



FORUM PSYCHOSOMATIK

Zeitschrift für psychosomatische MS-Forschung

30 Jahre Stiftung LEBENSNERV

Den eigenen Weg finden



Inhalt

- 1 Liebe Leser*innen
- 2 Zwischen Akzeptanz, Angst, Ansprüchen und Ambitionen
Menschen mit MS berichten
- 20 Er war einer der geistigen Väter der Stiftung LEBENSNERV:
Dr. Wolf Bünting ist gestorben
- 22 Ist Selbsterfahrung politisch?
Später Versuch einer Antwort an Monika Seifert
- 32 ZIST
Entfaltung des menschlichen Potentials
- 34 Health Literacy / Gesundheitskompetenz
- 40 Buchbesprechung

Impressum

Titel und Seiten 3, 5, 7, 9, 13, 19, 31: Enno Hurlin
S. 11: H.-Günter Heiden
S. 21: ZISTgGmbH
S. 32/33: ZIST/Höcherl

Herausgeberin:

LEBENSNERV – Stiftung zur Förderung
der psychosomatischen MS-Forschung
Liebstöckelweg 14, 13503 Berlin

Tel.: (0 30) 4 36 35 42
Fax: (0 30) 4 36 44 42
e-mail: info@lebensnerv.de
web: www.lebensnerv.de

Stiftungsvorstand:

Dr. Sigrid Arnade
Susanne Same (geb. Wolf)
Gudula Oster

V.i.s.d.P.:

Dr. Sigrid Arnade

Redaktion:
H.-Günter Heiden

Gestaltung:
Enno Hurlin

Druck:
Baumgarten &
Grützmacher

Druck auf
100% Recycling-Papier



Erscheinungsweise:

FORUM PSYCHOSOMATIK
(gegründet 1992 als „Rundbrief“)
erscheint zweimal jährlich, kostenlos,
auch auf Audio-CD und als
barrierefreie PDF-Datei

Die Stiftung ist als gemeinnützig
anerkannt. Spendenbescheinigungen
werden ausgestellt.

Bankverbindung:

IBAN: DE42 3701 0050 0214 5395 01
BIC: PBNKDEFF

Liebe Leser*innen,

wussten Sie, dass die Stiftung LEBENSNERV im November 2021 bereits 30 Jahre alt geworden ist? »Wahnsinn!« kann man da ausrufen oder auch nach (Aus-)Wirkungen der Stiftungsarbeit und nach Highlights fragen.

Als Susanne Same (damals Susanne Wolf) und ich die Stiftung 1991 gründeten, standen wir mit unserer ganzheitlichen Betrachtungsweise der Krankheit MS und der Menschen mit MS im deutlichen Gegensatz zur rein somatisch orientierten Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG). Dennoch rannten wir bei vielen Betroffenen und Fachleuten offene Türen ein, unter anderem da es noch keine therapeutischen Optionen gab.

Inzwischen ist es selbstverständlicher geworden, im Zusammenhang mit MS auch psychische Faktoren zu betrachten. Dazu haben unter anderem bestimmt die sieben Verleihungen des LEBENSNERV-Forschungspreises, unsere drei Symposien und nicht zuletzt die zweimal jährlich erscheinende Stiftungszeitschrift beigetragen. Damit haben wir unsere Leser*innen immer bezüglich psychosomatischer Zusammenhänge allgemein und speziell bei MS auf dem Laufenden gehalten. Sie lesen übrigens

gerade die 60. Ausgabe der Stiftungszeitschrift.

Als besonderes Highlight empfinde ich die Einführung des Empowerment-Konzepts in die Behindertenszene durch die Stiftung LEBENSNERV: Als wir zehn Frauen mit MS zu Peer Counselorinnen weiterbildeten, beobachteten wir, wie die Frauen innerlich »wuchsen«. Diese Erfahrung wollten wir vielen Menschen mit MS vermitteln und nannten den Prozess Empowerment. Wir entwickelten ein Curriculum zu einem Empowerment-Training und führten zwei Staffeln des Empowerment-Trainings jeweils mit einer zwölfköpfigen Gruppe durch. Eine wissenschaftliche Begleituntersuchung zeigte: Empowerment wirkt! Deshalb haben wir anschließend zusammen mit einem Behindertenverband Empowerment-Trainer*innen ausgebildet.

Es gäbe noch viel zu berichten von nährenden Begegnungen, heilsamen Gesprächen und berührenden Erfahrungen. Das alles ist doch ein Grund zum Feiern – unter Beachtung aller Hygieneregeln jede*r für sich – Prost!

Ihre



Dr. Sigrid Arnade



Zwischen Akzeptanz, Angst, Ansprüchen und Ambitionen

Menschen mit MS berichten

*Vielleicht erinnern Sie sich: In der letzten Ausgabe von FORUM PSYCHOSOMATIK haben wir Sie, die Leser*innen, dazu aufgerufen, drei Fragen zu ihrem Erleben mit der Krankheit Multiple Sklerose zu beantworten. Anlässlich des 30-jährigen Bestehens der Stiftung LEBENSNERV war es uns ein Anliegen, Sie zu Wort kommen zu lassen.*

Wir haben einige Zuschriften bekommen und viele Interviews geführt. Aus den verschiedensten Perspektiven schildern Frauen und Männer mit MS, was ihnen geholfen

Was hat mir unabhängig von medizinischen Interventionen am meisten geholfen, gut mit meiner MS zu leben?

*Frau A.:
55 Jahre, MS seit 1989*

Frau A.: »Mir hat der Austausch mit anderen Betroffenen geholfen, die optimistisch und selbstbestimmt ihr Leben mit MS leben. Mir haben aktive Vorbilder geholfen, wie Malu Dreyer – da war sie noch Ministerin, sie war und ist ein wichtiges Vorbild für mich. Und mir haben Menschen ohne MS geholfen, die glaubten, dass alles möglich ist. Zum Beispiel hat ein Vorgesetzter, der von meiner MS-Erkrankung wusste, mich gefragt, was meine Ziele seien. Wenn ich Karriere machen wolle, würde er mich unterstützen.«

*Frau B.:
63 Jahre, MS seit 2001*

Frau B.: »Mir haben drei Grundsätze geholfen, die ich nach der Diagnose definiert habe: Zum einen trat die körperliche Fitness in den Hintergrund zugunsten der geistigen Beweglichkeit. Zum zweiten konzentrierte ich mich weniger auf das, was nicht mehr ging, sondern stärker auf die vorhandenen Ressourcen. Zum dritten wollte ich mich nicht als Mensch zweiter Klasse behandeln und weg- oder aussperren lassen. Gleichberechtigt dabei zu sein, ist mein Recht und keine Gnade. Hilfreich war auch, dass die Ärzte sich Zeit genommen haben und





hat, welche Probleme besonders belastend waren und was sie sich wünschen. Entstanden ist eine bunte Mischung, die die Vielfalt der Menschen mit MS widerspiegelt. Deutlich wird jedenfalls, dass es wichtig ist und sich lohnt, jedem Menschen mit MS zuzuhören und auf die jeweiligen Bedürfnisse individuell einzugehen.

*Allen Beteiligten danke ich für Ihre Offenheit und wünsche den Leser*innen eine anregende Lektüre!*

Was war/ist abgesehen von den körperlichen Einschränkungen das größte Problem für mich im Umgang mit meiner MS?

Frau A.: »Mir hat die Tabuisierung des Themas MS zu schaffen gemacht. Beispielsweise wurde mir die Diagnose ein Jahr lang nicht mitgeteilt, obwohl sie bekannt war. Auch meine Umgebung habe ich anfangs nicht als unterstützend erlebt, so dass ich mich sehr alleine fühlte. Das hat sich im Laufe der Jahre gebessert. Jetzt ist der Umgang offener geworden.«

Frau B.: »Sehr schwierig für mich war der ganze Transformationsprozess: Ich musste mein Selbstbild ändern und mich dagegen wehren, mich bei nachlassenden Kräften nutzlos zu fühlen. Gleichzeitig ging meine Ehe kaputt, weil mein Mann nicht damit umgehen konnte, dass ich MS habe. Das hat mich sehr gekränkt. Die ganzen Rahmenbedingungen waren schwierig. Dieser



Was wünsche ich mir bezüglich meiner MS außer einem therapeutischen Durchbruch am meisten?

Frau A.: »Ich wünsche mir mehr Barrierefreiheit überall. Alle sollen mit einem barrierefreien öffentlichen Nah- und Fernverkehr mobil sein können. Arztpraxen müssen barrierefrei sein. Barrierefreiheit nutzt allen, aber viele behinderte Menschen sind dringend darauf angewiesen.«

Frau B.: »Ich wünsche mir mehr Akzeptanz für Menschen mit Behinderungen. Sie sollen selbstverständlich einen Beruf ergreifen können. Es sollte ein selbstverständliches Miteinander von Menschen mit und ohne Behinderungen geben. Der Umgang mit Behörden sollte einfacher sein, damit man nicht immer erst lange kämpfen muss, ehe man sein Recht bekommt. Es muss drin-



alles erklärten. Ganz wichtig war außerdem eine zweijährige Fortbildung in dieser Zeit, wodurch ich mich wertgeschätzt fühlte und die mir in einer persönlichen Krise geholfen hat zu überleben.«

*Frau C.:
70 Jahre, MS seit 1984*

Frau C.: »Es waren verschiedene Faktoren, die mir geholfen haben: Da war eine Selbsthilfegruppe mit den Gesprächen und Buchtipps. Yoga hat mir geholfen, weil ich als extrovertierter Menschen dadurch den Blick nach innen richtete und mich zentrieren konnte. Es waren Freunde hilfreich, die Ärzte geworden waren und mich auf meinem Weg mit alternativen Behandlungsmethoden begleitet haben. Ich habe viel mit Nahrungsumstellung experimentiert und mache bis heute einmal jährlich ein Heilfasten von fünf bis zehn Tagen. Die Schubfrequenz ließ nach, als ich nach etwa einem Jahr den Kampf gegen die MS aufgab und sie eher als Teil von mir beobachtete mit der Gewissheit, dass ich immer einen Weg finden würde, damit umzugehen. Hilfreich war auch das Vorbild des MS-betroffenen Vaters einer Freundin, der mit 70 Jahren noch sehr vital war.«

*Herr D.:
59 Jahre, MS seit 1997*

Herr D.: »Mir hat ein verständnisvolles Umfeld geholfen, den Schock der Diagnose zu verarbeiten. Freunde und Familie haben mich darin unterstützt, meinen Weg zu finden und verschiedene Pfade zu beschreiten. Das Internet hat mir bei der Recherche nach Möglichkeiten und anderen Betroffenen geholfen. Gut getan hat es mir, mich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Hilfreich war ein Chef, der mir nach dem Diagnoseschock Raum ließ und auch unter veränderten Vorzeichen an mich glaubte. Psychotherapeutische Gespräche boten mir außerhalb meines familiären und freundschaftlichen Rahmens eine gute Plattform und halfen mir immer wieder, Veränderungen zu verarbeiten. Unterstützend wirkte auch die Änderung meiner Lebensgewohnheiten, insbesondere der Ernährung, aber auch des Umgangs mit Stress, Schlaf und Rekonvaleszenz. Ganz wich-



Übergang hat etwa fünf Jahre gedauert. Das war eine schwere Zeit für mich.«

Frau C.: »Das Schwerste und Schlimmste war für mich, dass man mir nichts ansieht, da ich keine körperlichen Einschränkungen habe. Aber ich hatte Erschöpfungszustände, Füße wie Watte, Kribbeln in Füßen und Händen, auch Formen der Inkontinenz und manchmal Wortfindungsstörungen. Davor hatte ich riesige Angst, wenn ich in meinem Beruf öffentlich auftreten musste.«

gend etwas gegen den Pflegenotstand unternommen werden, damit ich und andere auch im Alter noch selbstbestimmt leben können.«

Frau C.: »Ich wünsche mir, dass ich so bleibe, wie ich bin, denn ich bin glücklich und zufrieden.«



Herr D.: »Für mich war und ist es manchmal schwierig, mich immer wieder auf neue Probleme und Rückschläge einzustellen, unter Umständen von einem Tag auf den anderen. Nicht einfach war auch die geänderte Lebensplanung und Lebensführung durch die Auswirkungen der MS. Als problematisch empfinde ich teilweise auch den Umgang anderer mit mir und meiner Erkrankung. Beispielsweise werde ich schnell in die Behindertenschublade gesteckt, wenn ich von meiner MS berichte, und dann nicht mehr normal behandelt und nicht mehr ganz ernst genommen. Außenstehende können

Herr D.: »Für mich sind ein inklusives gesellschaftliches Klima, Gelassenheit und ein tolerantes solidarisches Umgehen miteinander erstrebenswert. Jede und jeder sollte so akzeptiert werden, wie sie oder er ist, ohne Bewertung und ohne Leistungsansprüche. Generell wünsche ich mir eine zuverlässige Daten- und Faktenbasis und dass Menschen auf dieser Grundlage rationale Entscheidungen treffen.«



tig sind für mich Sport und Rekonvaleszenz: Ich versuche immer wieder, Reparaturmechanismen zu unterstützen und mit möglichst viel Freude den Muskelaufbau und das Nervensystem zu fordern und zu fördern. Das hat mir unfassbar gut geholfen, auch wenn es viel Energie kostet und immer wieder Umstellungen und Neuanfänge mit sich bringt.«

Frau E.:

46 Jahre, MS seit 2001

Frau E.: »Am meisten hat es mir geholfen, auf meinen Körper zu hören, mir selbst etwas Gutes zu tun und im Kontakt mit mir selbst zu sein. Da ich dazu neige, zu funktionieren, viel zu leisten und mich selbst hintanzustellen, vergesse ich das immer wieder. Anfangs nach der Diagnosestellung hatte ich große Angst. Das verschlimmerte die MS. Die Angst ist einer informierten Gelassenheit gewichen, und ich genieße das Leben, gönne mir Schokolade oder ein heißes Bad. Vier Tätigkeiten helfen mir, mit mir in Verbindung zu kommen: joggen, singen, ein gutes Buch zu lesen und Tagebuch zu schreiben. So bekomme ich den Kopf frei und kann die Alltagsorgen beiseiteschieben.«

Frau F.:

65 Jahre, MS seit 1984

Die Fragen

Was hat mir unabhängig von medizinischen Interventionen am meisten geholfen, gut mit meiner MS zu leben?

Was war/ist abgesehen von den körperlichen Einschränkungen das größte Problem für mich im Umgang mit meiner MS?

Was wünsche ich mir bezüglich meiner MS außer einem therapeutischen Durchbruch am meisten?

Frau F.: »Mein Mann und meine Tochter geben mir Mut und Halt, und der Kontakt zu meinen Geschwistern und meiner Mutter helfen mir auch. Als es mir nach Schüben 1989/1990 besser ging, hatten wir uns für die Schwangerschaft entschieden. Die Schwangerschaft verlief sehr gut, aber sechs Monate nach der Geburt kam es zu einem starken Schub. Die deutschen Ärzte hatten mich aufgegeben - als Pflegefall, ans Bett gebunden, nicht in der Lage allein aufzustehen mit 35 Jahren (wörtlich: sie müssen sich mit dem Zustand abfinden und lächeln - wir können nichts für sie tun). Wir haben dies nicht akzeptiert und haben eine Behandlung in Frankreich (Chemotherapie) gemacht und nach einigen Monaten ging es besser (konnte wieder stehen und gehen ohne Roll-



schlecht damit umgehen, dass es mir mal besser und mal schlechter geht, aber das ist für niemanden leicht.«



Frau E.: »Ich erzähle kaum jemandem von meiner MS, da ich die Erfahrung gemacht habe, dann anders angesehen und behandelt zu werden. Das macht mich auch traurig, weil es anderen Mut machen könnte, wenn sie sehen, dass ich mit MS ein aktives Leben führe. Eigentlich könnte ich es jetzt in meinem beruflichen Umfeld offenlegen, weil ich mir hier einen guten Stand erarbeitet habe, der nicht mehr gefährdet ist.«

Frau E.: »Ich wünsche mir einen therapeutischen Durchbruch und bin froh und dankbar, dass ich so beweglich bin. Das genieße ich und ich hoffe, dass es so bleibt. Außerdem wünsche ich mir mehr Offenheit der Ärzte bei der Diagnosemitteilung zum Beispiel. Und ich wünsche mir, dass die Ärzte den Betroffenen mehr zutrauen und ihnen keine Angst machen. Mein Arzt hat mir davon abgeraten, zu joggen und im Ausland zu studieren. Ich bin so froh, dass ich nicht auf ihn gehört habe, denn das Jahr in New York war eines meiner besten Jahre.«

Frau F.: »Für mich sind die größten Probleme,

- dass ich mein Leben nicht so gestalten kann, wie ich es gerne würde;
- dass ich mich immer wieder rechtfertigen muss, warum ich dies und jenes nicht kann – auch gegenüber meinem Mann;
- die Barrieren in der Gesellschaft.«

Frau F.: »Dass die unterstützenden Dienste ähnlich wie in Dänemark (TV-Bericht) aus einer Hand kommen und die Situation der Betroffenen vor Ort kennen und aktiv Hilfe anbieten, auch bei den Formularen. Wenn mein Mann nicht alles für mich organisiert hätte, würde ich ohne Rente und ohne Hilfsmittel schon lange als Sozialfall im Pflegeheim verkümmern. Immer wieder muss man bitten und betteln, als wären diese notwendigen Hilfen ein Luxus. – Was ich mir zudem noch persönlich wünsche: Einen möglichst langsamen



tor). Seit 1998 hat sich die Progredienz verstärkt (erst Krücken, dann Rollator, dann Rolli ab 2004). Seit 2005 habe ich dreimal in der Woche Krankengymnastik. Dabei kenne und schätze ich einen der Krankengymnasten seit damals und auch die beiden anderen bringen eine positive Einstellung mit. Dazu habe ich seit kurzem eine nette Ergotherapeutin und eine fröhliche Dame in meinem Alter, die einmal die Woche kommt und mit mir spricht, Spiele oder Aufgaben macht. Außerdem bin ich ein neugieriger und wissbegieriger Mensch und lese viel (wenn auch nur langsam) und habe mich auch mit dem Tablet und WhatsApp angefreundet. Viele kleine Dinge des täglichen Lebens, wie ein gutes Essen mit Freunden oder ein guter Tropfen Wein oder die Natur helfen mir.«

*Frau G.:
54 Jahre, MS seit 1984*

Frau G.: »Mir hat mein Glauben geholfen, der Glaube daran, dass alles seine Richtigkeit, seinen Sinn hat. Auch Schweres ist wichtig, denn es kann eine neue Richtung weisen. Ich möchte mit niemandem tauschen. Ich bin davon überzeugt, dass man sich seine Realität selber schafft, ohne dass einen eine Schuld trifft. Schon jeder Gedanke hat eine Wirkung.«

*Frau H.:
41 Jahre, MS seit 2001*

Frau H.: »Vorwegschicken möchte ich, dass ich Glück mit einem milden Verlauf habe. Seit sieben Jahren habe ich keine Schübe mehr gehabt. Geholfen hat mir von Anfang an mein Verständnis von Krankheit. Krankheiten gehören für mich als Herausforderung zum Leben dazu. Ich sehe MS als nur eine meiner Herausforderungen und habe die Krankheit nicht in den Mittelpunkt meines Lebens gestellt und zum Glück auch nicht stellen müssen. Mir hat es gutgetan, offen mit der MS umzugehen. Dadurch habe ich viel Unterstützung erfahren: stärkende





Verlauf der Progredienz und einen plötzlichen, schnellen Tod.«

Frau G.: »Für mich ist meine Langsamkeit ein Problem, verbunden damit, dass ich es nicht richtig vermitteln kann, was mich belastet. Zwei Sachen gleichzeitig kann ich nicht im Auge behalten. Wenn ich versuche, mich an das Tempo anderer anzupassen, geht es schief. Das Gleichgewicht in meinem Leben ist zerbrechlich, der Spielraum eng. Wenn ich nicht genau plane, bricht das Chaos aus.«

Frau H.: »Problematisch ist manchmal der Druck, den ich mir selber mache, die hohen Ansprüche, die ich teilweise an mich stelle. Und es passiert immer wieder, dass ich nicht auf mich und meine Grenzen achte und mich überfordere. Dann schlägt die Fatigue zu und ich bin völlig erschöpft.«

Frau G.: »Ich wünsche mir keinen therapeutischen Durchbruch. Ich wünsche mir, dass die Durchschnittstemperatur niemals unter 20 Grad Celsius sinkt. Ich wünsche mir das gleichberechtigte Nebeneinander von Schulmedizin und alternativer Medizin und dass die Krankenkassen auch für Letztere zahlen. Ich wünsche mir mehr Grundfläche in meiner häuslichen Umgebung mit einer guten Anbindung an einen barrierefreien öffentlichen Nahverkehr.«

Frau H.: »Ich wünsche mir, keine Schübe mehr zu haben und weiterhin ein selbstbestimmtes Leben mit MS führen zu können.«



Die Fragen

Was hat mir unabhängig von medizinischen Interventionen am meisten geholfen, gut mit meiner MS zu leben?

Was war/ist abgesehen von den körperlichen Einschränkungen das größte Problem für mich im Umgang mit meiner MS?

Was wünsche ich mir bezüglich meiner MS außer einem therapeutischen Durchbruch am meisten?

Beziehungen in Familie und Freundeskreis und auch therapeutischen Beistand. Das alles hat mir meinen Alltag erleichtert. Wichtig ist es für mich auch, auf meine Grenzen zu achten. Ich Sorge dafür, dass ich genügend Schlaf bekomme, ausreichend Pausen einlege, in der Natur bin, Sport treibe, mich mit lieben Menschen austausche. Wichtig ist das Mitgefühl mit mir selbst gegenüber der Anstrengung, die ein Leben mit MS bedeutet.«

Frau I.:

56 Jahre, MS seit 1996

Frau I.: »Da waren die privaten Bande, die mich gestützt haben. Außerdem arbeitete ich im Gesundheitssystem und wusste daher einiges über die Krankheit. Mein Onkel hat mir als Hausarzt gutartige Verläufe gezeigt. Die Immuntherapien waren noch nicht so verbreitet, so dass es keinen Handlungsdruck gab und ich Ruhe und Zeit hatte, die Diagnose mit meinem Wissen zu verarbeiten. Das würde ich Neubetroffenen heutzutage auch gönnen.«

Herr J.:

35 Jahre, MS seit 2014

Herr J.: Psychisch hat mir vor allem meine Frau geholfen. Sie hat mir Halt gegeben, so dass ich nicht alleine war. Physisch hat mir der Sport geholfen. Bis vor der Corona-Pandemie bin ich regelmäßig geschwommen, und bis heute jogge ich und merke, dass es mir guttut.



Frau I.: »Neben der Unsicherheit bezüglich meines MS-Verlaufs war für mich anfangs vor allem die Angst vor Stigmatisierung im Beruf sehr belastend. Ich hatte Angst, mich zu outen, und habe mich dadurch überfordert. Schließlich musste ich den Beruf wegen der Fatigue aufgeben, was für mich auch sehr schwer war. Außerdem empfinde ich die Fehlentwicklungen bei den MS-Therapien als problematisch, weil hier recht dilettantisch und nicht nach wissenschaftlichen Kriterien vorgegangen wird.«

Herr J.: »Die MS hängt wie ein Damoklesschwert über mir. Sie stellt eine ständige Bedrohung dar verbunden mit der ewigen Frage »was wäre, wenn ...«. Ich kann nicht mehr so frei planen wie früher und wie ich es gerne täte, sondern muss alle organisatorischen Details und Eventualitäten mitbedenken. Das ist eine große Einschränkung.«

Frau I.: »Persönlich wünsche ich mir den Erhalt meiner Gesundheit. Allgemein wünsche ich mir einen Mentalitätswandel, so dass die Betroffenen ernst genommen werden. Sie sollen richtig informiert werden, damit sie selber entscheiden können. Und ich wünsche mir klinische pharmunabhängige Studien, zum Beispiel Therapieoptimierungsstudien, die in der Krebstherapie längst selbstverständlich sind.«

Herr J.: »Ich möchte nicht durch die MS in meinen Ambitionen ausgebremst werden. Die Krankheit soll nicht so einen großen Stellenwert in meinem Leben haben und nicht an erster Stelle stehen. Zum Beispiel wollte ich nie Beamter werden. Jetzt hoffe ich wegen der Absicherung auf eine Verbeamtung. Aber ich will noch so viel mehr im Leben.«



Frau K.:
57 Jahre, MS seit 1995

Frau K.: »Mir hat der Freiraum geholfen, den ich nach der Diagnose hatte. Familie und Freunde haben mich gelassen, waren aber da. Sie hatten und haben Vertrauen in mich. Auch meine Ärztin hat mich gut begleitet. Mir hilft auch das Wissen, dass es andere gibt, denen es ähnlich geht. Als Krankenschwester kannte ich mich ein wenig aus, kam dann aber mit anderen Denkweisen wie dem biopsychosomatischen Modell in Kontakt, was meinen Blick geweitet hat. Ich habe verschiedene Fortbildungen gemacht, was mir immer wieder neue Räume eröffnet hat. Ein großer Schatz sind auch meine verschiedenen Strategien, die ich mir seit der Kindheit angeeignet habe. Ich habe viel Glück gehabt und bin dafür dankbar.«

Frau L.:
70 Jahre, MS seit 1978

Frau L.: »Am meisten geholfen hat mir meine stete Arbeit an mir selbst (in gewissen Phasen begleitet von unterschiedlichen Therapeuten). Ich habe gelernt, besser für mich zu sorgen und habe inzwischen eine sehr positive Einstellung zu mir und meinem Leben gewonnen. Leben – das bedeutet Lernen, Wachstum, Veränderung ... nur niemals Stillstand! - In sehr schwierigen Zeiten wurde das Schreiben zu einem hilfreichen Werkzeug. Dadurch konnte ich viel Schweres loslassen. In gleichem Maße steigerte sich mein Selbstvertrauen. Überhaupt war und ist kreative Beschäftigung wie ein Lebenselixier, auch im künstlerischen Bereich, in der Musik. – Ich bin ein ziemlich disziplinierter Mensch, und das hat mir geholfen, meinen Körper ständig zu trainieren und nach Tiefschlägen wieder auf die Beine zu kommen. Besonders wichtig war und ist für mich in diesem Zusammenhang das Schwimmen. Es belebt mich, beruhigt meine Nerven und stärkt meinen gesamten Körper. – Eine gute Ernährung war für mich immer wichtig. Nicht außer Acht zu lassen sind natürlich eine gute Partnerschaft und ein Beruf, der mich sehr erfüllt.«



Frau K.: »Ich habe Angst davor, dass Menschen mich und meine Symptome nur einseitig zum Beispiel nur unter einem schulmedizinischen Blickwinkel sehen. Wenn ich auf solche engen Sichtweisen treffe, ziehe ich mich zurück und gehe freiwillig in die Isolation.«

Frau L.: »Das größte Problem im Umgang mit der MS war über Jahrzehnte die Angst, die immer da war, sich aber bei jeder neuen Episode verstärkte. Diese Krankheit ist so unberechenbar! Da ich 14 Jahre lang alleinerziehende berufstätige Mutter von zwei Kindern war, stand ich unter sehr starkem Druck – ich durfte auf keinen Fall ›schlappmachen!‹ Mit den Jahren bin ich immer souveräner geworden. Seit den Wechseljahren ist die Vehemenz der Episoden vergangen. Hätte mir jemand gesagt, dass ich mit 70 Jahren in einer derartigen Verfassung sein würde, so hätte ich vielleicht etwas gelassener durch mein Leben gehen können.«

Frau K.: »Ich wünsche mir, dass das Medizinsystem nicht wie eine Reparaturwerkstatt arbeitet, sondern menschenzentriert. Heilung kann man sich abschminken – es geht um Interaktion und die Frage, wie man lebendig bleiben kann. Ich bin kein Neuwagen, will ich auch gar nicht sein. Ich habe Schrammen und Dellen, und das macht mich aus und ist ok. Es geht doch um die Frage, was eine Person will. Dann kann man Angebote machen und dialogisch klären, was passt. Dafür ist eine gute Kommunikation wichtig. Hilfe und Unterstützung sollte für alle ohne lange Behördenkämpfe leicht zugänglich sein. Das darf kein Privileg für Einzelne sein.«

Frau L.: »Die MS hat mich gequält, aber jetzt lebe ich gut mit der Krankheit und hoffe, dass das auch so bleibt. – Auch zerstörte Nerven können sich regenerieren, allerdings über einen längeren Zeitraum. Auf diesem Gebiet und im Bereich der Resilienz sollte unbedingt weiter geforscht werden, weil man damit Patienten Mut machen kann!«



*Frau M.:
40 Jahre, MS seit 2010*

Frau M.: »Mir hat es Freude gemacht, mich mit der MS-Thematik auseinanderzusetzen und darin einzuarbeiten, so dass ich mich zehn Jahre lang in einer Beratungsstelle engagieren und andere Betroffene beraten konnte.«

*Frau N.:
45 Jahre, MS seit 1997*

Frau N.: »Mir hat es geholfen, die Krankheit zu akzeptieren und meinen Lebensrhythmus entsprechend anzupassen. Weil Prüfungsstress mir schadet, habe ich beispielsweise nach dem Abitur nicht studiert. Auch Megapartys müssen auf mich verzichten. Aber ich bin überzeugt »wo eine Tür zugeht, gehen zwei andere Türen auf«. – Der Freundes- und Familienkreis hat mich auch gut unterstützt und positiv reagiert. Auch dadurch war mir immer ein offener Umgang mit der Krankheit möglich und ich sagte mir immer »entweder die Leute nehmen mich so wie ich bin mit MS oder gar nicht«. Schließlich geht es um mich und mein Leben und nicht um irgendwelche Karriereziele. Während ich anfangs noch strenge Diäten ausprobierte, lebe ich jetzt mein normales Leben, auch mal mit Alkohol, aber alles in Maßen.«

*Frau O.:
77 Jahre, MS seit 1968*

Frau O.: »Mein Selbstvertrauen und die Akzeptanz der Fakten haben mir geholfen, mehr (oder weniger) gut mit der MS zu leben.«

Frau M.: »Mein größtes Problem war eine anfängliche Immuntherapie, die ich gegen ärztlichen Rat abgesetzt habe. Seitdem geht es mir gut. Problematisch finde ich auch den schlechten Ruf der MS. So wurde einer Patientin von mir, die mit MS lebt, zu einer Totaloperation geraten; andere MS-Betroffene werden von ihren Partner*innen verlassen, oder Studierende mit MS brechen ihr Studium ab und ziehen zurück zu ihren Eltern, statt ihren Traum zu verwirklichen.«

Frau N.: »Ich brauche meinen Rhythmus mit geregelten Zeiten. Wenn ich meine acht Stunden Schlaf nicht bekomme oder zu viel arbeite oder längere Zeit auf Reisen bin, merke ich es hinterher und fühle mich wie gerädert. Das bedeutet, dass ich in Bezug auf Aktivitäten oder spontane Aktionen zurückschrauben muss.«

Frau O.: »Die MS bestimmte meine Lebensplanung wesentlich.«

Frau M.: »Ich wünsche mir, dass mehr Menschen öffentlich zu ihrer MS stehen, um als Vorbilder wahrgenommen zu werden. Und ich wünsche mir, dass sich das Stigma auflöst, das an der MS klebt. Ich hoffe, dass durch die Langzeitfolgen einer Covid-19-Infektion (Long Covid) die öffentliche Aufmerksamkeit und das Verständnis für Fatigue-Symptome steigt, weil die nicht nur bei MS häufig auftreten, sondern auch bei Long Covid.«

Frau N.: »Bis auf die MS bin ich wunschlos glücklich.«

Frau O.: »Ich wünsche mehr INFO über MS in der Öffentlichkeit. Genaueres Wissen erlaubt einen ganz anderen Umgang damit.«



Herr P.:

60 Jahre, MS seit 1981

Die Fragen

Was hat mir unabhängig von medizinischen Interventionen am meisten geholfen, gut mit meiner MS zu leben?

Was war/ist abgesehen von den körperlichen Einschränkungen das größte Problem für mich im Umgang mit meiner MS?

Was wünsche ich mir bezüglich meiner MS außer einem therapeutischen Durchbruch am meisten?

Herr P.: »Mir hat meine eigene Einstellung zur MS sehr geholfen, denn ich versuche, trotz und mit dieser chronischen Krankheit das Beste aus meinem Leben zu machen. Außerdem hilfreich waren für mich mein ›positives Denken‹, mein Optimismus, mein politisches Engagement, Freunde, Familie, die Partnerin, aber auch Psychotherapie und mein Glauben, denn ich bin ein religiöser oder spiritueller Mensch. Mir tut es gut, auf meine Grenzen zu achten und auch mal ›nein‹ zu sagen. Als positiv habe ich auch den Austausch mit anderen Menschen erlebt, mit Freunden, in einer Selbsthilfegruppe oder bei Seminaren. Ich habe wieder angefangen, Gitarre zu spielen – das schönste Hobby überhaupt.«

Frau Q.:

45 Jahre, MS seit 2009

Frau Q.: »Meine Einstellung und meine Stärke haben mir geholfen: Mit der Diagnose bekam ich auch einen Stapel von Broschüren. Darin las ich, dass MS die Krankheit mit den 1.000 Gesichtern ist. Und ich war überzeugt davon, dass meine MS ein gutes Gesicht hat.

Geholfen hat mir auch, dass ich offen mit der Diagnose umgegangen bin und gute Erfahrungen damit gemacht habe. Ich weiß natürlich nicht, ob man mir im Beruf die eine oder andere Aufgabe aus falscher Rücksicht nicht übertragen hat, um mich nicht zu überfordern.«

Frau R.:

56 Jahre, MS seit 1989

Frau R.: »Der Wendepunkt in meinem Leben, das war die Weiterbildung zur Empowerment-Trainerin. Ich war Mitte 40, gerade berentet worden und fühlte mich aussortiert. Da kam die Ausschreibung für die Weiterbildung, und ich habe mich beworben. Durch die Weiterbildung hat ein Umdenken eingesetzt: Wenn ich mich vorher als »arme Sau« betrachtet habe, konzentriere ich mich seither auf meine Potentiale. Wir haben unser al-

Herr P.: »Wegen der MS habe ich auf eine Familie und eigene Kinder verzichtet. Ich fürchtete die Erblichkeit der Erkrankung und hatte Angst, die Familie bei einem schweren Verlauf materiell und emotional nicht versorgen zu können. In meinem Berufsleben habe ich mich überfordert und bin über meine Grenzen gegangen. Letztlich musste ich wegen der MS meine beruflichen Ambitionen und Möglichkeiten begrenzen. Die MS hat mich also privat und beruflich stark eingeschränkt. Bedauerlich finde ich auch, dass es in meinem durchgeplanten Leben kaum Spielraum für Spontanität gibt.«

Frau Q.: »Anfangs war die Ungewissheit sehr belastend. Ich hatte das Gefühl, keine Kontrolle mehr über mein Leben zu haben. Entsprechend war ich sehr auf meinen Körper fixiert, nahm sensibel jede Veränderung wahr und wusste nicht, was richtig ist. Ich sollte entscheiden, welche Therapie für mich passte. Damit fühlte ich mich überfordert. Es war schwierig für mich, die MS in mein Leben zu integrieren.«

Frau R.: »Mein größtes Problem ist es, im Kopf langsamer zu sein als andere. Das sind kognitive Einschränkungen wie Konzentrationsprobleme, Vergesslichkeit und Fatigue. Ich brauche länger als andere und habe keine Lust, mich immer wieder zu erklären.«

Herr P.: »Ich wünsche mir eine Welt ohne Barrieren mit wirklicher, gelebter Inklusion. Deutschland hat da großen Nachholbedarf. Ich wünsche mir ein Bundesministerium für Inklusion und die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Dann würde hoffentlich mehr für die Barrierefreiheit im Wohnungsbau und im öffentlichen Personennahverkehr getan. Ich wünsche mir, dass Kranken- und Pflegekassen schneller und sachgerechter zum Wohl der antragstellenden Menschen entscheiden. Und ich wünsche mir eine gute Zusammenarbeit der Schulmedizin mit der sogenannten Alternativ- oder Komplementärmedizin.«

Frau Q.: »Ich wünsche mir mehr Aufklärung, damit das negative einseitige rollstuhlfixierte MS-Bild abgelöst wird durch ein Bewusstsein für die Vielfalt von MS-Verläufen. Und ich wünsche mir einen offeneren Umgang mit dem Thema. Dabei können andere MS-Betroffene eine wichtige Rolle spielen, die als Vorbilder zeigen, dass man gut mit MS leben kann.«

Frau R.: »Ich wünsche mir eine andere Imagekampagne zur MS, damit MS nicht immer mit einem Leben im Rollstuhl und bemitleidenswerten Menschen gleichgesetzt wird. Vielmehr wünsche ich mir, dass die Vielfalt der Betroffenen deutlich wird und dass Menschen mit MS durch Empowerment gestärkt



tes Haus verkauft und ein neues barrierefreies Haus gebaut, denn die Rahmenbedingungen müssen stimmen. All das hat zu größerem seelischen Wohlbefinden geführt, ich fühle mich nicht mehr so ausgeliefert. Seitdem geht es mir auch körperlich besser.«

*Herr S.:
69 Jahre, MS seit 1975*

Herr S.: »Mir hat es geholfen, dass ich mich wenig oder gar nicht um die MS gekümmert habe. Die MS gab es nur nebenbei. Ich bin zwar Neurologe, wollte aber lange nicht wahrhaben, dass ich MS habe. Mein Ziel war es, mit wenig Aufwand und viel Freude viel Geld zu verdienen. Und so habe ich bis zum Rentenalter gearbeitet. – Als älterer Rollstuhlfahrer habe ich ein Casting beim Theater mitgemacht und bin genommen worden, so dass ich mehrere mehrmonatige Engagements bekam. Junge, schöne, sportliche Bewerber sind nicht genommen worden – das hat sich gut angefühlt. Und nach einem Auftritt hat eine Zuschauerin zu mir gesagt, sie würde mich beneiden. Dass mich jemand beneidet, davon hatte ich immer geträumt.«



werden. Außerdem wünsche ich mir, dass Ärzt*innen bei der Diagnosemitteilung sensibler kommunizieren, denn auch heute noch erzählt fast jede*r MS-Betroffene eine Horrorgeschichte darüber.«

Herr S.: »Nervenkrank zu sein, empfinde ich als narzisstische Kränkung. Mich ärgert es auch, dass die MS meinen Aktionsradius einschränkt. Beispielsweise hat mich das Bundesministerium für Arbeit und Soziales für den ärztlichen Sachverständigenbeirat angefragt. Gerne hätte ich den Ministeriumsleuten die Welt erklärt, aber wegen der damit verbundenen Fahrerei ging das nicht mehr.«

Herr S.: »Ich könnte ein alltagstaugliches Exoskelett gebrauchen. Und ich möchte noch viel vom Leben, viel Freude haben. Gerne würde ich als Pilot fliegen, auch wenn ich weiß, dass das eine Umweltsauerei ist. Aber dazu ist es wohl zu spät, seit ich die Spastik auch in den Armen habe.«



Er war einer der geistigen Väter der Stiftung LEBENSNERV:

Dr. Wolf Büntig ist gestorben

(17.09.1937 – 14.08.2021)

SIGRID ARNADE

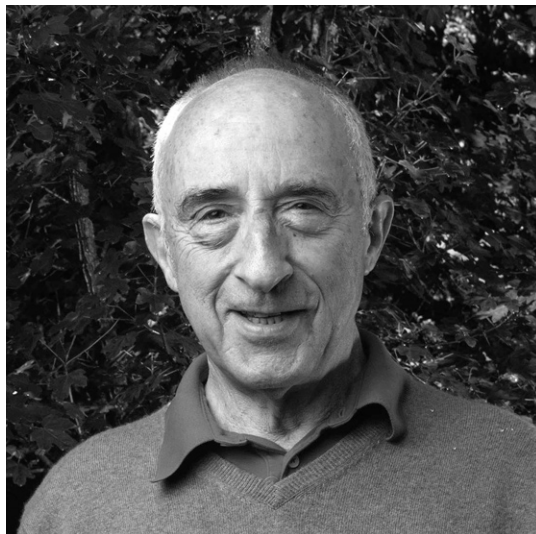
Wer sich mit psychosomatischen Zusammenhängen von Krankheiten beschäftigt, stößt zwangsläufig auf Wolf Büntig. Er gründete 1973 das ZIST (s. Extra-Artikel in diesem Heft) im bayerischen Vor-alpenland, war ein vielseitiger Psychotherapeut, vor allem ein Pionier der Humanistischen Psychotherapie in Deutschland und bis zum Schluss Leiter der ZIST-Akademie für Psychotherapie. Wenn es um die Psychosomatik von Krankheiten ging, beschäftigte Büntig sich zwar schwerpunktmäßig mit Krebserkrankungen, aber in seinen Workshops »Krankheit als Chance« hatten alle gesundheitlichen Störungen und Krisen ihren Platz.

Mitte der 80er Jahre, als ich als Chefredakteurin die Zeitschrift des DMSG-Bundesverbandes verantwortete und entsprechend in München in der damaligen Geschäftsstelle des Bundesverbandes arbeitete, nahm ich Kontakt zu Wolf Büntig auf. Dabei hatte ich die Idee, mit seiner Unterstützung die psychosomatischen Zusammenhänge bei multipler Sklerose intensiver zu beleuchten. Wolf Büntig folgte meiner

Einladung in die Geschäftsstelle. Auch wenn der damalige Geschäftsführer des DMSG-Bundesverbandes Sympathien für das Projekt hegte, scheiterte es letztlich am ärztlichen Beirat.

Persönlich blieb ich in Verbindung mit Wolf Büntig und dem ZIST, besuchte in München eine Zeitlang wöchentlich den Kurs »Krankheit als Chance«, nahm im ZIST Penzberg im Frühsommer 1987 an einem fünftägigen Workshop mit diesem Titel unter Büntigs Leitung teil und hatte einige Einzeltherapiestunden bei ihm. Diesen Erfahrungen verdanke ich vieles von dem, was sich für mich im Umgang mit meiner MS als hilfreich erwiesen hat.

Gleichzeitig festigte sich meine Überzeugung, dass die MS nicht vom Himmel gefallen ist und zufällig mich getroffen hat, sondern dass diese Erkrankung etwas mit mir sowie mit meinen bewussten und unbewussten psychischen Anteilen zu tun hat. Gemeinsam mit Susanne Same (damals Susanne Wolf), die ebenfalls an dem fünftägigen ZIST-Workshop teilgenommen



men hatte, unternahm ich einen weiteren Versuch, ein Forschungsprojekt zu psychosomatischen Zusammenhängen beim DMSG-Bundesverband zu platzieren.

Als auch dieser Anlauf gescheitert war und ich die DMSG aus anderen Gründen verlassen hatte, reifte bei Susanne und mir die Idee, unsere Pläne mit der Errichtung einer Stiftung umzusetzen. In der ganzheitlichen Sicht unserer Erkrankung an MS waren wir beide durch die Begegnung mit Wolf Büntig und seine Sichtweisen geprägt. Nachdem wir die Stiftung LEBENS-NERV gegründet hatten, beglückwünschte uns Wolf Büntig zu diesem Schritt und war fortan Leser unserer Stiftungszeitschrift FORUM PSYCHOSOMATIK. Kontakt zu ihm hatte ich kurzfristig auch bei meinen Umzügen nach Köln und Berlin,

als er mir geeignete Therapeutinnen empfahl.

Nun ist Wolf Büntig gestorben und hinterlässt eine große Lücke. Ich werde mich an ihn und sein großartiges Werk zeitlebens voll Dankbarkeit erinnern. Unter <https://www.zist.de/blog/> steht ein Onlinekondolenzbuch zur Verfügung.

Von ihm geblieben sind viele Veröffentlichungen in Printform, als Audios oder Videos. Einen seiner Texte »Ist Selbsterfahrung politisch?« finden Sie in dieser Ausgabe von FORUM PSYCHOSOMATIK. Einige andere Publikationen von Wolf Büntig können Sie beim ZIST (www.zist.de) unter »Veröffentlichungen« nachlesen. CDs und DVDs von seinen Vorträgen sind kostenpflichtig über www.auditorium-verlag.de zu beziehen.

Ist Selbsterfahrung politisch?

Später Versuch einer Antwort an Monika Seifert ¹

VON WOLF BÜNTIG

Geringfügig redigierter Beitrag zur Festschrift für Hans-Otto Mühleisen zum 65. Geburtstag: Kulturhermeneutik und kritische Rationalität. Maurer F, Schultze RO, Stammen T (Herausgeber). 2006. Kunstverlag Josef Fink, Lindenberg im Allgäu.

Hintergrund

1967/68 ging ich mit Frau und drei Kindern als Austauschforscher nach Buffalo, New York, um ein Labor in Gang zu halten, dessen Inhaber sein Sabbatjahr in München verbrachte. Tagsüber saß ich über eine narkotisierte Ratte gebeugt und untersuchte mithilfe von Mikropunktion einzelner Nierenkanälchen die Harnproduktion. In meiner Freizeit hing ich jedoch oft auf dem Campus herum, beobachtete Studenten, wie sie Kommilitonen zur Wehrdienstverweigerung motivierten und hörte Civil Rights Aktivisten wie Leslie Fiedler, Timothy Leary und den Komiker Dick Gregory eine

neue Gesellschaftsordnung propagieren. Von Martin Luther Kings Rede – ich glaube, es war Warum wir nicht warten können –, ist mir besonders in Erinnerung, dass er sagte, sie, die Schwarzen, könnten die Weißen nicht zwingen, sie zu lieben, doch dazu bewegen, dass sie sich (menschlich) benehmen. Nach seiner Ermordung ging ich mit der ganzen Familie in die Southern Baptist Church zum Gedenkgottesdienst und ließ mich beziehungsweise uns von den Kollegen im Labor für verrückt erklären dafür, dass wir es gewagt hatten, uns zu Zeiten brennender Ghettos als Weiße downtown sehen zu lassen.

¹ Monika Seifert (1932–2002), Tochter der Psychoanalytiker Alexander und Melitta Mitscherlich, war seinerzeit als Mutter der antiautoritären Kinderläden eine prominente Linke. Nachdem sie am Institut für Sozialforschung in Frankfurt über Gaststudenten aus den USA die Schriften Wilhelm Reichs und bei einem Studienaufenthalt in England Alexander S. Neill, den Gründer von Summerhill, kennengelernt hatte, gründete sie in Frankfurt den Verein für angewandte Sozialpädagogik und initiierte die Wiederentdeckung von Wilhelm Reich. Reichs Bücher waren (damals noch als Raubdrucke) bald Bestseller unter Studenten und Linken. Aufgrund seiner Hypothesen zur Funktion der menschlichen Sexualität für die Gesellschaft wurde Reich zum theoretischen Vordenker der sexuellen Revolution. Vor allem aber hatte er (auch über Neill) wegen des Prinzips der Selbstregulierung bis heute nachhaltigen Einfluss auf die Pädagogik. Kinder jeden Alters sollten danach ihre Bedürfnisse frei äußern und selbst steuern können.

In San Francisco, wo ich für das *Cardiovascular Research Institute, University of California San Francisco*, ein Mikropunktionslabor aufbaute, diskutierten wir lange Abende mit jungen Dozenten vom benachbarten *City College* den Vietnamkrieg, faschistische Tendenzen im amerikanischen Alltag, die Anerkennung von Kommunismus als weltanschaulichen Grund für Wehrdienstverweigerung durch den *Supreme Court*, die Studentenunruhen und die vierwöchige Ausgangssperre in Berkeley anlässlich des *War of People's Park*; ich hörte Pete Seeger *Dust Bowl Ballads*, von Woody Guthrie und Buffy Sainte-Marie *The Universal Soldier* singen, ging zu *fund-raising dinners* zugunsten von Freunden, die, weil sie Kinder knüpfelnde Polizisten gefragt hatten, was sie da täten, wegen Anstiftung zum Aufruhr, Widerstand gegen die Staatsgewalt, Beleidigung eines Polizisten und Missachtung des Gerichts angeklagt waren, und marschierte mit hunderttausenden Friedliebenden im *Golden Gate Park* gegen den Einmarsch von amerikanischen Bodentruppen in Kambodscha.

Humanistische Psychologie

In San Francisco kamen wir mit der Humanistischen Psychologie in Kontakt. Wir erfuhren von Aldous Huxley und seiner Entdeckung des

menschlichen Potentials in LSD Experimenten und von Karen Horney, die Freuds Vorstellungen von weiblicher Sexualität in Frage gestellt und Aggression als Leben unterstützende Bewegung – auf das hin, was nährt und nützt, von dem weg, was schadet, und gegen das, was Integrität bedroht – beschrieben hatte.

Wir erfuhren durch Carl Rogers von den Möglichkeiten der Entwicklung zur authentischen Person und durch Erich Fromm von der menschlichen Neigung, lieben zu lernen; durch Rollo May, dass Menschen jenseits ihrer konditionierten Reaktionen und jenseits der Übertragung ihrer früh geprägten Beziehungsmuster eine Wahl haben und zu Absicht und Entscheidung fähig sind; durch Viktor Frankl, dass wir Menschen die Gabe haben, über uns selbst hinauszuwachsen und Sinn zu finden; und durch Roberto Assagioli, dass wir eine Neigung zur Spiritualität haben und Willen entwickeln können.

Ein richtungsweisender Theoretiker der Humanistischen Psychologie war Abraham Maslow. Er ging der Frage nach, was das eigentlich Menschliche am Menschen sei. Dafür studierte er die Lebensweise und das Erleben von besonders gesunden Menschen, die in ihrem Umfeld als beispielhaft menschliche Personen hohes Ansehen genossen.

Aufgrund der Beobachtung, dass die konfliktfrei und selbstverständlich erlebte Befriedigung der Primärbedürfnisse oder Säugetiertriebe Voraussetzung war für die stabile Aktualisierung von spezifisch menschlichen, sogenannten höheren oder Metabedürfnissen, formulierte er die Hierarchie der Bedürfnisse, die sich hierzulande in Wirtschaft und Pädagogik gut durchgesetzt hat, in der Psychologie jedoch weitgehend unbeachtet blieb.

Nach Maslow haben die höheren Bedürfnisse oder Notwendigkeiten – die Freude am Wahren, Schönen und Guten, das Mitgefühl, die Würde, der Dienst an der Gemeinschaft und schließlich die Selbstverwirklichung – Instinktnatur wie die Primärbedürfnisse. Sie sind inbildhaft als Potential angelegt und werden als Wert an einem Vorbild erkannt, als Bedürfnis, als Notwendigkeit und als Auftrag zur Verwirklichung erlebt und durch Übung im Alltag verwirklicht. Da sie von schwächerer Durchsetzungskraft als die Primärbedürfnisse sind, bedarf ihre Verwirklichung der bewussten Entscheidung und des nachhaltigen Wollens.

Maslow postulierte – im Widerspruch zu Freud – aufgrund seiner Beobachtungen an gesunden Menschen, dass Menschen differenzierte Menschlichkeit und Kultur nicht durch Triebunterdrückung, sondern

durch bewussten und freiwilligen Triebverzicht entwickeln. Die Verwirklichung der höheren Bedürfnisse kann in dem Maß als Notwendigkeit, als Auftrag und als Wert erlebt werden, in dem die Grundbedürfnisse der Person nicht durch Konditionierung verbogen wurden und deren Befriedigung infolgedessen – frei von Reaktionen auf von Mangel und Trauma geprägte Vergangenheit – als selbstverständlich erlebt wird.

Ein weiterer wesentlicher Beitrag Maslows zum Verständnis vollen Menschseins war sein Studium der *peak experiences* (Gipfelerlebnisse). Die besonders gesunden Menschen, die er studierte, berichteten gehäuft über Durchbrüche in eine Wirklichkeit, welche die durch Konsens konstruierte Alltagsrealität gleichzeitig überstieg und umfasste. Diese den von Graf Dürckheim beschriebenen Seinsfühlungen entsprechenden Momente stiller Ekstase waren verbunden mit dem Erleben von Weite und Befreiung von Bedingtheit, mit Erweiterung des Bewusstseins, mit Verbundenheit mit allen Menschen und allem Leben und mit Gefühlen von Glückseligkeit. Maslow beobachtete auch, dass die sogenannten neurotischen Menschen dazu neigen, Gipfelerlebnisse in dem Maß zu leugnen, in dem sie in unbewusster Reaktion auf Vergangenheit bezie-

hungsweise Übertragung früher Erfahrung in die Gegenwart hinein befangen waren.

Fazit: Für Maslow stehen Ästhetik, Geistigkeit, Dienst an der Gemeinschaft und Spiritualität nicht im Widerspruch zur Natur, sondern sind wesentlicher Ausdruck menschlicher Natur: Des Menschen eigentliche Natur ist seine Menschlichkeit.

Der Vorwurf

Die Begegnung mit der Humanistischen Psychologie veränderte mein Leben. Ich hängte meine Karriere als Physiologe an den Nagel, absorbierte in San Francisco und Umgebung in knapp einem Jahr etwa 600 Stunden Vorträge, Seminare und Selbsterfahrung in unterschiedlichen Methoden und legte so einen Grundstock für meine spätere Arbeit als Psychotherapeut.

Als wir 1970 nach München zurückkamen, fanden wir Deutschland grundlegend verändert: Wir sahen Polizisten mit Bärten, Postboten ohne Schlips, im Park Fußball spielende Arbeiter, die notfalls ganz regelwidrig die Hände zu Hilfe nahmen, und ein Pärchen, das leidenschaftlich Ping-Pong spielte – ohne Netz; wir wurden Zeugen von Straßenschlachten, die zur Einstellung eines Polizeipsychologen führten, wir lasen Wilhelm Reich und wir versuchten, unsere Kinder nach

den Prinzipien von *Summerhill* zu erziehen.

Bevor wir uns für ZIST entschieden, stand für eine kurze Zeit zur Diskussion, ob ich mich Hartmut von Hentigs Team für den Aufbau der Laborschule Bielefeld anschließen sollte, und studierte ein paar Semester Pädagogik. Im Seminar von Professor Schiefele fiel mir auf, dass revolutionsbegeisterte Kommilitonen, während sie über die Würde von Putzfrauen diskutierten, ihre Zigarettenkippen auf dem Fußboden austraten und erleichtert waren, wenn sie vom studentischen Mitfahrdienst nicht an Proletarier vermittelt wurden, weil sie mit denen nicht zu kommunizieren verstanden. Da begriff ich mein Unbehagen angesichts des wilden Gehabes um mich herum etwas besser: von derart Unfreien wollte ich lieber nicht befreit werden.

Als von Hentig mir absagte, setzte ich meine psychotherapeutische Weiterbildung fort, ließ mich in freier Praxis nieder, begann Selbsterfahrungsgruppen zu leiten und baute mit meiner Frau Christa und vielen Helfern das *Seminarzentrum ZIST Penzberg* auf.

Anfang der 70er Jahre gingen viele der 68er Linken in Selbsterfahrungsgruppen. Sie waren freiwillig arbeitslos und lebten sehr bescheiden, um Zeit und Geld für die Gruppen zur Verfügung zu haben. Sie

vermuteten, dass der Grund für das von ihnen als Scheitern erlebte Abflauen der Revolution der *subjektive Faktor* war. Sie ahnten oder begriffen, dass sie die Massen nicht befreien konnten, solange sie selbst – in Reaktion auf eine von Mangel und Trauma geprägte Sozialisierung – gefangen waren in eingefleischten Mustern von Wahrnehmung, Fühlen, Denken und Handeln. In der Arbeit mit ihnen waren nicht selten für diese Klientel typische Widerstände gegen Veränderung zu beobachten. Zum einen fürchteten manche, dass ihnen der revolutionäre Dampf ausgehen könnte, wenn sie sich auf Selbsterfahrung einließen. Andere hatten, wenn sie in Selbsterfahrungsgruppen oder gar in Einzeltherapie gingen, ein schlechtes Gewissen und fürchteten, als *unpolitisch* abgekanzelt zu werden und damit die Zugehörigkeit zu der Gruppe, der sie angehörten, zu gefährden. Eine streng gläubige Kommunistin, die aus gutem Grund zu mir in Einzeltherapie kam, musste jede Sitzung vor einem Tribunal der *Roten Zelle*, der sie angehörte, rechtfertigen, was sie als regelrechten Psychoterror erlebte, wodurch die therapeutische Arbeit erheblich erschwert, aber auch vertieft wurde.

»Du bist ja völlig unpolitisch!« war in den 70er Jahren ein so häufig vorgebrachter wie schlimmer Vor-

wurf. Das hatte vermutlich weniger mit Thomas Manns *Betrachtungen eines Unpolitischen* zu tun als mit Klassenkampf und Bewusstseinsveränderung der Massen. Wie auch immer: Selbsterfahrung galt, wie Psychotherapie, als unpolitisch. Meine Arbeit, die ich liebte, deren Entwicklung ich mich mit Leidenschaft widmete und für die sich namhafte Angehörige des Münchener psychoanalytischen Establishments interessierten, galt in den Augen derer, zu denen ich gehören wollte, als individualistisch, konformistisch und damit unpolitisch. In San Francisco war ich Teil des *human potential movement* gewesen, einer Bewegung, in der soziales Engagement und Bewusstseinsweiterung in lebendiger Wechselwirkung standen, wenn nicht einander bedingten. Wieder zu Hause musste ich mich entscheiden, so schien es mir, zwischen der Zugehörigkeit zum psychotherapeutischen Establishment einerseits und der Bewegung der Zeit andererseits. Ich entschied mich – eher unbewusst – dafür, mich nicht parteilich zu entscheiden, sondern der Bewusstseinsweiterung beider Parteien zu dienen. Doch der Vorwurf, unpolitisch zu sein, beschäftigt mich bis heute.

Wie macht Ihr das?

Eines Tages fand ich frühmorgens Monika Seifert [*] versonnen im Dämmerlicht des unbeleuchteten Speisesaals von ZIST stehend. Als ich sie fragte, »Was machst denn Du hier so früh am Tage?«, antwortete sie, eher fragend: »Ihr produziert hier doch Mehrwert? («So kann man das sehen«, sagte ich.) Und man merkt das nicht in den Beziehungen. («Das freut mich, dass Du das so siehst.») ... Wie macht Ihr das?« («Das ist eine gute Frage«, antwortete ich.)

»Wie macht Ihr das?« ist wirklich eine gute Frage, die seither immer wieder einmal auftaucht und der ich hier und heute nachgehen will: Wie kann man das kapitalistische System mit Darlehen und Kapitaldienst (was für ein verräterisches Wort!) nutzen, um ein Zentrum für Bewusstseinsweiterung aufzubauen, ohne davon bestimmt zu werden – ohne dem Mammon zu dienen? Wie kann man einen kommerziellen Betrieb leiten und für sich selbst und andere als Mitmensch wahrnehmbar bleiben? Wie kann man Autorität wirken lassen ohne autoritäre Strukturen? Wie kann man führen, das heißt anderen vorausgehen, ohne sich über sie zu erheben? Wie kann man Kompetenz einbringen, ohne sich besser als andere zu wähnen. Wie kann man (in der Sprache der östlichen

Traditionen bis hin zu Jesus von Nazareth) in dieser Welt, in der wir leben, wie kann man in der bedingten Realität funktionieren, ohne die Verbindung zur unbedingten Wirklichkeit – zu der Welt, aus der wir kommen – ganz zu verlieren?

Wie macht man das? Indem man es tut. Das ist einfach und doch sehr schwer – wie alles Einfache. Die Antwort ist jeweils im zweiten Teil der Frage enthalten – siehe unten am Ende des Beitrags.

Potentialorientierte Selbsterfahrung

Therapeutische Selbsterfahrung zielt auf Linderung oder Überwindung von Leiden mit Krankheitswert, wie es im Jargon der Krankenkassen heißt.

Umfassender dient Selbsterfahrung der Einsicht ins eigene Gewordensein, das heißt in die Prägung durch Geschichte, mittels der führenden Erkundung und geistigen Reflektion des eigenen Erlebens und der meist unbewussten Motivation des Handelns insbesondere in kritischen Situationen: »Warum sehe ich mich selbst anders als andere, warum werde ich nicht verstanden, warum verhalte ich mich anders als ich will? Wie kommt es, dass ich unter Druck automatisch und eingefahren reagiere statt der Situation angemessen zu handeln? Warum benehme ich mich gegen-

über der Person, die ich zu lieben glaube und behaupte, oft so hässlich?»

Das Bedürfnis nach Selbsterfahrung kann aber auch durch eine Grenzerfahrung ausgelöst werden, die zur Hinterfragung der vertrauten Muster in Wahrnehmung, Fühlen, Denken und Handeln führt: »Wer bin ich, wenn ich – ergriffen von der Schönheit eines Bildes oder eines Musikstücks; im Herzen berührt durch das Lied einer Amsel; allein und doch aufgehoben in der Stille des Waldes oder auf dem Gipfel eines Berges; hingegeben an eine Liebe – mich nicht mehr kenne wie gewohnt, mich unerwartet frei von Angst und Groll, weit, still, klar und glücklich fühle?» und schließlich »Wie muss ich leben, um bereit zu sein für ein Sein in jener die Alltagsrealität übersteigenden und umfassenden Wirklichkeit?»

Gebunden durch die im Charakter eingefleischte Abwehr von Erinnerung leben wir im ständigen inneren Konflikt. Einerseits verlangt die Kinderseele, die mit Mangel und Trauma mithilfe von Verleugnung, Verdrängung, Abspaltung und Depression fertig zu werden gelernt hat, endlich Beachtung, Anerkennung und Genugtuung. Andererseits unterdrücken wir uns selbst mit den verinnerlichten familiären und gesellschaftlichen, Über-Ich genannten Kontrollinstanzen. Wir war-

nen, mahnen, drohen, kritisieren, verfolgen, verklagen und verurteilen uns selbst, treiben uns an und machen uns klein oder aber loben und idealisieren uns selbst und blasen uns auf – und drücken uns so vor der Verantwortung für die Entfaltung unseres Potentials zu persönlicher Eigenart.

Tiefenpsychologisch orientierte, auf Verständnis der in der Kindheit geprägten Psychodynamik ausgerichtete Selbsterfahrung kann tiefe Gefühle reaktivieren und heftige Emotionen auslösen, die lange verdrängt und abgespalten wurden beziehungsweise unterdrückt waren. Die Regression genannte emotionale Entladung wird nach anfänglichem Widerstand als entlastend erlebt und kann zur Lösung von eingefleischten Mustern führen. Sie wird allerdings heutzutage oft vermieden aus Angst vor der sogenannten Retraumatisierung. Sowohl klinische Erfahrung als auch Hirnforschung deuten darauf hin, dass unbewusst emotional vollzogene Erinnerung an traumatisierende Erfahrung vom Organismus so verarbeitet wird, als habe man sie tatsächlich noch einmal erlebt, und so zu einer Bestätigung der defensiven Strukturen führt. Potentialorientierte Psychotherapie begegnet den in der Übertragung mobilisierten schmerzlichen Beziehungserfahrungen der Vergangenheit und

den damit verbundenen Befürchtungen, diese könnten sich in der Gegenwart der Selbsterfahrungsgruppe wiederholen, indem die therapeutische Beziehungsperson beharrlich zur Wahrnehmung der veränderten Gegenwart einlädt. Dann nämlich, und nur dann, dient die emotionale Mobilisierung einer vertieften Einprägung der neuen, ergänzenden und damit heilsamen Erfahrung.

Eine besondere Bedeutung kommt dabei dem Fühlen zu. Fühlen ist etwas anderes als die Wahrnehmung von Gefühlsreaktionen auf unspezifische Reize, denen wir, wiederum in der Regel unbewusst, eine alte, einer fernen Vergangenheit entsprechende Bedeutung geben.

Fühlen ist die besonnene, der gegenwärtigen Situation gemäße Deutung eines mit Sinnen wahrgenommenen Reizes. Fühlen ist eine Wertungsfunktion, die uns informiert, ob wir unsere Muskulatur für Annäherung, Kampf oder Flucht mobilisieren sollen. Fühlen ist der erste und entscheidende Schritt der Überwindung vertrauter Selbst- und Weltbilder. Beharrliches Fühlen mobilisiert zunächst Erinnerung und entsprechende emotionale Abreaktion, dann die Wahrnehmung einer bergenden Beziehungsumgebung, dann die Entdeckung unbekannter Bewusstseinsräume und

schließlich die Bereitschaft zur Hingabe an das Leben in einer sich ständig wandelnden Gegenwart und damit zur Selbsttranszendenz.

Ein Beispiel: Eine ebenso kraftvolle wie emotional zurückhaltende Frau, die erstmals an einer Selbsterfahrungsgruppe teilnimmt, erlebt die Erregung angesichts der neuen Situation zunächst reaktiv als Angst. Bei näherem Hinspüren deutet sie diese neu und der Situation gemäß als Neugier. In ihrer Kindheit war Neugier von den emotional beschränkten Eltern mit Missbilligung und Strafe geahndet worden. In der gegenwärtigen Situation erlebt sie die Gruppe als interessiert, mitfühlend und unterstützend. Sie lässt sich auf vertieftes Fühlen ein und entdeckt in sich einen Raum, der größer ist als der durch ihre Haut begrenzte. Durch weiteres fühlendes Erkunden dieses inneren Raumes entdeckt sie Stille, Klarheit, Stärke, Wahrheit, Schönheit, ein inneres Zuhause, Verbundenheit mit allen Menschen, also Mitmenschlichkeit, und ein Gefühl der Verantwortung für die Gestaltung ihres Lebens im Dienst des Lebens insgesamt.

Ist nun Potentialorientierte Selbsterfahrung politisch? Ich glaube ja, insofern sie über die Restauration von Beziehungs- und Leistungsfähigkeit hinaus auf den Abbau autoritärer Strukturen sowohl

bei den Tätern wie bei den Opfern abzielt, die Entfaltung als Potential angelegter menschlicher Qualitäten wie Autonomie und Mitgefühl fördert und letztlich Selbstverwirklichung im Dienst an der Gemeinschaft anregt und unterstützt.

Durch Potentialorientierte Selbsterfahrung können wir als Mitmenschen wahrnehmbar bleiben lernen, indem wir uns selbst annehmen, sein lassen und zeigen, wie wir sind. Wir können uns unseren sogenannten Existenzängsten stellen und mit Scheitern und Schuld leben lernen. Wir können unsere eigenen autoritären Muster – als Täter wie als Opfer – wahrnehmen lernen. Wir können aufhören, uns zu vergleichen und zu konkurrieren und stattdessen lernen, einander zu unterstützen in unserer spirituellen Entwicklung. Wir können miteinander die Erinnerung an Momente der Einheit mit allem Sein pflegen; die Muster in Wahrnehmung, Fühlen, Denken und Handeln hinterfra-

gen, die uns dieser Einheit entfremden; unser Leben so gestalten lernen, dass wir offen bleiben für die unbedingte Wirklichkeit und unseren Alltag auf sie gerichtet gestalten. Und wir können erkennen, dass wir – ob Männer oder Frauen, Arme oder Reiche, Gestrandete oder Erfolgreiche, Europäer oder Afrikaner, Maori oder Inuit – in unserem Wesen von der gleichen menschlichen Natur sind und uns nur durch unsere kulturellen Bräuche und durch unsere Sozialisierung geprägte, geformte oder verformte Individualität unterscheiden. Dessen eingedenk können wir – jeder an seinem Platz und oft nur in kleinen Schritten – im Alltag darauf hinarbeiten, dass wir uns selbst und einander unsere Beschränktheit vergeben, unsere Stärken würdigen, Verständnis für einander entwickeln und so einen bescheidenen Beitrag zur Entfaltung der Menschlichkeit leisten.

Quelle: <https://www.zist.de/de/veroeffentlichung/ist-selbsterfahrung-politisch>

Erscheinungsjahr: 2011 (Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Familie Büntig).



**ZIST**

Entfaltung des menschlichen Potentials

ZIST ist ein Institut für persönliche und berufliche Fortbildung zur Entwicklung menschlicher Kompetenz durch Selbsterfahrung in Krisenhilfe, Wegbegleitung und Psychotherapie vor dem Hintergrund der Humanistischen Psychologie in herrlicher Alleinlage im bayerischen Voralpenland. Das Ziel der Arbeit von **ZIST** ist die Entfaltung des menschlichen Potentials zu erfülltem Menschsein von Individuen und Gruppen in ihren sozialen Bezügen.

Seit seiner Gründung durch Dr. Wolf Büntig und Christa Büntig im Jahr 1973 ist **ZIST** ein unabhängiges und überkonfessionelles Zentrum mit eigenem Programmangebot, das im Laufe seines Bestehens wesentlichen Entwicklungen der Humanistischen Psychologie Raum für Erforschung und Verbreitung geboten hat. Denn die Humanistische Psychologie ist der theoretische Hintergrund der Arbeit von **ZIST**, so wie sie als *Dritte Kraft* in den 1960er-Jahren – neben Psychoanalyse und Verhaltensforschung – entwickelt wurde.

Der in **ZIST** praktizierte Ansatz integriert unterschiedliche westliche und östliche Quellen und Traditionen der Menschenkunde. Transzendenz – die Fähigkeit und Möglichkeit, über sich hinauszuwachsen – wird als ein wesentlich menschliches Potential gesehen.

Deshalb umfasst das Programm auch Angebote zur konfessionsübergreifenden spirituellen Praxis und bietet Unterstützung an auf dem Weg der Selbsterkundung für diejenigen, die lernen wollen, die vertraute, gesellschaftlich geprägte Realität unterscheiden zu lernen von jener umfassenden Wirklichkeit, die nur durch persönliche Erfahrung wahrgenommen werden kann.



Die Angebote von ZIST

Die ZIST-Veranstaltungen bieten ganz allgemein: **Wegbegleitung** in der ursprünglichen Bedeutung des griechischen *therapeuein*: auf dem Weg begleiten, dienen, pflegen, achtsam anwesend sein, (Gott im anderen) ehren; jedoch keine Heilbehandlungen zur Beseitigung von Krankheiten, deren Behandlung vom Gesetzgeber den Ärzten, Psychologen und Heilpraktikern vorbehalten ist.

In den **Selbsterfahrungsgruppen** von ZIST werden Methoden eingesetzt, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unterstützen: zum einen bei der Entwicklung von ganzheitlicher Gesundheit; zum anderen bei der Wahrnehmung und Verwirklichung ihres Bedürfnisses nach erfülltem Sein und nach sinnvollem Tun im Dienst an der Gemeinschaft.

In den **Fort-, Weiter- und Ausbildungen** lernen Fachkräfte, die mit Menschen arbeiten, auf professionell hohem Niveau verschiedene Verfahren und Methoden der Selbsterkundung und Menschenführung kennen und praktizieren. Wissen wird dabei immer auch über Erfahrung vermittelt.

In der **ZIST Akademie für Psychotherapie** werden Psychologinnen und Psychologen zu Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz mit dem Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ausgebildet. Das Gedankengut der Humanistischen Psychologie und die jahrzehntelange Erfahrung von ZIST in *Potentialorientierter Psychotherapie* sind in diesem staatlich anerkannten Ausbildungsinstitut fest verankert.

Mehr Informationen und Fotos gibt es auf der Webseite **www.zist.de**
ZIST gemeinnützige GmbH, Zist 1, 82377 Penzberg

In der letzten Ausgabe von FORUM PSYCHOSOMATIK haben wir über »10 Merkposten« zu einer »Inklusiven Gesundheitssorge« berichtet, wie sie im Dritten Teilhabebericht der Bundesregierung beschrieben werden. Gegen Ende dieser Merkposten wurde der Begriff der »Health Literacy«, auf Deutsch »Gesundheitskompetenz«, genannt und dieser Kompetenz wachsende Bedeutung zugewiesen. Doch was genau versteht man unter »Gesundheitskompetenz«? Dazu bringen wir in dieser Ausgabe einen Aufsatz, der den Leitbegriffen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) entnommen ist. Gerade in Zeiten von Corona mit einer Zunahme von Fehl- und Falschinformationen, ist es unserer Meinung nach erforderlich, sich umfassende Kompetenzen anzueignen und »Selbst-geführt« (siehe dazu unsere Buchbesprechung auf S. 40) verantwortliche Entscheidungen für sich und andere zu treffen (d. Red.).

Health Literacy / Gesundheitskompetenz

VON THOMAS ABEL, EVA BRUHIN, KATHRIN SOMMERBALDER, SUSANNE JORDAN

Der aus dem angloamerikanischen Raum stammende Begriff Health Literacy wird im deutschen Sprachraum zunehmend mit Gesundheitskompetenz übersetzt. Eine systematische Auseinandersetzung mit den inhaltlichen und praktischen Konsequenzen dieser Übersetzung fehlt bis heute, weshalb im Folgenden die beiden Begriffe synonym verwendet werden.

Der Begriff Health Literacy wurde anfänglich, d.h. seit den 1970er-Jahren, überwiegend im Rahmen der schulischen Gesundheitserziehung (Bildung zu Gesundheitsfragen) verwendet. Nachfolgend kam der Begriff dann in zwei unterschiedlichen Feldern, systematisch ausgearbeitet, zur Anwendung: In der Entwicklungszusammenarbeit wird Health Literacy im Zusammenhang mit Erwachsenenbildung und Empowerment als ein wichtiger Bestand-

teil der Entwicklung von Gemeinschaften - »community development« - verwendet. Im medizinischen Versorgungssystem unter dem Thema Patientenführung bezieht sich Health Literacy dagegen auf einen individuenbezogenen Ansatz zur Verbesserung des Patientenwissens.

In dieser Perspektive wird heute unter Gesundheitskompetenz allgemein die Fähigkeit von Individuen verstanden, Gesundheitsinformationen zu verstehen und entsprechend aufgeklärt zu handeln. Die Gesundheitskompetenz ermöglicht den Menschen, sich als Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem zurechtzufinden und präventive und therapeutische Empfehlungen umsetzen zu können. Die Förderung der Gesundheitskompetenz wird aus dieser Perspektive häufig mit verstärkter Compliance (Therapietreue)

und verbesserten klinischen Ergebnissen begründet. Dementsprechend wird dabei angestrebt, die Gesundheitskompetenz über verständliche Informationen und verbesserte Zugänge zu Informationen zu stärken.

Anders aus der Perspektive der Gesundheitsförderung: Hier geht der Begriff der Gesundheitskompetenz deutlich über das Verstehen und Anwenden von Gesundheitsinformationen hinaus. Health Literacy beschreibt alltagspraktisches Wissen und Fähigkeiten im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, mit dem eigenen Körper ebenso wie mit den gesundheitsprägenden sozialen Lebensbedingungen (Determinanten der Gesundheit). Diese Kompetenzen werden primär über Kultur, Bildung und Erziehung vermittelt bzw. weitergegeben. Gesundheitskompetenz ist so ein integrierter Bestandteil von kultur-basierten Ressourcen, deren Akquirierung und Nutzung stark durch den sozialen Hintergrund der Menschen geprägt wird.

Zur Gesundheitskompetenz gehört neben dem alltagspraktischen auch spezialisiertes Wissen – zum Beispiel über individuelle und kollektive Gesundheitsrisiken oder über Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen. Sie prägen die Möglichkeit und Motivation von Individuen, Gesundheitswissen aus ihren jeweiligen Lebenswelten zu erschließen und in unterschiedlichen Handlungsfeldern (zum Beispiel Fami-

lie, Arbeitsleben, Gesundheitssystem) für ihre Gesundheitserhaltung und -förderung zu nutzen. Gesundheitskompetenz wird so primär als Ressource und Potenzial verstanden, die dazu beitragen kann, dass Individuen mehr Kontrolle über ihre Gesundheit und über gesundheitsbeeinflussende Faktoren (Gesundheitsdeterminanten) erlangen. Im Idealfall können über eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz sowohl individuelle Gesundheitsgewinne erreicht als auch Verbesserungen in den Rahmenbedingungen für die Gesundheit erzielt werden. Die Bedeutung von Health Literacy für Gesundheitsförderung wurde 2016 in der »Shanghai-Erklärung über Gesundheitsförderung« adressiert, in der Health Literacy als eine von drei zentralen Prioritäten zur Gesundheitsförderung benannt wird (siehe Internetlink zum Ende des Artikels, d. Red.).

Für die Gesundheitsförderung liegt in dieser Verbindung von individuellen Kompetenzen und strukturellen Bedingungen ein wichtiger Ansatzpunkt für eine kritische Anwendung des Konzepts. Dabei sollen Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz in den Lebenskontext und das Relevanzsystem der Zielgruppe eingebettet werden. Dazu gehört, dass die Gesundheitskompetenz aus einer nutzerorientierten Perspektive gefördert wird und die Interventionen an den jeweiligen Bedürfnissen, Vorstellungen und Lebensweisen der Zielgruppe anknüpfen.

Im Hinblick auf ihre spezifischen Wirkungen können drei Formen von Health Literacy unterschieden werden:

- 1 Funktionale Form: Grundfertigkeiten im Lesen und Schreiben, die es ermöglichen, im Alltag zu funktionieren; beispielsweise das Verstehen von gesundheitsrelevanten Informationen.
- 2 Interaktive Form: fortgeschrittene kognitive und soziale Fertigkeiten, die zur aktiven Teilnahme am Leben notwendig sind. Dazu gehören insbesondere Informationsbeschaffung und -austausch mittels Kommunikation und die Umsetzung dieser Informationen in den Lebensalltag; beispielsweise Informationsbeschaffung zu gesundheitsförderlichen Themen im sozialen Umfeld.
- 3 Kritische Form: fortgeschrittene kognitive und soziale Fertigkeiten, die es ermöglichen, Informationen kritisch zu analysieren und diese im Sinne einer verbesserten Lebensbewältigung optimal zu nutzen; einschließlich einer kritischen Auseinandersetzung mit Empfehlungen für eine gesunde Lebensführung.

In empirischen Studien konnten statistische Assoziationen von Gesundheitskompetenz (meist wurde nur die funktionale Gesundheitskompetenz erfasst) mit einer Reihe von Gesundheitsindikatoren wie zum Beispiel gutem Gesundheitszustand oder Lebenserwartung gezeigt werden. Im Zuge der Etablierung

des Ansatzes wurde eine Verbesserung von Health Literacy in der Bevölkerung in die gesundheitspolitischen Ziele und Maßnahmen verschiedener Nationen (zum Beispiel Australien, Großbritannien, USA, Österreich und Schweiz) aufgenommen. In Deutschland wurde 2017 die »Allianz für Gesundheitskompetenz« gegründet, in der zentrale Akteure des Gesundheitswesens angekündigt haben, Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitswissens zu entwickeln.

Ein Nationaler Aktionsplan folgte 2018, der wissenschaftlich-zivilgesellschaftlich erstellt und unter der Schirmherrschaft des BMG (Bundesministerium für Gesundheit, d. Red.) die Förderung von Gesundheitskompetenz in den Lebenswelten (Settings) und innerhalb des Gesundheitssystems anstrebt (siehe Internetlink zum Ende des Artikels, d. Red.). In den Aktionsplan haben die Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit und Förderung von Partizipation als grundlegende Prinzipien zur Förderung von Health Literacy Eingang gefunden.

Die wachsende Zahl von neuen umfassenden und spezifischen Ansätzen von Health Literacy und ihrer Messung in der Bevölkerung (wie zum Beispiel der European Health Literacy Survey) kann aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass bis heute eine Einbettung in den breiteren Ungleichheitsdiskurs kaum stattfindet. So findet sich häufig eine Verbindung von einseitig Individuen-zentrierten Anwendungen des

Konzepts mit einer starken Betonung der sogenannten »Eigenverantwortung« für Gesundheit bei gleichzeitiger Vernachlässigung der strukturellen Ungleichverteilung der sozialen, ökonomischen und kulturellen Ressourcen für Gesundheit. Analysen des politischen Charakters des Konzepts Gesundheitskompetenz fehlen bis heute. Notwendig erscheint auch eine systematische Abgrenzung von vorhandenen Konzepten in der Gesundheitsförderung wie Gesundheitsbildung, Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung (Gesundheitsförderung).

Inhaltliche und praxisrelevante Verbindungen lassen sich auch zu weiteren neueren Ansätzen der Gesundheitsförderung herstellen, so zum Beispiel zum Konzept des kulturellen Kapitals und des »Sozialen Kapitals«. Auf kollektiver Ebene, beispielsweise in Gemeinden, können insbesondere die interaktive und kritische Form von Health Literacy wichtige Komponenten beim Aufbau und bei der Nutzung von gesundheitsförderlichen Sozialen Netzwerken sein.

Beispiele für die Stärkung der Health Literacy sind die Verbesserung der Kommunikationskompetenzen in der HIV/Aids-Prävention, partizipative Modelle des Wissensaustausches (zum Beispiel in Selbsthilfegruppen) sowie Programme mit dem Ziel, chronisch kranke Menschen in ihrem umfassenden Erfahrungswissen über ihre Krankheit zu stärken (zum Beispiel das Selbstmanagementprogramm »Gesund

und aktiv leben«). Dabei hängen die Entwicklung und die Anwendbarkeit der Gesundheitskompetenz oftmals auch vom jeweiligen Gegenüber ab, so zum Beispiel von der Bereitschaft und Fähigkeit von Ärztinnen und Ärzten, ihre Patientinnen und Patienten als gleichwertige Kooperationspartner zu behandeln und zu deren Gesundheitskompetenz beizutragen (zum Beispiel das Projekt Gesundheitscoaching). Mit



der zunehmenden Bedeutung der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung wird Gesundheitskompetenz auch als explizite Zielgröße bzw. Outcome-Variable kontinuierlich als ein Kriterium einer evidenzbasierten Gesundheitsförderung an Bedeutung gewinnen.

In vielen bereits bestehenden Interventionen der Gesundheitsförderung lassen sich Potenziale zur Stärkung der Gesundheitskompetenz erkennen. Das Projekt »FemmesTISCHE«, koordiniert und durchgeführt vom Schweizer Verein Elternbildung CH, will Erziehende in ihrer sozialen Kompetenz stärken und bezweckt eine soziale Vernetzung zu Fragen von Erziehung, Gesundheit und Suchtprävention. Dabei lädt eine Gastgeberin Frauen zu sich nach Hause ein. Die Moderatorin führt durch das Treffen und ermöglicht eine Diskussion der Themen. Dieses Projekt kann über den sozialen Austausch insbesondere die interaktive Health Literacy fördern.

Ebenfalls einen partizipativen und niedrigschwelligen Ansatz verfolgt das Projekt Stadtteilmütter des Berliner Stadtbezirks Neukölln. Es spricht Familien mit Migrationshintergrund an, die bisher wenig oder gar keinen Zugang zum Erziehungssystem hatten. Im Projekt werden Frauen mit ähnlichem soziokulturellem Hintergrund auf die Themen Erziehung, Bildung und Gesundheit geschult. Anschließend suchen sie andere Familien des eigenen Kiezes auf und geben ihnen, unterstützt durch eine Tasche mit Informationsmaterialien, ihr Wissen weiter.

Bedingt durch die Tatsache, dass Gesundheitskompetenz in einer Vielzahl unterschiedlicher Kontexte entsteht (Familie, Schule, Arbeitsplatz, Vereine und auch in virtuellen Interaktionsräumen), sind intersektorale Interventio-

nen zur Förderung der Gesundheitskompetenz wichtig. Ein Beispiel dafür ist »Skilled for Health« (auf Deutsch: »Kompetent für die Gesundheit«, d.Red.) aus Großbritannien. Dieses Projekt wird vom britischen Bildungs- und Gesundheitsdepartement gemeinsam getragen und in Zusammenarbeit mit einer privaten Wohltätigkeitsorganisation durchgeführt. »Skilled for Health« ist ein Erwachsenenbildungsprogramm zum Thema Gesundheit. Das Projekt soll die Verbesserung allgemeiner Lese-, Sprach- und Rechenkompetenzen mit dem Bedürfnis der Betroffenen nach mehr Kontrolle über die eigene Gesundheit verbinden, um das dafür nötige Verständnis und die entsprechende Handlungsfähigkeit zu verbessern.

Bei der Förderung von Gesundheitskompetenz sollte immer die Wechselwirkung von Verhalten und Verhältnissen berücksichtigt werden. Ein Beispiel dafür ist das Projekt »Caritas Markt - gesund!«. Das gemeinsam von Caritas Schweiz und Gesundheitsförderung Schweiz initiierte Projekt will zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Armutsbetroffenen beitragen. In Caritas-Läden werden geeignete Bedingungen geschaffen (zum Beispiel über deutlich niedrigere Lebensmittelpreise), damit Menschen mit geringen finanziellen Ressourcen gesund auswählen können. Gleichzeitig werden in den Caritas-Läden soziale Begegnungsräume geschaffen, Informationen und An-

regungen zum gesunden Essen und ausreichender Bewegung angeboten. Ganz im Sinne einer multifaktoriellen Gesundheitsförderung werden hier Angebote zur Verbesserung des gesundheitsrelevanten Wissens mit Maßnahmen zur Erweiterung von begrenzten Handlungsspielräumen und zur Förderung sozialer Austauschprozesse kombiniert.

Mehr Offenheit für die Kompetenzen auf Seiten der Patientinnen und Patienten (in medizinischen Settings) und Bürgerinnen und Bürger (in sozialen Institutionen), verbesserter Zugang aller Bevölkerungsschichten zu Gesundheits-

informationen und eine verbesserte Kompetenz, mit diesen Informationen kritisch-konstruktiv umzugehen, ermöglicht mehr Autonomie in Gesundheitsfragen für Individuen und breite Bevölkerungsgruppen. In diesem Sinne kann die Verbesserung der Gesundheitskompetenz sowohl ein Ziel als auch das Resultat von Empowerment in der Bevölkerung sein. Prioritär sollten entsprechende Interventionen für Menschen von sozial und gesundheitlich benachteiligten Gruppen angestoßen werden und damit auch zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen.

Quelle:

<https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/health-literacy-gesundheitskompetenz/>

Aktuelle Version inkl. Literaturangaben:

[doi:10.17623/BZGA:224-i065-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i065-2.0)

Auswahl von Internetlinks:

www.allianz-gesundheitskompetenz.ch

www.gesundheitsinformation.de

www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf

**Richard C. Schwartz/
Martha Sweezy:**
**SYSTEMISCHE THERAPIE MIT DER
INNEREN FAMILIE**

Vollständig überarbeitete Neuauflage. Klett-Cotta Verlag 2021,
408 S. ISBN: 978-3-608-89267-3,
40,00 Euro



Zugegeben, ich bin befangen: In meiner eigenen Therapieerfahrung hat das System der Inneren Familie, kurz auch IFS genannt, eine bedeutende Rolle gespielt und ich bin sehr dankbar, dass es Therapeut*innen gibt, die mit der IFS-Methode arbeiten. So habe ich auch begierig bereits den Titel von Richard C. Schwartz aus dem Jahr 2001 (auf Deutsch 2008 von IFS-Europe übersetzt) »IFS-Das System der Inneren Familie. Ein Weg zu mehr Selbstführung« mehrfach durchgearbeitet. Dieses Buch betrug schmale 150 Seiten. Bereits 1997 erschien der erste Schwartz-Titel zur IFS auf Deutsch. Nun ist die vorliegende Neuauflage 25 Jahre später auf über 400 Seiten gewachsen. Das

liegt zum einen daran, wie der Verlag betont, dass »vor allem aber die umfangreichen praktischen Erfahrungen vieler IFS-TherapeutInnen Eingang (fanden)«. Zum anderen sind neue Kapitel hinzugekommen, etwa zu posttraumatischer Belastungsstörung, Depression oder Angst. Neu auch die Kapitel zur Arbeit mit der IFS-Methode bei Paaren, die Anwendung des IFS-Modells auf gesellschaftliche und kulturelle Systeme (spannend! Wie würden die USA als Selbst-geführtes Land aussehen?), sowie ein Ausblick auf die IFS-Forschung.

Für alle, die noch nichts über die IFS-Arbeit kennen, hier in Super-Kurzform: Ausgegangen wird von einer Multipsyche, einer Art Groß-

familie, die aus vielen unterschiedlichen Teilen (englisch: parts) besteht. Schwartz/Sweezy nennen es auch »normale psychische Multiplizität«. Die Teile verkörpern unterschiedliche Rollen und Gefühle. Sie sind »nicht nur ein emotionaler Zustand oder ein gewohnheitsmäßiges Gedankenmuster« (...) Vielmehr sind Teile eigenständige, autonome Denksysteme, jedes davon mit seinem eigenen Emotionsbereich, Ausdrucksstil, seinen Fähigkeiten, Wünschen und seiner eigenen Weltsicht. Nach Erfahrung der Autor*innen arbeiten die Klient*innen im Laufe der Therapie mit zwischen 10 und 30 Teilen.

Die Teile gliedern sich in drei Gruppen: Verbannte (englisch: exiles), Manager und Feuerbekämpfer (englisch: firefighters). Die beiden Letzteren lassen sich auch als Beschützer-Teile zusammenfassen. Im Idealzustand werden sie vom Selbst geführt (englisch: self leadership). Das Selbst ist, wie Schwartz und Sweezy betonen, das »Herz des Modells«. Und weiter: »Das System der inneren Familie postuliert, dass das Selbst existiert und nicht beschädigt werden kann, dass man häufig rasch Zugang dazu findet, dass es weiß, wie es heilen kann, dass es sich einsetzt, um innere und äußere Ungerechtigkeit offenherzig zu korrigieren und dass es zu einer guten Bindungspräsenz

für Teile und Menschen wird.« In der IFS-Methode wird deshalb mit den jeweiligen Teilen gearbeitet, die das Selbst verdecken können oder »die Führung übernehmen, wenn wir verängstigt sind oder uns schämen«. Die Teile kommen in der IFS-Arbeit also selber zu Wort.

Die acht Eigenschaften des Selbst, die für Heilung oder die Selbst-Führung wichtig sind, beschreiben die Autor*innen wie folgt (interessanterweise beginnen die englischen Begriffe alle mit dem Buchstaben »C«: Neugier (curiosity), Ruhe (calmness), Selbstvertrauen (confidence), Verbundenheit (connectedness), Klarheit (clarity), Kreativität (creativity), Mut (courage) und Mitgefühl (compassion).

Ein Glossar, ein Literaturverzeichnis und ein ausführliches Sachregister runden den sehr empfehlenswerten Titel ab. Was mir allerdings fehlt, ist ein Hinweis auf das IFS-Hilfesystem, das es in der deutschen Übersetzung von Schwartz (2008) gab:

<https://www.ifs-europe.net>
(mit Angabe von Coaches und Therapeut*innen in Deutschland, der Schweiz und Österreich).

Das IFS-Institut in den USA findet man unter:

<https://selfleadership.org>
(IFS-Institute)

Stiftung LEBENSNERV
Liebstöckelweg 14
13503 Berlin

Tel.: 030/436 35 42

Fax: 030/436 44 42

Mail: info@lebensnerv.de

www.lebensnerv.de

