt ihm nicht, auch wenn er will, sich ausschließlich auf der rein kognitiv-rationalen Ebene zu bewe-

gen bzw. möglicherweise abzuschotten. Die Türen sind schon auf! Somit kann der Therapeut an möglichen emotionalen Fehlconditionierungen im limbischen System mit dem Patienten arbeiten („die emotionale Operation am offenen Herzen“). Die psychophysische Exposition auf dem Hochseilgarten ist optimal geeignet, neue Strukturen im limbischen System anzulegen, die möglicherweise pathologische oder besser gesagt nicht so gute Strukturen überdecken. Die neue Erfahrung überdeckt sozusagen die ungünstige Erfahrung und kompensiert ihren Einfluss auf aktuelles Fühlen, Denken und Verhalten (das Auslöschen ungünstiger Erfahrungen ist hirnhysiologisch nicht möglich. Denken wir es uns aber zum Verständnis trotzdem als „korrigierende Erfahrung“).

Und noch etwas passiert:

Ganz so schwach, wie es scheint, ist unsere Großhirnrinde (Kortex) nämlich auch wieder nicht. D. h., es gibt auch eine gewisse „kortikale Kontrolle“ über limbische Conditionierungen. Also diese Möglichkeit besteht auch! Im gewissen Maße – wenn auch beschränkt – ist es uns also möglich, dass aus anflutenden Gefühlen resultierende Verhalten kognitiv unter Kontrolle zu halten. (Beispielhaftes Denkmuster: In solchen Situationen reagiere ich meist kopflos vor Wut und Angst! Besser ist es, erst einmal „Stopp“ zu sagen, um die Kontrolle über diese Gefühle wieder zu erlangen). Auch dies kann also optimal bei der psychophysischen Exposition auf dem Hochseilgarten erfahren und geübt werden.

Die neurobiologischen und neuropsychologischen Forschungen bestärken die Erkenntnis, dass das „systemkonzeptische Gehirn“ so angelegt ist, dass erfahrungs- und handlungsorientiert angelegte psychophysische Expositionen (auf dem Hochseilgarten) dadurch, dass hierbei im höchsten Maße „tiefgehende“ Wirkimpulse „gesetzt“ werden können, auch dementsprechende Effektstärken erzeugen.

Ergebnisrelevantes und Fazit für die Praxis

Die psychophysische Hochseilexposition erzeugt hohe Wirkimpulse und Effektstärken. In vielen Beeinträchtigungsbereichen psychosomatisch erkrankter Patienten wird hierdurch eine deutliche Verbesserung der Effektstärken erzielt. Hierbei ist es unerheblich, inwiefern ein isolierter Einfluss der psychophysischen Exposition wirkt oder der dynamisierende Effekt auch auf die Vorgänge in anderen Therapiebereichen. Wahrscheinlich gibt es beide Wirkimpulse.

Warum Hochseilgarten?

Generell sollten handlungsorientierte Verfahren auch in psychotherapeutische Behandlungskonzepte integriert werden. Die psychophysische Exposition auf dem Hochseilgarten bietet darüber hinaus spezielle Effekte. Ein spezieller Effekt auf dem Hochseilgarten wird dadurch

erzielt, dass die Menschen durch eine Exposition auf dem Hochseilgarten zusätzlich in einen besonderen emotional aufgewühlten Zustand gebracht werden (Verstörung). Sie müssen rein kognitiv-rationale Erklärungs- und Verhaltensmuster verlassen. In diesem Zustand kann der Patient Erfahrungsinhalte in sein bestehendes Selbstkonzept und Verhaltensmuster integrieren (Integration, Bestätigung, Verfestigung, Ergänzung) oder das Selbstkonzept transformieren (Transformation, in Frage stellen, verändern). Der emotional aufgewühlte Zustand bedingt, dass „tieferliegende“, so genannte „stabilere“ Persönlichkeitskorrelate beeinflusst werden (z. B. dispositionelle Ängste, Selbstwirksamkeit, Handlungskompetenz etc.).

Die Repräsentanzen im Gehirn ändern sich erfahrungsabhängig und bilden so die Repräsentationsebene für unser aktuelles Handeln und Verhalten. Der Hochseilgarten ist somit relevant für Veränderungsprozesse bezüglich der Persönlichkeit (Persönlichkeitsentwicklung).

Da sowohl Symptome (also psychische und somatische Beeinträchtigungen) als auch persönlichkeitsrelevante Strukturen beeinflusst werden, sollten erfahrungsorientierte-handlungsbasierte Expositionen speziell auf dem Hochseilgarten in Behandlungskonzepte integriert werden. Dadurch soll der Nutzen und die wichtige Bedeutung anderer erfahrungsorientierter Vorgehensweisen keinesfalls in Abrede gestellt werden. Im systemischen Kontext heißt dies:

Körper, Seele und Geist sind eins. Es ist kein Zufall, dass Erkenntnisbegriffe wie „Erfassen“ und „Begreifen“ eigentlich eine körperliche Aktivität beschreiben. Vielleicht so: Wenn Körper, Seele und Geist eins sind, wird es das Beste sein, wenn ich mich (bzw. wir uns) in einer quasi komplexen „Gesamtbewegung“ in allen Lebensbereichen in meinem Denken, Wahrnehmen und Handeln weiter entwickle zu höherer Bewältigungskompetenz, hin zu einem ganzheitlich gelingenden Leben. Diese Dynamik kennen wir eigentlich. Wir bezeichnen und empfinden sie schlechthin als „Glück“. Als mein individuelles Glück oder das Glück einer Gemeinschaft.

Das ist das Prinzip des Lebendigen!

Literatur:

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

WEBAQUASI: Qualitätssicherungsprogramm (<http://www.psyres.de/>)

Roth, Gerhard (2001): Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert.
Frankfurt am Main, Suhrkamp.