

Dan Short/Claudia Weinspach

# Hoffnung und Resilienz

Therapeutische Strategien  
von Milton H. Erickson

Mit Beiträgen von Betty Alice Erickson,  
Roxanna Erickson-Klein und Karl L. Holtz  
und einem Vorwort von Bernhard Trenkle

Vierte Auflage, 2024

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Rolf Arnold (Kaiserslautern)  
Prof. Dr. Dirk Baecker (Witten/Herdecke)  
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)  
Prof. Dr. Jörg Fengler (Köln)  
Dr. Barbara Heitger (Wien)  
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp (Merseburg)  
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand (Jena)  
Prof. Dr. Karl L. Holtz (Heidelberg)  
Prof. Dr. Heiko Kleve (Witten/Herdecke)  
Dr. Roswita Königswieser (Wien)  
Prof. Dr. Jürgen Kriz (Osnabrück)  
Prof. Dr. Friedebert Kröger (Heidelberg)  
Tom Levold (Köln)  
Dr. Kurt Ludewig (Münster)  
Dr. Burkhard Peter (München)  
Prof. Dr. Bernhard Pörksen (Tübingen)  
Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)  
Dr. Rüdiger Retzlaff (Heidelberg)

Prof. Dr. Wolf Ritscher (Esslingen)  
Dr. Wilhelm Rothaus (Bergheim bei Köln)  
Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/Herdecke)  
Dr. Gunther Schmidt (Heidelberg)  
Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt (Münster)  
Jakob R. Schneider (München)  
Prof. Dr. Jochen Schweitzer † (Heidelberg)  
Prof. Dr. Fritz B. Simon (Berlin)  
Dr. Therese Steiner (Embrach)  
Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin † (Heidelberg)  
Karsten Trebesch (Berlin)  
Bernhard Trenkle (Rottweil)  
Prof. Dr. Sigrid Tschöpe-Schefer (Köln)  
Prof. Dr. Reinhard Voß (Koblenz)  
Dr. Gunthard Weber (Wiesloch)  
Prof. Dr. Rudolf Wimmer (Wien)  
Prof. Dr. Michael Wirsching (Freiburg)  
Prof. Dr. Jan V. Wirth (Meerbusch)

Umschlaggestaltung: Uwe Göbel

Redaktion: Nicola Offermanns

Satz: Verlagsservice Hegele, Heiligkreuzsteinach

Printed in Germany

Druck und Bindung: CPI books GmbH, Leck



Vierte Auflage, 2024

ISBN 978-3-8497-0228-1

© 2007, 2024 Carl-Auer-Systeme Verlag  
und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg  
Alle Rechte vorbehalten

Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische  
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren Autoren  
und zum Verlag finden Sie unter: <https://www.carl-auer.de/>.  
Dort können Sie auch unseren Newsletter abonnieren.

Carl-Auer Verlag GmbH  
Vangerowstraße 14 • 69115 Heidelberg  
Tel. +49 6221 6438-0 • Fax +49 6221 6438-22  
[info@carl-auer.de](mailto:info@carl-auer.de)

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	9
<b>Einleitung</b> .....	11
 <b>Eine biografische Einführung in das Leben</b>	
<b>von Milton Erickson, 1901–1980</b> .....	15
Überblick .....	15
Familiärer Hintergrund .....	16
Kindheit .....	17
Jugend .....	17
Berufliche Anfänge .....	20
Post-Polio-Syndrom .....	22
Ericksons späte Jahre .....	24
 <b>Resilienz und die Strategien Milton Ericksons:</b>	
<b>Wie passt das zusammen? (Karl L. Holtz)</b> .....	27
Was versteht man eigentlich unter Resilienz? .....	29
Befunde der Resilienzforschung .....	31
Resilienz und Psychotherapie .....	33
 <b>Hoffnung im Kontext von Milton Ericksons</b>	
<b>therapeutischer Arbeit</b> .....	39
Ericksons Hoffnungselixier .....	39
Einige Definitionen von Hoffnung .....	40
Was hoffen lässt .....	42
Anatomie und Biologie der Hoffnung .....	44
Ericksons Meisterstück .....	49
 <b>Teil I: Die Grundlagen von Heilung und Gesundheit</b>	
<b>1. Einführung</b> .....	52
<b>2. Die menschliche Konstitution</b> .....	56
<b>3. Mentale Gesundheit und Heilung</b> .....	65
<b>4. Die Rolle des Therapeuten</b> .....	71
<b>5. Ein philosophischer Rahmen</b> .....	77
Zusammenfassung .....	82

## Teil II: Klinische Strategien

<b>6. Einführung in die sechs Kernstrategien</b> .....	86
<b>7. Ablenkung</b> .....	91
Roter Hering .....	95
Befragung und Prämissen .....	97
Das Detail betonen .....	100
Therapeutische Amnesie .....	102
Die generelle Anwendung der Ablenkung .....	105
<b>8. Fragmentierung</b> .....	108
Symptomdefinition .....	110
Klinische Diagnostik .....	111
Prognostisches Splitting .....	114
Dissoziiertes Bewusstsein .....	118
Zergliederung .....	124
Fragmentierung von Zeit und Raum .....	127
Die generelle Anwendung der Fragmentierung .....	130
<b>9. Progression/Fortschritt</b> .....	132
Geometrische Progression .....	138
Progressive Desensibilisierung .....	140
Musterunterbrechung .....	145
Kognitive Progression .....	150
Zukunftsorientierung .....	155
Die generelle Anwendung der Progression .....	158
<b>10. Suggestion</b> .....	161
Kooperation im Gegensatz zu Kontrolle .....	168
Direkte Suggestion .....	171
Indirekte Suggestion .....	175
Erlaubende Suggestion .....	182
Einstreuen und Wiederholen .....	186
Die Konfusionstechnik .....	193
Die generelle Anwendung der Suggestion .....	201

<b>11. Reorientierung</b> .....	206
Einsicht .....	210
Reframing .....	214
Externalisierung .....	221
Reorientierung in der Zeit .....	229
Die generelle Anwendung der Reorientierung .....	235
<b>12. Utilisierung</b> .....	239
Einfache Kopplung .....	246
Doppelte Kopplung .....	250
Utilisierung eines kleineren Problems .....	263
Symptomverschreibung .....	266
Die generelle Anwendung der Utilisierung .....	275
<b>13. Schlussfolgerungen</b> .....	278
Über das Buch .....	278
Einige Warnhinweise .....	280
Das Wissen zur Anwendung bringen .....	281
<b>Anhang A: Übungen zur Selbstentwicklung</b> .....	284
Distraktion .....	284
Fragmentierung .....	285
Progression .....	287
Suggestion .....	288
Reorientierung .....	289
Utilisierung .....	290
<b>Literatur</b> .....	292
<b>Über die Autoren</b> .....	308

# Resilienz und die Strategien Milton Ericksons: Wie passt das zusammen?

*Karl L. Holtz*

Es bietet sich an, in Ericksons Leben und Lebenswerk nach Bezügen zum Resilienzkonstrukt zu suchen. Ist er nicht selbst ein Beispiel für eine resiliente Persönlichkeit, sind die Transkripte seiner Fallbeispiele, wie wir sie auch in diesem Buch finden, nicht Lehrstücke einer resilienzorientierten Therapie? Ist Erickson also auch einer der Vordenker der Resilienzfokussierung in der Psychotherapie?

Die bisherige Vereinnahmung Erickson'scher Methoden durch nahezu alle therapeutischen Schulrichtungen lässt einen ersten Zweifel aufkommen. Erickson hat in zahlreichen Anmerkungen deutlich gemacht, dass er sich nicht dazu eignet, als »unser aller Milton« in die Geschichte der Psychotherapie einzugehen, sondern dass er vielmehr eine individuelle – damit aber nicht weniger theoriegeleitete – Therapieplanung einer kanonischen Festlegung auf Schulen und hypothetische Therapiekonstrukte vorzieht. Daher sollte Psychotherapie so konzipiert werden, dass »sie den individuellen Bedürfnissen entspricht und nicht die Person so zurechtstutzt, dass sie in das Prokrustesbett einer hypothetischen Theorie menschlichen Verhaltens passt« (Erickson in Zeig 1985, zit. nach Holtz 1994).

Wir können davon ausgehen, dass Erickson mit dem Resilienzkonstrukt vertraut war. Bereits 1969 hatte Redl eine Definition im therapeutischen Kontext vorgelegt (s. u.). 1979 erschien ein Artikel von Rutter über »protektive Faktoren in den Reaktionen von Kindern auf Stress und Benachteiligung«, und die grundlegende Längsschnittstudie von Werner und Smith (1982), die von 1955–1995 die Entwicklung von benachteiligten Heranwachsenden auf Hawaii zum Gegenstand hatte, wurde bereits vor der ersten umfassenden Veröffentlichung – also noch vor Ericksons Tod – in der Fachwelt diskutiert. Es lohnt sich, an dieser Stelle auf eine ebenfalls wegweisende Veröffentlichung Ericksons hinzuweisen, die 1954 kurz vor Beginn der Kauai-Studie erschien und in der einige der weiter unten diskutierten Argumente vorweggenommen wurden:

In dieser Veröffentlichung (Erickson 1954, dt. 1998), die als Beginn einer lösungsorientierten Kurzzeittherapie verstanden werden kann, entfaltet der Autor anhand von Falldarstellungen seine Intention, »neurotische Symptome mit bewusster Absicht zu utilisieren, um den einzigartigen Bedürfnissen eines jeden Patienten gerecht zu werden«. Einerseits solle hierdurch der »zwingende Wunsch nach neurotischen Behinderungen« befriedigt werden, andererseits »vor allem für konstruktive Änderungen« gesorgt werden, »die durch das Fortbestehen der Neurose eher gefördert als behindert werden« (Erickson 1998, S. 203). In seinem Resümee folgert Erickson, es sei wichtiger, die Gegenwart und Zukunft des Patienten in der Therapie zu berücksichtigen als seine Vergangenheit. Und zu seinen Falldarstellungen zieht er die Bilanz: »Mit anderen Worten ist der Autor, wie die folgenden Fallgeschichten zeigen, der Auffassung, dass die Ziele und Verfahren der Psychotherapie die Annahme dessen einschließen sollten, was der Patient darstellt und anbietet. Man müsste das auf eine solche Art und Weise nutzbar machen, dass der Patient neuen Auftrieb und Schwung bekommt, damit sich Gegenwart und Zukunft spannend, konstruktiv und befriedigend entwickeln können« (ebd. S. 229).

In der Betonung dessen, was der Patient »darstellt« und »anbietet«, erinnert Erickson an ein anderes gern zitiertes Vorbild: Pestalozzi, den Urvater der Pädagogik, der in der »Abendstunde des Einsiedlers« (1780) die »Hirten der Völker« daran erinnert, was das »Bedürfnis des Menschen in den niedersten Hütten« sei: »Was der Mensch ist, was er bedarf, was ihn erhebt und was ihn erniedriget, was ihn stärkt und was ihn entkräftet, ...« (zitiert nach Göppel 1997).

Folglich fokussieren beide nicht nur auf das, was alles schief laufen und was an Bedingungen zu diesem Misslingen beitragen kann, sondern vornehmlich auf Bedingungen und Eigenschaften, die im Sinne pädagogischer Zielsetzungen heranwachsende Menschen »erheben« und »stärken« – auf Faktoren also, die in diesem Sinne Strategien der Lebensbewältigung sind, die es zu »utilisieren« gilt. Beiden Autoren gemeinsam ist dabei aber auch, was häufig von den Adepten übersehen wird – und was ein zentraler Aspekt des Resilienzkonstrukts ist –, dass sie in ihren Interventionen nicht nur die Ressourcen, sondern auch die Erniedrigungen und neurotisierenden Bedingungen menschlicher Lebensgestaltung berücksichtigen. Pädagogen wie Therapeuten können sich daher auf die beiden Altvordern nicht

als Vorbilder »gnadenloser Ressourcenorientierung« (Ebbecke-Nohlen, zit. nach Welter-Enderlin 2006) berufen. Beide thematisierten in ihren Ansätzen das gesamte Spektrum menschlicher Lebenserfahrung – von Problemen bis hin zu positiven Bewältigungsstrategien.

Es ist sicher ein Zufall, dass 225 Jahre nach dem Züricher Pädagogen und 25 Jahre nach Ericksons Tod der Züricher Kongress zur Resilienz (Welter-Enderlin u. Hildenbrand 2006) die Berücksichtigung beider Aspekte, der Ressourcen und der Belastungen, einfordert.

Nachdem wir uns vor Augen geführt haben, was gegenwärtig unter Resilienz zu verstehen ist und wie und mit welchen Befunden das Konstrukt im deutschen Sprachraum diskutiert wird, soll anschließend noch einmal die Frage gestellt werden, inwieweit man die Meinung vertreten kann, dass Ericksons therapeutische Arbeit in ein Resilienzkonstrukt eingebettet ist.

## **Was versteht man eigentlich unter Resilienz?**

Wenn wir einmal davon absehen, dass auch heute noch keine allgemein verbindliche Definition vorliegt und auch noch keine Einigkeit darüber herrscht, welche empirischen Sachverhalte dem hypothetischen Konstrukt zuzuordnen sind, lässt sich verallgemeinernd Folgendes festhalten:

Resilienz ist ein Begriff, der wie auch der Ausdruck »Stress« dem Bereich der Materialprüfung entstammt und der dort die Eigenschaften des Materials bezeichnet, sich nach Druck oder Verformung in den ursprünglichen Zustand zurückzubewegen. Diese Herkunft erklärt, dass man auf der Suche nach Definitionen im Internet häufig bei der Qualitätsbeschreibung von Zahnimplantaten landet – oder bei einer Gesichtscreme, die den Alterungsprozess der Haut umzukehren verspricht. Frühe Definitionen im psychosozialen und klinischen Bereich sprechen nach dieser Analogie auch von Widerstandsfähigkeit und Robustheit (Grawe u. Grawe-Gerber 1999), so etwa Redl (1969) von der »... Fähigkeit, trotz widriger Umstände den erschwereenden Einflüssen zu widerstehen und nach kurzer Zeit ohne fremde Hilfe zum normalen Funktionsniveau zurückzukehren.«

Seit den frühen Veröffentlichungen hat sich der Schwerpunkt in den jeweiligen Forschungsprogrammen jedoch deutlich verschoben: von der Identifikation spezifischer Eigenschaften (sog. protektiver Faktoren) hin zur Analyse grundlegender protektiver Prozesse, wel-



che beschreiben und erklären sollen, wie Individuen es schaffen, trotz äußerst ungünstiger biologischer, psychosozialer oder materieller Bedingungen ihr Leben befriedigend zu gestalten. Nannte Anthony (1987) solche Überlebenskünstler noch »invulnerable«, schlugen Werner und Smith 1982 in ihrem programmatischen Titel zur Kennzeichnung dieser Personengruppe »vulnerable but invincible« vor. Hiermit wollten sie ausdrücken, dass resiliente Individuen zwar verletzlich und verletzt sein können, jedoch über weitere schützende Bedingungen in ihrer Person oder ihrer Umgebung verfügen, welche es ihnen ermöglichen, diesen Bedingungen zu widerstehen, ja: an diesem Überlebensprozess sogar noch zu wachsen. Deutlich wird hier die Abkehr von dem ursprünglichen Bild erfolgreicher »superkids« hin zu der Vorstellung ganz normaler Menschen, die es irgendwie schaffen, Überlebensstrategien zu entwickeln und aus diesen Kämpfen gestärkt hervorzugehen. Und diese transaktionalen Auseinandersetzungen, bisweilen auch als Balanceakt zwischen Risiken und protektiven Bedingungen beschrieben, bringen nicht zwangsläufig stabile und erfolgreiche Handlungsmuster hervor. Im fortschreitenden Entwicklungsprozess führen protektive oder schädigende Lebensumstände zu ständig neuen Balanceakten mit neuen Verletzungen und Stärken: Menschen mit unzureichenden Bewältigungsstrategien in ihrer Kindheit und Jugend können zu einem späteren Zeitpunkt zu resilienten Personen werden. Ursprünglich gefestigte Heranwachsende können sich von ungünstigen Bedingungen zu einem späteren Zeitpunkt aus der Bahn werfen lassen (Masten a. Garmezy 1985, s. Masten 2001, Werner a. Smith 1982). Nach diesem Verständnis definieren Masten et al. (1990) Resilienz als einen Prozess und die Fähigkeit, eine erfolgreiche Anpassung vorzunehmen – auch wenn Bedingungen bestehen, die dies erschweren beziehungsweise bedrohen. Sie unterschieden drei Arten von Resilienzphänomenen:

- Risikopersonen entwickeln sich besser, als nach den Umständen zu erwarten ist,
- eine günstige Balance (Anpassung) wird beibehalten, obwohl massive belastende Bedingungen auftreten und
- nach traumatischen Bedingungen (z. B. dem Tod von Angehörigen, Gewalterfahrungen, Kriegserlebnissen) tritt eine erfolgreiche und schnelle Genesung ein (vgl. Luthar et al. 2000).

## Befunde der Resilienzforschung

Die klinische und entwicklungspsychologisch orientierte Forschung hat mit ihren Studien dazu beigetragen, die protektiven Bedingungen und die Transaktionsprozesse der Balance zwischen Risiko und Bewältigungsprozessen näher zu bestimmen. In unserem Sprachraum hat es umfassende Längs- und Querschnittstudien gegeben. Emmy E. Werner (2006) hat über kriegstraumatisierte Kinder des Zweiten Weltkriegs berichtet. Weitere Untersuchungen, die »Mannheimer Risikokinderstudie« von Laucht et al. (1999) sowie die »Bielefelder Invulnerabilitätsstudie« von Lösel und Mitarbeitern (1999), zeichnen die Entwicklungen von Risikokindern bzw. Jugendlichen aus einem Multiproblem-Milieu nach. Diese Untersuchungen bestätigen in etwa die Befunde anderer Längsschnittuntersuchungen, die sich als Bedingungskonstellationen wie folgt zusammenfassen lassen:

Als günstig für die Entwicklung von Resilienz erweisen sich folgende personale wie soziale Ressourcen:

### *Personale Ressourcen*

- Temperamenteigenschaften, die Aufmerksamkeit und soziale Unterstützung durch Bezugspersonen erleichtern
- Erfahrungen von Selbstwirksamkeit, interne Kontrollüberzeugung, Selbstvertrauen und ein positives Selbstwertgefühl
- Problemlösefähigkeiten
- Hohe Sozialkompetenz, z. B. Empathie und das Übernehmen von Verantwortung
- Coping-Strategien, z. B. die Fähigkeit, soziale Unterstützung zu mobilisieren
- Optimistische, zuversichtliche Lebenseinstellung (Kohärenzgefühl)

### *Soziale Ressourcen*

- Eine stabile emotionale Beziehung zu mindestens einem Elternteil oder einer anderen Bezugsperson (z. B. Großeltern, Freunde, Lehrer), die Vertrauen und Autonomie, aber auch Kompetenzen und realistische Selbsteinschätzungen fördern
- Offenes, wertschätzendes, unterstützendes Erziehungsklima zu Hause und in den Bildungsinstitutionen
- Zusammenhalt, Stabilität und konstruktive Kommunikation in der Familie

- Erfahrung von Sinn, Struktur und Bedeutung in der eigenen Entwicklung, z. B. Religiosität in der Familie

In Bezug auf die Bewältigungsprozesse zeigt sich, dass resiliente Kinder Problemsituationen aktiv angehen, erfolgsoversichtlich sind, ihre eigenen Ressourcen effektiv ausnutzen, aber auch in der Lage sind, äußere Ressourcen effektiv zu integrieren (z. B. um Hilfe zu bitten), ein positives Selbstkonzept haben und ihre eigenen Kompetenzen realistisch einschätzen können, d. h. auch die Grenzen ihrer Kontrollmöglichkeiten erkennen. Es sollte an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass diese Untersuchungen und deren Befunde aus konzeptuellen und methodischen Gründen in der Folgezeit problematisiert wurden (Laucht 1999, Luthar, Cicchetti a. Becker 2000).

### **Konsequenzen für Prävention und Intervention**

Die verstärkte Beschäftigung mit den grundlegenden transaktionalen Bewältigungsprozessen machte das Resilienzkonstrukt zunehmend interessant für Prävention und Intervention im klinischen wie im psychoedukativen Bereich (Cicchetti a. Toth 1998, Rutter 1990). Mehr noch: Sie legten nahe, unterschiedliche Entwicklungs- und Bildungsprozesse, aber auch psychotherapeutische Interventionen daraufhin zu untersuchen, in wieweit sie Balanceprozesse zwischen »Verwundbarkeit und Resilienz« (Werner 2006) unterstützen können. Wie Hildenbrand (2006) anmerkt, wurde diese Verbindung zur Psychotherapie als Perspektivenwechsel gefeiert. Unterstützt wurde diese Euphorie noch durch die Verknüpfung des Resilienzansatzes mit der Entwicklungspsychopathologie (Cicchetti 1999, Sroufe a. Rutter 1984), die eine brauchbare Alternative zur klassischen Psychopathologie zu werden versprach (in unserem Sprachraum z. B. durch Holtz u. Kretschmann 1989, Niebank u. Petermann 2002, und im Rahmen einer klinischen Entwicklungspsychologie die Arbeitsgruppe um Oerter 1999).

In der Pädagogik wurden die Konzepte, vor allem im Bereich der Früherziehung (Fthenakis 2002, Wustmann 2004) und der Sondererziehung und Rehabilitation (Hintermair et al. 2000, Rauh 1999, Opp 2001) eingehend diskutiert. 1998 fand unter dem Motto »Erziehung zwischen Risiko und Resilienz« in Halle eine internationale Fachtagung statt, auf der das Thema aus der Perspektive unterschiedlicher Disziplinen diskutiert wurde (Opp et al. 1999). Seither wird der

mögliche Beitrag der Resilienzforschung für pädagogisches Handlungswissen eingehend und z. T. kontrovers diskutiert (Göppel 2006, Opp 2001). Als eine Konsequenz der intensiven Diskussion ist zu vermelden, dass in den Bundesländern, in deren Landeshauptstädten die Konzepte intensiv erforscht werden (in Bayern Fthenakis 2002 und in Sachsen-Anhalt Opp 2001), Resilienz und Resilienzförderung inzwischen in den Kanon der schulischen Lehrpläne aufgenommen wurde (vgl. hierzu Göppel 2006).

## **Resilienz und Psychotherapie**

Das transaktionale Konzept mit seiner Betonung familiärer Ressourcen macht die Befunde der Resilienzforschung ebenfalls attraktiv für die systemische Grundlagenforschung, Sozialpädagogik und Therapie. Die Projekte und Modelle von Boss (2006), Hawley und DeHaan (1996), Rutter (1987) und Walsh (2006) stoßen im deutschsprachigen Raum auf reges Interesse. In der aufsuchenden Familientherapie hatte Marie-Luise Conen (2002) relativ früh auf die Grenzen einer allzu optimistischen Ressourcenorientierung und die Vorzüge des Familien-Resilienzmodells hingewiesen. Am Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie der Universität Heidelberg ist die präventive ressourcenorientierte Arbeit mit Familien und Einzelnen, die von gesundheitlichen Einschränkungen und Behinderungen betroffen sind, ein zentrales Anliegen. Rüdiger Retzlaff (2006) integriert hier die Befunde der Kohärenzforschung nach Antonovsky (1997), der Familien-Stressforschung von Patterson (2002) und Boss (2006) und der Resilienzforschung von Werner (2006), Rutter (1990) und Walsh (2006). In einer Reihe von Studien wurde mit quantitativen und qualitativen Instrumenten untersucht, welche Merkmale Familien auszeichnen, die mit erheblichen dauerhaften Belastungen gut zurechtkommen (Betreuung eines Kindes mit schweren Behinderungen oder Erkrankungen). Als Teil dieser Untersuchungen hat man den Familien-Kohärenzbogen von Antonovsky und Sourani (1988) evaluiert und mit etablierten Instrumenten, u. a. den Familienbögen, überprüft sowie narrative Interviews mit Familien durchgeführt.

Weitere diagnostische Verfahren, ein Kohärenz-Fragebogen von Antonovsky (1997) und der Resilienzfragebogen von Wagnild und Young (1993), wurden zur Ermittlung von »Lebensqualität und Wohl-

befinden« von einer Arbeitsgruppe um Schuhmacher (2006) publiziert.

Vor allem die genannten Konzepte zur familialen Resilienz ermutigten auch die Schweizer Gruppe um Welter-Enderlin zu einer Standortbestimmung. Auf dem Kongress »Resilienz-Gedeihen trotz widriger Umstände« trafen sich 2005 in Zürich die führenden Fachvertreter dieses Ansatzes (Welter-Enderlin u. Hildenbrand 2006). Die Erwartungen der Veranstalter an das Resilienzkonstrukt hatte Welter-Enderlin in einem Interview mit ›Psychologie Heute‹ (2005) wie folgt beschrieben:

- Der übliche Fokus auf die frühe Kindheit ist einseitig. Die Resilienzforschung legt nahe, dass frühe negative Erfahrungen nicht unbedingt das spätere Leben einer Person negativ beeinflussen müssen.
- Die Bindungstheorie vernachlässigt manchmal die Tatsache, dass Menschen nicht nur das Produkt ihrer Sozialisation sind, sondern sich aus eigener Kraft weiterentwickeln können (vgl. hierzu auch die Veröffentlichung von Furman 1999: »Es ist nie zu spät, eine glückliche Kindheit zu haben.«).
- Der Einfluss umfassenderer sozialer Faktoren außerhalb der Kernfamilie sollte künftig in der Psychotherapie stärker beachtet werden.
- Trauma-Therapie fokussiert häufig nur auf die Traumata und die Rolle der Person als Opfer. Jedoch wird es von den Patienten oft als hilfreicher erlebt, konkrete Hilfe, wie man künftig das alltägliche Leben bewältigen kann, und Strategien, wie man Erinnerungen überwinden und vergessen kann, an die Hand zu bekommen.
- Es ist zu banal, die Patienten nur nach ihren Stärken zu befragen. Der Therapeut muss bereit und offen sein, den oft extrem negativen Erfahrungen der Patienten zuzuhören. Gleichzeitig sollte er sie jedoch ermuntern, stolz darauf zu sein, wie sie in ihrem bisherigen Leben mit ihren Problemen zurechtgekommen sind.

Und Hildenbrand (2006, S. 25f.) zitiert in einem weiteren Beitrag zur Züricher Tagung die Sozialwissenschaftlerin und Therapeutin Pauline Boss (2006), die in folgenden vier Punkten vor einer unkriti-

schen Übernahme des Resilienzkonzepts in therapeutisches Handeln warnt:

»Erstens, resilient zu bleiben ist nicht immer wünschenswert, vor allem dann nicht, wenn es immer nur eine und dieselbe Person ist, von der erwartet wird, dass sie biegsam ist.

Zweitens, auch wenn der Fokus auf Resilienz liegt, dürfen medizinische und psychiatrische Symptome nicht übersehen werden.

Drittens, Resilienz ist ein Prozess, der in einem kulturellen, historischen, ökonomischen und menschlichen Entwicklungskontext auftritt.

Viertens, resilienzorientierte Therapien können zwar als ›auf Stärken orientierte Ansätze‹ bezeichnet werden, aber sie sind nicht synonym mit ›lösungsorientierten Therapien‹ [...] Resilient sein heißt nicht, auf Lösungen zu fokussieren (denn manchmal gibt es keine Lösung, stattdessen muss man lernen, mit unbeantworteten Fragen zu leben)« (Hildenbrand 2006, S. 25f.).

Das, was in der Resilienzforschung mit Argwohn betrachtet wird – die Vermischung unterschiedlicher Konzepte und Modelle (z. B. Kaplan 1999, Luthar et al. 2000) – scheint die Begeisterung in den anwendungsbezogenen Disziplinen eher anzuregen. Coping, Ressourcen, Kompetenzen (Garnezy a. Devine 1984), Selbstwirksamkeit (Bandura 1982) und andere Attribuierungsprozesse (Rotter 1966) werden teilweise synonym verwendet und somit in handlungsleitende Konzepte integriert. Bei deutschsprachigen Autoren sind es vor allem die Konzepte der Salutogenese (Antonovsky 1997), der Seelischen Gesundheit (Becker 1992), der Ressourcenaktivierung (Grawe u. Grawe-Gerber 1999) und der Bindungsforschung (Brisch u. Hellbrügge 2006), die mit Resilienzmodellen in Verbindung gebracht werden. Für die Praxis scheint diese Zusammenschau hilfreich zu sein. In der Prävention und Früherziehung (Hurrelmann 2000, Fthenakis 2002, Wustmann 2004), in der Rehabilitation und Pädagogik (Göppel 2006, Hintermair 2000, Opp 2001, Rauh et al. 1999) und zunehmend auch in der Therapie und Beratung (Grawe 1998, Holtz 2006, Holtz u. Mrochen 2005, Retzlaff 2002) werden die grundlegenden Transaktionsprozesse in die Interventionsplanung einbezogen, die eine erfolgreiche Veränderung als einen abgestimmten Balanceprozess zwischen beeinträchtigenden Erfahrungen und Verletzungen einerseits, inneren und äußeren Ressourcen andererseits erkennen lassen. Bildung und Erziehung (vgl. hier vor allem Göppel 2006 und

Opp 2001), aber auch Psychotherapie (Welter-Enderlin u. Hildenbrand 2006) sind somit Teil dieser aktiven Anpassungsprozesse, sie können Rahmenbedingungen bereitstellen, um Veränderungen anzustoßen und zu erleichtern.

Unter dieser Prämisse stellt sich auch die im vorliegenden Buch zitierte Aussage Ericksons als kompatibel zum Resilienzkonzept heraus: »Das Leben ist ein fortwährender Prozess der Wiederherstellung«, körperliche und geistige Gesundheit ist ein fortwährender Balanceprozess. Leben und Gesundheit sind aktive Prozesse, in denen Bedeutsamkeit, Verstehbarkeit und Selbstwirksamkeit einen zentralen Stellenwert einnehmen. Wird dieses Streben nach Aufrechterhaltung und Verbesserung der Gesundheit und der eigenen Lebensbedingungen als Prozess der Resilienz definiert, dann können die therapeutischen Strategien nach Erickson, so wie sie in dem vorliegenden Band von Dan Short und Claudia Weinspach systematisiert werden, als unterstützende Bedingungen in einem solchen Prozess verstanden werden. Hier ist der Therapeut »eine Art Katalysator«, die »Aufgabe des Patienten besteht darin, auf ein neues Verständnis seines Lebens hinzuarbeiten«. In diesem »Prozess des Wachstums und des Entdeckens« ist der Therapeut der Katalysator, der »ein Gefühl von Sicherheit« und »Selbst-Wertschätzung« vermittelt, der durch die Aktivierung innerer Ressourcen und die gemeinsame Konstruktion bedeutsamer Ziele die »Handlungsmotivation« der Patienten stärkt. Dies umfasst das Erleben von Selbstwirksamkeit im Sinne Banduras (2003) und die Hoffnung, dass ein als bedeutsam erachtetes Ziel erreicht werden kann, und zwar, dass – im Vergleich zu Placebos – der Patient dieses Ziel »aus eigener Kraft« erreichen kann. Hoffnung und das Gefühl der Selbstwirksamkeit sind demnach wesentliche Elemente der Resilienz. Ein so verstandenes Konstrukt lässt die Gemeinsamkeiten mit dem Kohärenzkonstrukt von Antonovsky erkennen, der als Unterkategorien Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit vorschlug (Antonovsky 1997).

Wie Dan Short und Claudia Weinspach ausführen, sind die von Erickson präferierten Strategien in »metateleologische« Grundannahmen – man könnte auch sagen: in ein Metamodell menschlichen Handelns und menschlicher Entwicklung – integriert, wodurch die dargestellten Fallbeschreibungen und die verwendeten Elemente über eine bloße Darstellung von Techniken hinaus nachvollziehbar werden. Es sollte erwähnt werden, dass sich die genannten Strategien zur Förde-

rung der Resilienz und zur »Stärkung des psychischen Immunsystems« (S. 53) noch in weitere metatheoretische Konzepte einordnen lassen. Mit der Unterstützung der Veränderungsmotivation werden Grundbedürfnisse menschlicher Entwicklung angesprochen, wie sie etwa Grawe (1998) in seinem Therapiekonzept nach dem Bedürfnissystem Epsteins (1979) diskutiert und wie sie im hypnotherapeutischen Kontext nach Erickson von Holtz und Mrochen (2005) aus dem Motivationsmodell von Deci und Ryan (1987) abgeleitet werden. Fasst man all diese Befunde zusammen, dann lassen sich psychotherapeutische Strategien dann als resilienzfördernd ansehen, wenn sie die »natürlichen« Bedürfnisse nach Bedeutsamkeit, nach Orientierung und Kontrolle (Autonomie), nach sozialer Eingebundenheit (Bindung) sowie nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz (Kompetenz) berücksichtigen (zur ausführlicheren Darstellung dieser Bedingungen im Kontext Erickson'scher Strategien s. a. Holtz 1994). All diese Elemente lassen sich in den nachfolgenden Fallbeschreibungen und in der Analyse der zugrunde liegenden Strategien durch Short und Weinspach wiederfinden. Sie machen vor allem deutlich, dass sich diese Arten der Resilienzförderung nicht auf eine »gnadenlose Ressourcenorientierung« (s. o.) reduzieren lassen. G. Schmidt (2005) hat dieses Problem im Zusammenhang mit einer »gnadenlosen« Lösungsorientierung diskutiert und als handlungsleitende Analogie die Bühne menschlichen Problemlösens vorgestellt (persönl. Mitteilung): Menschen leuchten in einer Art Problemtrance zunächst nur die Problemseite aus. Aufgabe des Therapeuten ist es, einen weiteren Scheinwerfer auf die Bühnenseite der Ausnahmen, der Möglichkeiten und der erfolgreichen Bewältigungsstrategien zu richten. So wird beides ausgeleuchtet: die Problem- und die Lösungsseite. Ein ähnliches Bild finden wir bei Erickson. Es wird von Short und Weinspach im Zusammenhang mit der Strategie der Fragmentierung (Symptomdefinition) erwähnt: Bei der Untersuchung eines verstauchten Knöchels sollte sich der Untersuchende zunächst den anderen gesunden anschauen, um ein »besseres Verständnis dafür zu bekommen, wie der Knöchel im normalen Zustand aussehe. Während der anschließenden Untersuchung sei der Untersuchende jederzeit in der Lage, hervorzuheben, was an dem verstauchten Knöchel nicht in Ordnung sei, aber auch genauso gut, was funktioniere« (Erickson 1962a).

Ist es also hilfreich, das Resilienzkonstrukt im Zusammenhang mit der Therapie Milton Ericksons zu diskutieren? Wenn es, wie im



vorliegenden Fall als Prozesskonstrukt menschlicher Entwicklung gefasst und wenn Therapie in dem genannten Sinne als katalytischer Prozess der Resilienzförderung begriffen wird, lassen sich die in diesem Band vorgestellten therapeutischen Strategien in ein nachvollziehbares Therapiemodell integrieren. Sie lassen Erickson als jemanden erkennen, der eine puristische Festlegung auf Theoriegebäude vermeidet, therapeutische Konstrukte hinterfragt, aber individuenorientiert und – aus einer Metatheorie menschlicher Entwicklung heraus – zugleich theoriengeleitet handelte. Wenn es also um die Theorie geht, die seiner Praxis zugrunde liegt, stellt Resilienz demnach eine interessante Kategorie dar.