

International Psychoanalytical University Berlin

Abschlussarbeit zur Erlangung des Titels Master of Arts (Psychologie)

**Wie Literatur uns berührt, und wie wir diesen Effekt gezielt nutzen können**

Sergey Antsiperov

Berlin, 29.04.2017

Gutachter:

Prof. Dr. phil. Dr. med. Horst Kächele

Prof. Dr. phil. Lars Kuchinke

## Inhalt

Abstract .....	4
Zusammenfassung.....	5
1 Einleitung.....	6
2 Emotionen in Theorie .....	9
2.1 James-Lange-Theorie.....	9
2.2 Cannon-Bard-Theorie .....	10
2.3 Zwei-Faktoren-Theorie .....	10
2.4 Appraisals und Emotionsorchester .....	11
2.5 Emotionale Geschichten.....	14
3 Psychodynamik und Psychotherapie.....	15
3.1 Depressives Erleben (und Klassifikation).....	15
3.2 Der Weg der Psychodynamik .....	17
Exkurs: Bion & Alpha-Funktion.....	21
4 Virtuelle Realität in der analytischen Theorie .....	23
4.1 Der Begriff Virtuelle Realität .....	23
4.2 Symbolisierung & Semiotik.....	24
4.3 Mentalisierung .....	25
4.4 Abschließende Gedanken zu Balzer .....	27
4.5 Folgen .....	28
5 Aspekte der Kunstrezeption .....	29
5.1 Emotionalisierung und Emotionsvermittlung .....	29
5.2 Schemata .....	30
5.3 Auf der Suche nach Leid .....	31
5.4 Überblick .....	35
Exkurs: Wiederholungszwang .....	35
6 Neue Technologien.....	36
6.1 Serious Games .....	36
6.1.1 Re-Mission .....	36
6.1.2 Sparx .....	37
6.1.3 Project: EVO.....	38
6.2 Virtuelle Realität – Hardware .....	40
6.3 Virtuelle Realität in der Behandlung .....	41
6.4 Gamification .....	42
6.5 Aussichten zu VR .....	43
7 Ausblick.....	43

Literaturverzeichnis..... 45

## Abstract

The given text is dealing with the idea of a mobile, electronical treatment for depressive disorders, based on a form of literature. Foundation for the idea is the improvement of mentalization through reading literary fiction, especially in regards to disorder related topics, such as loss or rejection. Pilot studies laid down the relationship. The agglomeration of results shall turn into a therapeutic application, which may test the assumptions in relevant samples.

## Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit spekuliert über einen therapeutischen Effekt mobiler, elektronischer Intervention in Form von Literatur bei depressiven Störungen. Grundlage des Effektes ist die Stärkung der Mentalisierungsfähigkeit der Patienten, besonders hinsichtlich relevanter Themen für diese klinische Gruppe, wie Verlust oder Zurückweisung. Die Zusammenhänge wurden in Pilotstudien gefunden. Das Resultat dieser Ansammlung von Ergebnissen soll in Zukunft eine therapeutische Applikation werden. Mit ihr sollen die Theorien an Stichproben evaluiert werden.

## 1 Einleitung

Seit jeher mag ich Geschichten. Als ich selbst noch nicht lesen konnte, übernahm meine Mutter das für mich. Ich bin der festen Überzeugung, diese Beziehung ist eine wichtige Säule meines Interesses. Bewegte Bilder aus Filmen, Serien und Computerspielen nahmen für lange Zeit jedoch den Thron an sich. Irgendwann war ich jedoch überfüllt. Zu viele Erzählungen liefen vor mir ab. Ich wollte selbst Geschichten schreiben, und kam wieder zurück zu den Büchern. Denn selbst bevor ein Film gedreht, oder ein Spiel programmiert wird, wird die Geschichte dazu geschrieben. Wie wird so eine Geschichte nun aber nicht nur ein Zeitvertreib für eine kurze Weile? Wie lassen sich Geschichten therapeutisch aufbauen und nutzen?

Bücher wie Die Romantherapie, von Berthoud und Elderkin (2015), greifen diese Idee auf. Eine Geschichte für jede Lebenslage. Erste Ansätze machten Kidd und Castano (2013), indem sie Versuchspersonen Literatur lesen ließen. Ihre Experimente zeigten eine verbesserte Leistung der Versuchspersonen im Erkennen und Zuschreiben subjektiver Zustände anderer. Dies wird als Theory of Mind (ToM) bezeichnet. Sie weist eine große Nähe zur Mentalisierungsfähigkeit auf und wird zu Unrecht auch synonym verwendet (Gallagher, 2003; Staun, 2011). Bei der ToM stehen kognitive Fähigkeiten im Vordergrund. Mentalisierung wird darüber hinaus um eine affektive Ebene erweitert. Anders erklären Mentalisierung Fonagy und Campbell (2017): „Mentalisieren ist die Fähigkeit, uns selbst und andere zu verstehen, indem wir uns über intentionale mentale Zustände klar werden. Dies setzt ein Gewahrsein eigener oder fremder innerer Zustände voraus, vor allem wenn es darum geht, Verhalten zu erklären.“

Fischer-Kern et al. (2008) zeigten in einer Pilotstudie einen Zusammenhang aus eben dieser Fähigkeit und mittelschweren bis schweren Depressionen. Taubner et al. (2011) widerlegten diese Ergebnisse. Sie vermuteten Unterschiede in den Resultaten aufgrund verschiedener Ausschlusskriterien für Versuchsteilnehmer. So schlossen Fischer-Kern et al. auch Patienten mit psychotischen Symptomen und Substanzabusus mit ein. Vermutungen legen nahe, dass die Patienten in einer Akutphase des Depression untersucht wurden, was Auswirkungen auf ihre Mentalisierungsfähigkeit haben konnte (Vgl. Staun, 2011). Neben der Widerlegung ließ sich eine Besonderheit in der Versuchsgruppe mit Depressionen bei Taubner et al. zeigen. Ihre Mentalisierungsfähigkeit lag beim Thema Verlust unter dem

Durchschnitt, ähnlich wie auch durch Staun et al. (2010) nachgewiesen. Dies würde für die therapeutischen Geschichten bedeuten, dass ein Fokus auf Mentalisierung, unter anderem in Verbindung mit dem Thema Verlust, der richtige Ansatz für den Beginn wäre. Andere Ergebnisse finden diese Verbindung kaum mehr, weshalb es weiterer Forschung bedarf, um ein einheitlicheres Bild zu diesem noch jungen Feld zu erhalten (Vgl. Staun, 2011).

Doch die Geschichten sollen erst nur Phase 1 sein. Es gilt zunächst den Bereich des Machbaren mit bloßen Worten auszusondieren, um anschließend immersivere Medien und Techniken einzubringen. Vor allen Dingen wegen der resultierenden Kosten wäre das die simpelste Variante für den Start. Das letzte Stadium dieser Geschichten wäre umfassendere Immersion mittels Virtual Reality (VR) oder Augmented Reality (AR). Das Konzept der Immersion ist zwar nicht vereinheitlicht, beschreibt aber den psychologischen Zustand des Erschaffens eines mentalen Bildes einer Welt aus einer Geschichte heraus. Diese Welt saugt die Leserin praktisch ein (Vgl. Schlochtermeyer, 2016). Bei der VR besteht die Möglichkeit den Sehsinn, das Gehör, wie auch die Bewegung des Nutzers in eine künstliche Welt zu bringen. Dies wird bewerkstelligt durch zwei kleine Bildschirme, welche auf dem Kopf und vor den Augen des Nutzers angebracht werden. Kopfhörer kümmern sich um den Hörsinn. Bewegungssensoren an den Gelenken des Nutzers können theoretisch den gesamten Körper und seine Bewegungen in die künstliche Welt übersetzen. Simplere Versionen fokussieren sich nur auf die Arme und Hände. Mitunter geschieht dies sogar ohne Sensoren am Körper. Die Sensoren können auch in Objekten angebracht sein, welche dann Interaktionen innerhalb der künstlichen Welt ermöglichen. Stäbe mit einem Knopf könnten so zu Taschenlampen, Schusswaffen, oder Angeln in der künstlichen Umgebung werden. AR bedient sich der Kameras in, beispielsweise, Smartphones. Die Umgebung wird gefilmt und auf dem Bildschirm erscheint ein Objekt, das wie im Raum befindlich wirkt. So lässt sich ein dreidimensionales anatomisches Modell eines Menschen in den Raum projizieren und, mit dem Bildschirm vor Augen, umgehen und von allen Seiten betrachten (Moro et al., 2017). In diese Technologien ließen sich auch mögliche Interaktion innerhalb der Geschichten, wie in Computerspielen, implementieren.

Ein Schlagwort, das eng mit dieser Idee verbunden ist, lautet Serious Games (Vgl. Fleming et al., 2017; Krüger-Brand, 2013; Lampert et al., 2009). Über Jahre hinweg wurde daran gearbeitet Computer-Spiele therapeutisch zu nutzen. Remission half krebserkrankten

Kindern in der Chemotherapie. Es wurde eine erhöhte Konzentration von Stoffwechselprodukten eines Chemotherapeutikums im Blut der Versuchsgruppe nachgewiesen (Kato, Cole, Bradlyn & Pollock, 2008). Dyslexie wird behandelt indem durch ein Spiel gezielte Hirnareale trainiert werden (Franceschini et al., 2013). Sparx aus Neuseeland vermittelt verhaltenstherapeutische Ansätze gekleidet in ein Fantasy-Spiel. Zu Beginn rettet der Spieler hier beispielsweise den Vogel „Hope“ aus einer Truhe, der nun zu einem Begleiter wird (Merry et al., 2012). Die Idee Spiele und Therapie zu verbinden ist also nicht Neues. Doch Psychodynamik als Fundament, ganz zu schweigen von einer Verbindung mit Virtueller Realität, lässt noch auf sich warten (Vgl. Fleming et al., 2017). Das Feld bietet Potential und ist bereit für weitere Entwicklung (Vgl. ebd.).

Doch der erste Schritt bleibt das Vorgehen über bloße Worte. Passend dazu sind Ergebnisse von Pennebaker und Seagal (1999). Viele Studien gingen in der Vergangenheit eher in eine ähnliche Richtung – schreiben, statt lesen. Teilnehmern einer Studie sollten vier aufeinanderfolgende Tage für 15 Minuten schreiben. Die Kontrollgruppe über ein unemotionales Thema. Beispiele waren eine Beschreibung des Untersuchungszimmers, oder des eigenen Zimmers. Die Versuchsgruppe hingegen, sollte sich einem oder mehreren traumatischen Ereignissen in ihrem Leben widmen. Mit den Worten des Versuchsleiters:

“For the next four days, I would like for you to write about your very deepest thoughts and feelings about the most traumatic experience of your entire life. In your writing, I’d like you to really let go and explore your very deepest emotions and thoughts. You might tie your topic to your relationships with others, including parents, lovers, friends, or relatives, to your past, your present, or your future, or to who you have been, who you would like to be, or who you are now. You may write about the same general issues or experiences on all days of writing or on different traumas each day. All of your writing will be completely confidential.” (ebd.)

Die Versuchsgruppe besserte sich unter anderem hinsichtlich ihrer selbst wahrgenommenen Stimmung, und hatte im weiteren zeitlichen Verlauf sogar weniger Besuche bei Ärzten vorzuweisen. Zu beachten ist hierbei besonders die kognitive Verarbeitung im Patienten. Bloßes Rauschschrei(b)en von Wut würde nicht helfen. Es bedarf einer bewussten Verarbeitung (Vgl. Lewis & Bucher, 1992; Pierce, Nichols & DuBrin, 1983;). Dies soll also ein wichtiges Resultat aus der Arbeit mit den Geschichten sein.

Ähnliche Effekte, Verarbeitung von Emotionen, gilt es praktisch durch bloßes Lesen zu erzielen. Dieser Ansatz ist jedoch deutlich neuer und bedarf somit weiterer Forschung. Daher wird diese Arbeit ihren Anfang bei den Emotionen machen. Sobald wir diesen Bereich etwas erkundet haben, bewegen wir uns auf die therapeutischen Aspekte zu. Es soll ein Konzept von Krankheit und Gesundheit vermittelt werden, welches die vorgestellten Ansätze zur Heilung begleitet. Das bereits erwähnte Störungsbild soll hierbei exemplarisch herhalten: die Depression. Des Weiteren, ausleitend aus dem psychologisch-therapeutischen Kontext, beschäftigen wir uns kurz mit Bion's Konzept der Alpha-Funktion. Diese trägt uns weiter zum dritten Abschnitt – der Kunst und ihrer Wirkung. Es ließen sich ganze Arbeiten zu jedem der drei Abschnitte füllen. Doch mir geht es hier um die Schnittmenge, die das Fundament ist für ein daraus resultierendes Projekt:

Geschichten die auf die unbewussten Themen der Patienten zugeschnitten sind, und darüber therapeutisch wirken.

Wie wäre es, wenn eine Patientin durch die Symbole in einer Geschichte behandelt werden würde? In erster Linie in Begleitung zu einer Therapie, da somit bessere Ergebnisse erzielt werden könnten (Vgl. Goh, 2008). Ließen sich mit mildereren Formen, und entsprechenden Themen im Material, Wartezeiten auf einen Therapieplatz sinnvoll überbrücken? Antonio Ferro (2006) spricht bereits von Psychoanalyse als Therapie und Ansammlung von Geschichten, die sich zwischen Patient und Therapeut ereignen. Inwiefern sich dies gezielt mittels Literatur am Bildschirm nutzen lassen soll herausgefunden werden.

## 2 Emotionen in Theorie

### 2.1 James-Lange-Theorie

Aus unserem Alltag leiten sich unsere Emotionen recht simpel ab. Wir weinen, weil wir traurig sind; schreien, weil wir wütend sind. Zum Ende des 19. Jahrhunderts stellte William James die Reihenfolge jedoch um. Er sah die physiologischen Reiz als Auslöser für unser emotionales

Erleben an (Vgl. Gerrig & Zimbardo, S.460; Myers, S.549). Der dänische Wissenschaftler Carl Lange kam zu ähnlicher Zeit zur selben Schlussfolgerung, und lieh der Theorie ebenso seinen Namen (Vgl. ebd.). Wir reagieren also auf körperlicher Ebene praktisch ohne bewusstes Zutun, und interpretieren die wahrgenommene Erregung anschließend in Form einer emotionalen Erfahrung (Vgl. ebd.). Alternativ wird sie auch Aktivierungstheorie genannt (Vgl. Traue, S.31, 1998).

## 2.2 Cannon-Bard-Theorie

Rund vierzig Jahre später wurde die Kritik immer lauter. Der Physiologe Walter Cannon und andere Wissenschaftler erhoben Einwände (Vgl. Gerrig & Zimbardo, S.461). Sie zweifelten daran, dass die Reaktionen des Körpers spezifisch genug seien, um das Angebot an möglichen Gefühlen auslösen zu können (Vgl. Myers, S.549). Ist ein schnell schlagendes Herz nun ein Indikator für Angst, Wut oder Liebe (Vgl. ebd.)? Ferner sind die Reaktionen des Körpers erheblich langsamer, als die mit ihnen verbundenen Gefühle (Vgl. ebd.; Gerrig & Zimbardo, S.461). Unsere gestiegene Körpertemperatur, oder schwitzenden Hände, trudeln nach dem emotionalen Erleben ein (Vgl. Myers, S.549). Walter Cannon und Philip Bard postulierten, dass ein erregender Reiz sowohl körperliche Erregung, als auch emotionale Erfahrung gleichzeitig auslöse (Vgl. Gerrig & Zimbardo, S.461). Die körperliche und psychische Reaktion ist also nicht miteinander verbunden – sie teilen sich lediglich den Auslöser (Vgl. ebd.). Auf diesem Fundament fußt der ebenfalls verwendete Begriff neurobiologischen Emotionstheorien (Vgl. Traue, S. 31, 1998).

## 2.3 Zwei-Faktoren-Theorie

Nach diesmal nur dreißig Jahren kam es zu einem weiteren Wandel. 1962 fanden Schachter und Singer einen Konsens, der beide vorherigen Theorien verband (Vgl. Myers, S.549). Nach ihnen löst unsere Physiologie, gemeinsam mit unseren Kognitionen, bestehend aus Wahrnehmungen, Erinnerungen und Interpretationen, unsere emotionalen Erfahrungen aus (Vgl. ebd.). Diese Verbindung brachte ihr auch die Bezeichnung Kognitions-Aktivierungstheorie ein (Vgl. Traue, S. 31, 1998).

Für das Ziel dieser Arbeit, erschien mir jedoch der Beitrag von Klaus Rothermund am ergiebigsten.

## 2.4 Appraisals und Emotionsorchester

Nach Rothermund (2011) sind Emotionen ein Orchester aus verschiedenen Instrumenten, die in ihrem Einklang erst die Emotion als solche erschaffen. Einzeln aufgelistet sind es Einschätzungen, Verhaltenstendenzen, Ausdrucksverhalten, physiologische Veränderungen, und Empfindungsqualitäten. Im Folgenden werden diese einzelnen Instrumente erläutert.

**Einschätzungen**, Bewertungen, oder appraisals, drücken aus, wie das Subjekt zu einem Ereignis, einer Person, oder einem Objekt steht. Die Appraisaltheorie (Ortony, Clore, & Collins, 1988) sieht jede Emotion beeinflusst von Einschätzungen. Somit bilden sie das Kernstück einer Emotion. Diese wiederum setzen sich zu einem Großteil aus heißen Kognitionen und zusätzlichen kalten Kognitionen zusammen.

Heiße Kognitionen wären die Einstellungen, Wünsche, Ziele, Bedürfnisse und Werte einer Person.

Kalte Kognitionen hingegen sind Tatsachenüberzeugungen und Ursachenzuschreibungen (Rothermund, S.160).

Freude wäre beispielsweise dadurch charakterisiert, dass ein Ziel, oder ein Wunsch früher erreicht wurde, als es uns unsere Tatsachenüberzeugung vermuten ließ. Rothermund benennt als „wichtige emotionsrelevante Einschätzungen“ (ebd.) die persönliche Relevanz eines Ereignisses, seine Erwünschtheit aufgrund persönlicher Einstellungen und sozial verbindlicher Bewertungsmaßstäbe (beispielsweise Moral oder Religion), seine zeitliche Verortung (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft), die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt des Ereignisses, Ursachenzuschreibungen bezüglich seiner Entstehung (Absicht, Zufall, Anstrengung, Fähigkeit, eigene oder fremde Verursachung) sowie die Reaktions- und Bewältigungsmöglichkeiten, die der Person in der Auseinandersetzung mit dem Ereignis zur Verfügung stehen (Kontrolle, Hilflosigkeit, oder Angewiesensein auf andere) (Vgl. Rothermund, S.160 f.).

Diese Muster der Einschätzung erweisen sich als fundamentales Kriterium für eine Emotion. Ohne die nötige Einschätzung, ergibt sich nicht die Emotion. Wir können Stolz nicht fühlen, wenn wir die Überzeugung haben, das wir selbst nicht für das erreichte Ziel verantwortlich sind.

Die nächste Emotionskomponente sind die **Verhaltenstendenzen**. Durch die Bewertungen eine Situation, leiten sich für das Subjekt Verhaltenstendenzen ab. Faucht uns ein wildes Tier im Wald an, ziehen wir uns zurück, machen uns zum Kampf bereit, oder erstarren. Lächelt uns ein sympathischer Mensch für längere Momente auf einer Veranstaltung zu, nähern wir uns, vermeiden den Kontakt, oder wir ignorieren ihn. Rothermund betont jedoch, dass das Bild einer „reflexartigen Verbindung von Emotion und Verhalten [...] kein zutreffendes“ ist (Rothermund, S.163). Die benannte Verbindung ist eher eine gelegentliche. Die Beziehung zwischen Verhalten und Emotion ist viel flexibler, situations- und gelegenheitsabhängiger, als die Idee eines starren „Motorprogramme[s]“ (ebd.), dass immer als selbe Reaktion auf den selben Reiz ausgelöst wird.

Nah am Verhalten, steht der **Ausdruck**. Diese Emotionskomponente beschreibt spezifische Ausdrücke in Mimik, Stimme und Körperhaltung. Ekman & Friesen (1971) beschrieben bereits den Zusammenhang aus bestimmten Emotionen mit distinkten Emotionsausdrücken. Vor ihm stellte Darwin (1872) die These auf, dass der Emotionsausdruck ein Rudiment von Verhaltensprogrammen darstellt. So ist das Verhaltensprogramm des Emotionsausdrucks von Ekel beispielsweise das Ausstoßen von schlechter Nahrung aus dem Mundraum. Besonders gut ist es bei Säuglingen sichtbar. Sollten sie sich in einer nicht schmackhaften Situation befinden, verlässt das Essen ganz schnell den Mundraum. Hier wird auch die nonverbale kommunikative Seite des Emotionsausdrucks deutlich: “Mama, mir schmeckt das nicht, lassen wir das mal lieber.” Eine andere Form der sozialen Interaktion mit Emotionsausdrücken, ohne Worte, ist bei Trauer sichtbar: “Mir geht es schlecht, ich brauche Trost” (Vgl. Rothermund, 2011). Emotionsausdrücke können bei Bedarf oft produziert oder verdrängt werden. Wir machen gute Mime zu bösem Spiel, oder die Mutter setzt in erzieherischer Absicht ein strenges Gesicht auf, obwohl sie lieber über das Verhalten hinwegsehen würde (Vgl. ebd.).

Neben den gut sichtbaren Komponenten des Verhaltens und des Ausdrucks, gibt es die, in der Regel, schlechter erkennbaren **physiologischen Begleiterscheinungen**. Die

feuchten Hände der Nervosität, der Kloß im Hals der Traurigkeit. Emotionen finden sich ihren Weg durch unseren Körper. Rothermund (2011) benennt zwar ähnliche Begleiterscheinungen, bestreitet jedoch die Behauptung einiger Forscher, dass jede Emotion durch ein eigenes Muster physiologischer Reaktionen bestimmt ist. Die Evidenz auf empirischer Seite sei zu schwach. Er hält fest, dass die physiologischen Aspekte eher eine Aussage über die Intensität einer Emotion treffen, nicht jedoch über die Qualität (Vgl. ebd., S.165). Eine niedrige physiologische Reaktion spricht nicht für die Abwesenheit einer Emotion. Wir können uns über ein Geschenk freuen, ohne deswegen platzen zu müssen. Außer es handelt sich um ein ausgesprochen besonderes Geschenk, das uns unsere Freude nicht in uns halten lässt, sodass wir es in die Welt schreien wollen.

Als letzten Punkt nennt Rothermund die **Empfindungsqualitäten**. Diese werden oftmals für den Kern von Emotionen gehalten. Rothermund vertritt jedoch die Auffassung, dass dies eine fehlgeleitete Annahme sei. Die Empfindungsqualitäten grenzen sich als solche nochmal von den physiologischen Begleiterscheinungen ab, stehen ihnen aber sehr nahe, was zu Verwirrungen führen kann. Nehmen wir die Emotion Angst als Beispiel:

Unsere Protagonistin Lena kommt nachts aus dem U-Bahnhof Hönow, nicht mehr weit vom Stadtrand Berlins. Sie hat noch einen Fußweg von zehn Minuten bis zur Haustür. Sie holt eine Zigarette aus ihrer Handtasche und zündet sie an. Die Straßen sind menschenleer – bis auf zwei Gestalten hinter ihr. Waren sie auch in der U-Bahn? Sie dreht sich im Laufen kurz um. Ohne Brille erkennt sie nichts Genaues. Nur die Distanz. Sie hört die Schritte hinter sich hallen. Schneller mit den Sekunden. Sie dreht sich wieder um. Die Gestalten sind ihr näher als zuvor. Sie bemerkt wie ihre Knie nur noch hohle Äste zu sein scheinen. Während sie die Zigarette an ihren Mund führt, bemerkt sie das Zittern ihrer Finger. In ihrer Brust macht sich eine beklemmende Leere breit. Sie spürt eine Hand an ihrer Schulter, reißt ihre Augen auf, und findet sich in ihrem Bett wieder. Der Rücken ist nass, ihre Atmung noch schwer. Doch sie ist alleine, sicher und zu Hause.

Nach meinem Verständnis wären hierbei die Empfindung der Knie und der Leere in der Brust eine Empfindungsqualität. Die restlichen Beschreibungen (nasser Rücken, schwere Atmung, zitternde Hände) wären physiologische Begleiterscheinungen.

Eine Möglichkeit der Kontrolle bietet die Stellschraube der emotionalen Reaktionen. Wenn wir an ihr drehen, das emotionsspezifische Ausdrucksverhalten unterdrücken, sinkt

unsere Intensität der erlebten Emotionen im Selbstbericht (Gross & Levenson, 1993). Es bringt uns zurück zur James-Lange-Theorie – wir weinen nicht, weil wir traurig sind, wir sind traurig, weil wir weinen. Eine enge Verbindung aus Ausdruck und Emotionserleben. So auch in den pen studies (Strack, Martin & Stepper, 1988). Zwei Versuchsgruppen sollten die Lustigkeit von Bildern einschätzen. Die eine Gruppe bekam die Anweisung während der Betrachtung einen Stift zwischen den Zähnen zu halten. Die daraus resultierende Lippenstellung sollte einem Grinsen ähneln. Die zweite Gruppe wiederum sollte den Stift mit den Lippen festhalten. Daraus ergab sich eine Lippenstellung die einem Schmollen entsprach. Die „Grinse-Gruppe“ schätzte die Bilder signifikant lustiger ein, als die „Schmoll-Gruppe“. Rothermund (2015) erwähnt jedoch, dass dieses Experiment nur eine Modulation des emotionalen Erlebens nachwies. Die Emotion als solche wurde nicht allein durch die motorische Stimulation ausgelöst. Im Sinne der Appraisal-Theorie würde es bei dem bloßen Verändern der Körperhaltung auch an einer passenden Situationsbewertung mangeln (Vgl. ebd.). So reicht es also nicht einem Depressiven einfach eine gerade Körperhaltung zu verschreiben. Bei bestimmten Emotionen führt deren Unterdrückung sogar zu einer allgemeinen Verstärkung der Sympathikus-Aktivierung (Gross & Levenson, 1993). Als würden die Emotionen umgelenkt werden und physiologische Erregung auslösen, wenn der offene Ausdruck nicht möglich ist. Hier lässt sich eine mögliche Ursache für psychosomatische Erkrankungen in Verbindung mit repressiven Bewältigungsmustern vermuten (Myers et al., 2008, nach Rothermund, 2011). Es wäre notwendig dieser These für die therapeutischen Geschichten zu folgen. Britton (2001) meint unverarbeitete Elemente des Bewusstseins bahnen sich ihren Weg mitunter in den Körper (Vgl. S. 39). Demnach könnte ein höherer Grad an Mentalisierung diesem Ventil den Druck nehmen.

## 2.5 Emotionale Geschichten

Sollten wir uns diese Informationen für die Idee der therapeutischen Geschichten zu Nutze machen, lässt sich daraus erschließen, dass das von Stein erwähnte Ziel des Schriftstellers, Gefühle im Leser auszulösen, über die benannten Wege ginge. Dem Leser müssen die Einschätzungen des Protagonisten klar sein. Um diese darzustellen, müssen sie nicht immer explizit benannt oder gar aufgelistet werden. Das wäre auch kein besonderes Lesevergnügen. Viel mehr gehört es zu einem guten Stil Charaktere durch ihre Taten kennen zu lernen (Stein,

1995; 1999). Statt einer bloßen Erwähnung („Ich konnte Marlene als einzige aus der Gruppe nicht leiden.“), wäre eine Handlung der Schlüssel („Jedes Mal, wenn Marlene mit ihrer schrillen Stimme etwas sagte, schweiften meine Augen lieber etwas im Raum umher.“).

Nebst der Relevanz für die Geschichten, zeigt sich für mich an dieser Stelle eine Brücke zur Tiefenpsychologie und zum Unbewussten. Die Einschätzungen eines Subjektes sind verantwortlich für die Emotionen. Mit den Worten von Hermann Beland (2014, S.203): „Man muss nicht die Emotion bekämpfen, sondern das bizarre Situationsurteil analysieren, dessen gesetzmäßige Folge die Emotion ist.“ Doch woher nimmt das Subjekt seine Einschätzungen, wenn nicht aus den Erfahrungen seiner Vergangenheit? Wenn dem Subjekt diese Einschätzungen, ein Hauptbestandteil einer Emotion, nicht bewusst sind, laufen diese Emotionen unter Umständen auf einer für das Subjekt unsichtbaren Bühne ab.

### 3 Psychodynamik und Psychotherapie

Um diese unsichtbare Bühne und somit einen Kern der psychodynamischen Theorien besser greifen zu können, nähern wir uns dem klinischen Störungsbild der Depression.

#### 3.1 Depressives Erleben (und Klassifikation)

Der Grund für eben diese Erkrankung ist ihre nicht zu übersehene Relevanz für unsere Gegenwart. Köhler (1999, S.39) berichtet von einer Ein-Jahres-Prävalenz in den USA von 8 – 15 %. So hatte innerhalb eines Jahres vor Untersuchung rund jede 10. untersuchte Person prägnante Anzeichen für eine depressive Störung gezeigt. Böker et al. (2002) berichten von einer Lebenszeitprävalenz von 5 – 12 %. Somit sind depressive Störungen die häufigste psychische Erkrankung in Deutschland. Prognosen sehen diesen Trend auch auf globaler Ebene, und depressive Störungen in zehn Jahren als zweithäufigste Volkskrankheit. Wir unterscheiden nun in den Systemen viele verschiedene Formen von Depressionen, eher von depressiven Episoden oder depressiven Erlebens (Vgl. Böker, 2001, S.1 f).

Auch wenn die Depression als ein heterogenes Krankheitsbild beschrieben wird (Vgl. Will et al., 2008), wird diese Arbeit versuchen einen Balanceakt zu beschreiben, ein Weg der

die Vorteile der quantitativen, wie auch der qualitativen Denkart nutzen will. Für das Ziel, und vor allem den noch jungen Stand der Idee, möchte ich vorerst großflächiger agieren. Womöglich wird das Werkzeug im Verlauf feiner justiert, und sich mehr auf die Kategorien von ICD-10, DSM-IV oder OPD fokussiert. Denn zu individuell wird das Vorgehen nicht werden können. Die „therapeutischen Geschichten“ können nicht für jeden Anwender maßgeschneidert werden. Dies wäre zu aufwendig hinsichtlich der Kosten – besonders zu Beginn des Projektes. Daher bleibt die Förderung der Mentalisierung als oberstes Ziel.

Insofern zeigt sich die Klassifikation hier als große Hilfe. Auch wenn im Hinterkopf immer mitschwingt, dass jede Klassifikation inhärente reduktionistische Eigenschaften hat (Vgl. Böker, 2001, S. 311). Wenn wir zu tief in ein Erkennen von Mustern geraten, können wir zwar relativ bequem beschreibend arbeiten, doch der individuelle Sinnzusammenhang des Erlebens rückt somit weiter von uns (Vgl. ebd.). Mein Fokus soll weitestgehend vom Erleben des Einzelfalles ausgehen – in Stoßrichtung mit der Entwicklung der Forschung (Vgl. Mentzos, in Böker, 2001, S.1). Dies vorangestellt, sollen der Vollständigkeit halber im Folgenden Symptome einer depressiven Episode genannt werden. Mindestens fünf der folgenden Symptome müssen gleichzeitig während eines Zeitraumes von mindestens zwei Wochen auftreten:

- Depressive Verstimmung
- Deutlich vermindertes Interesse oder Freude
- Gewichtszunahme/-verlust
- Schlaflosigkeit
- Unruhe, Hemmung, Verlangsamung
- Müdigkeit, Energieverlust,
- Gefühl der Wertlosigkeit, Schuld
- Konzentrationsprobleme
- Todeswunsch, Suizidideen (Böker, 2001, S.5)

Depressive Stimmung oder Interessenverlust muss darunter sein. Damit einher gehen deutliche Änderung der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit. Selbstredend gilt der Ausschluss von organischen Ursachen, Schizophrenie oder Trauerreaktion (Vgl. ebd.). Für eine breitere Liste depressiver Auffälligkeiten, ist die Tabelle 1 zu betrachten.

<b>Verhalten/ Motorik/ Erscheinungsbild</b>	<i>Körperhaltung:</i> kraftlos, gebeugt, spannungsleer; Verlangsamung der Bewegungen; Agitiertheit, nervöse, zappelige Unruhe <i>Gesichtsdruck:</i> traurig, weinerlich, besorgt; herabgezogene Mundwinkel, vertiefte Falten, maskenhaft erstarrte, manchmal auch nervöse, wechselnd angespannte Mimik <i>Sprache:</i> leise, monoton, langsam Aktivitätsverminderung bis zum Stupor, wenig Abwechslung, eingeschränkter Bewegungsradius, Probleme bei der praktischen Bewältigung alltäglicher Anforderungen
<b>Emotional</b>	Gefühle von Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit, Trauer, Hoffnungslosigkeit, Verlust, Verlassenheit, Einsamkeit, innere Leere, Unzufriedenheit, Schuld, Feindseligkeit, Angst und Sorgen, Gefühl der Gefühllosigkeit und Distanz zur Umwelt
<b>Physiologisch-vegetativ</b>	Innere Unruhe, Erregung, Spannung, Reizbarkeit, Weinen, Ermüdung, Schwäche, Schlafstörungen, tageszeitliche und jahreszeitliche Schwankungen im Befinden, Wetterfühligkeit, Appetit- und Gewichtsverlust, Libidoverlust, allgemeine vegetative Beschwerden (u. a. Kopfdruck, Magenbeschwerden, Verdauungsbeschwerden); zu achten ist bei der Diagnose auf: Blutdruck, Blutzuckerspiegel, Kalziummangel, Eisenwerte, Serotonin-/Adrenalinmangel bzw. Überschuss
<b>Imaginativ-kognitiv</b>	Negative Einstellung gegenüber sich selbst (als Person, den eigenen Fähigkeiten und dem Erscheinungsbild) und der Zukunft (z. B. imaginierte Vorstellung von Sackgasse, schwarzem Loch); Pessimismus, permanente Selbstkritik, Selbstunsicherheit, Hypochondrie, Einfallsarmut, mühsames Denken, Konzentrationsprobleme, zirkuläres Grübeln, Erwartung von Strafen oder Katastrophen, Wahnvorstellungen (z. B. Versündigungs-, Insuffizienz- und Verarmungsvorstellungen; rigides Anspruchsniveau, nihilistische Ideen der Ausweglosigkeit und Zwecklosigkeit des eigenen Lebens, Suizidideen
<b>Motivational</b>	Misserfolgsorientierung, Rückzugs- bzw. Vermeidungshaltung, Flucht und Vermeidung von Verantwortung, Erleben von Nicht-Kontrolle und Hilflosigkeit, Interessenverlust, Verstärkerverlust, Antriebslosigkeit, Entschlussunfähigkeit, Gefühl des Überfordertseins, Rückzug bis zum Suizid oder Zunahme der Abhängigkeit von anderen

Tabelle 1 Symptomatologie depressiver Auffälligkeiten (nach Böker, 2001, S.2)

Ein weiterer Punkt der die Entscheidung auf die Depression als Beispielstörung hat fallen lassen, ist die hohe Komorbiditätsrate von 75 – 90 % (Böker, 2001, S.11). Hier sei jedoch zu erwähnen, dass es schwer zuverlässig feststellbar ist, ob die Depression vor anderen Störungen auftrat, oder erst als deren Folge (Vgl. Böker, 2001, S.12). Nichtsdestotrotz zeigt sich bereits eine große mögliche Zielgruppe. Die Schwierigkeiten die sich aus diesen Zusammenhängen jedoch ergeben, werden folgend noch an geeigneterer Stelle erwähnt.

### 3.2 Der Weg der Psychodynamik

Den Beschreibenden Teil haben wir nahezu erledigt. Abrundend lässt sich dazu sagen, dass die Depression mit ihrem interesse-, schlaf-, appetit- und kraftlosen Erleben laut Heinz Lenz

auch als eine „Krankheit der Losigkeiten“ angesehen werden kann (Vgl. Böker, 2001, S.379).  
Bewegen wir uns aber jetzt vom Beschreiben allmählich in Richtung Verstehen.

Ein Weg das Verhalten des Menschen zu erklären ist der der Psychodynamik. Eine Besonderheit dieses Weges ist das Unbewusste und seine Rolle im Leben des Menschen. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts hielt ein Nervenarzt aus Wien Beobachtungen fest, die sich beispielsweise in der Belletristik vor ihm bemerkbar machten. Sigmund Freud (1917) arbeitet in heraus, durch was die Seele gezeichnet wird. Er stellte die Annahme auf, dass wir nicht „Herr im eigenen Haus“ seien (ebd.). Nicht der Wille oder die Vernunft sind für unsere Entscheidungen verantwortlich. Stattdessen hängen wir an unsichtbaren Fäden der Vergangenheit, durch die unser Unbewusstes unsere Schritte bestimmt. Die Erfahrungen der frühen Kindheit, das Erleben der Welt und der Beziehungen zu unseren primären Bezugspersonen, werden die Entscheidungsträger. Diese Ansichten erlangten mit der Zeit immer mehr Anerkennung in Psychologie und Medizin. Der Placeboeffekt, „der auf physiologisch objektivierbare Weise durchaus auch reale somatische Veränderungen umfasst“, half dabei die „psychische Realität“ als zu beachtenden Faktor zu etablieren (Vgl. Mertens & Waldvogel, S.356).

Doch an dieser Stelle soll sich uns die Sprache, und ein Teil der Geschichte, der Psychoanalyse und -dynamik in Aktion zeigen. Kehren wir hierfür zurück zur Frage „Was ist Depression?“. Hierzu sehen wir uns kurz verschiedene Ausarbeitungen im Verlaufe der Zeit an.

Kurz vor der Wende zum 20. Jahrhundert behandelte der junge Neurologe Sigmund Freud an Hysterie leidende Patientinnen mit einer Mischung aus Hypnose und Psychotherapie. Die sich ihrer Innenwelt zuwendenden Patientinnen ließen Freud eine Verbindung zwischen ihren Symptomen und ihrer Vergangenheit erkennen. Angeregt zu dieser neuen Form von Behandlung wurde Freud von Josef Breuer's Behandlung der jungen „Anna O.“. Der ältere Kollege Freud's sah im monotonen Alltag der intelligenten Wienerin einen „unverwendeten Ueberschuss von psychischer Regsamkeit und Energie“, den er als Kern der „habituellen Wachträume[n]“ sah, welche die Patientin selbst ihr „Privattheater“ nannte (Breuer, J., Beobachtungen I. Frl. Anna O...“ in S. Freud und J. Breuer, Studien über Hysterie, Leipzig/ Wien 1895, S.33, nach: Kandel, 2012, S.26). Breuer und Freud richteten ihr Augenmerk auf „das Intimste [seines] Seelenleben[s], alles, was“ das Subjekt „als sozial

selbstständige Person vor anderen verbergen muss“, und verknüpfte dadurch Symptome und Erleben des Subjekts mit eben jenen verschleierte(n) Anteilen des Selbst (Freud, 1961, S.10). Aus der Behandlung der Anna O. lernte Breuer, dass ihre Symptome verschwanden, sobald sie sich an deren erstes Auftreten erinnerte. Dieses Erinnern an die Situation die damit verbunden war, schien etwas vom psychischen Druck abzumildern, der durch die Umstände in Erscheinung trat (Vgl. de Berg, S.5 f).

Freud erkannte, dass die Symptome der Patientin Linderung aufwiesen, wenn eine Art „emotionaler Entladung“ stattfand. Darunter verstand er eine Vielzahl „willkürlicher und unwillkürlicher Reflexe, in denen sich erfahrungsgemäß die Affekte entladen: vom Weinen bis zum Racheakt“ (Sigmund Freud, Gesammelte Werke, Bd. 10, S. 46, nach: Boadella, 1983, S. 37). Sollte die Entladung in ausreichendem Maße geschehen, entspannt sich ein Teil des Affektes (Vgl.ebd.). Diese Beobachtung zeigt eine Nähe zu unserer Sprache, in der Umschreibungen wie sich ausweinen, oder sich aussprechen, dieses Konzept widerspiegeln (Vgl. ebd.). Schlagen wir hier eine Brücke zum zweiten Kapitel dieser Arbeit, den Emotionen, genauer gesagt dem Aspekt der Verhaltenstendenzen innerhalb der Appraisaltheorie. Wenn eine Emotion eigentlich eine ihr eigene Verhaltenstendenz besitzt, würde diese durch die Unterdrückung der Emotion ebenfalls unterdrückt und nicht ausgelebt werden. Der natürliche Fluss wird unterbrochen, wodurch der betroffene Mensch nahezu festfrieren in seiner Handlung.

Bewegen wir uns nun weiter zur Gegenwart der Psychodynamik, und näher zum Thema Depressionen. Die Psychodynamik hatte einige Jahrzehnte um zu reifen. Nach Will et al. (2000) liegt der depressive Grundkonflikt begründet in dem Kampf zweier Wünsche im depressiven Patienten. Auf der einen Seite steht die Sehnsucht nach dem Liebesobjekt, bis zur Verschmelzung reichend. Auf der anderen der Wunsch eine Wut ausleben zu dürfen, die „bis zur Zerstörung des Objektes oder seiner selbst gehen könnte“ (ebd. S.88). Wichtiger Aspekt hierbei ist nicht nur die „intensive Liebessehnsucht und Anhänglichkeit“ mit der das „mütterliche Objekt“ gesucht wird, sondern die Furcht vor „Abweisung, Enttäuschung und Kränkung“ (ebd. S.89). Hieraus speist sich auch unter anderem die erwähnte Wut, die Will mitunter aufführt als „Abhängigkeitswut, Kränkungsärger, Enttäuschungswut, narzißtische Wut, Schamspannung“ (ebd.). Nach dieser Sicht schwingen Depressive zwischen einer Angst vor „Liebesverlust“ und einer Angst vor „phantasierter Objektzerstörung“ (ebd.).

Wir wollen uns im Verlauf auf den Aspekt der Aggressionen näher einlassen. Grabenstedt (in Will et al., 2000, S. 172 ff.) fasst die gegensätzlichen Beobachtungen zu einem paradoxen Charakter zusammen: „Der völlig unaggressive aggressive depressive Patient“ (ebd.). Die Autorin zeigt die Unterschiede in der subjektiven Wahrnehmung des Patienten von sich, und der seines Umfeldes von ihm auf. Liegt es außerhalb der Vorstellung des Patienten aggressiv sein zu können, spüren andere die (depressive) Aggressivität jedoch deutlich und reagieren darauf – mit Rückzug und Vermeidung (Vgl. ebd.). Aus dieser Abweisung heraus resultiert eine Angst und noch mehr Unterdrückung der kleinsten Impulse von Wut im Patienten. Ärger, Aggressionen und Wut werden folglich mehr und mehr zu einem „undifferenzierten Kloß, zur unbestimmten Enge, die es zu vermeiden gilt, vor allem aus Angst, andere zu verlieren“ (ebd.). Dadurch erlebt der Patient selbst Ärger und Wut wie durch einen Schleier. Statt der „aggressiven Spannung“, erlebt der Patient eher Gefühle wie „Schuld, Hilflosigkeit und Überforderung mit etwas umgehen zu müssen, was er gar nicht geben dürfte“ (ebd.). Ist diese aggressive Spannung für den Patienten nicht mit Worten greifbar, entlädt sie sich im Agieren (Vgl. ebd.). Diese unbewussten Aggressionen treten auf als „unschuldige Aggressionen“ – Verabredungen, Termine oder Geburtstage können „vergessen“ werden, ebenso wie Einladungen oder Absagen (Vgl. ebd.). Ein offener Weg ist dem Patienten nicht möglich, da er sich in der überfordernden Situation befindet „aggressiv unaggressiv“ zu sein (ebd.).

Der Aspekt der Aggression lässt laut Böker (2001, S.75 f.) sich bei Benedetti's Subtyp der Depression, der Über-Ich-Depression ebenfalls finden. Bei diesem Subtyp finden sich „oftmals quälende Schuldgefühle“ auf einem Fundament von „unbewussten Aggression[en] gegenüber dem dominierenden Partner, der im Erleben des Patienten Züge der enttäuschenden, ambivalent-geliebten primären Bezugsperson bekommt“ (ebd.). Wichtig bei der Psychotherapie solcher Patienten ist es zu erleben, dass sie erleben, wie aggressive Impulse die therapeutische Beziehung, wie auch die Akzeptanz des Therapeuten, nicht zerstören (Vgl. ebd.).

Nachdem wir nun die Depression sowohl beschreibend, als auch verstehend kennen gelernt haben, sollten einige Punkte für die Geschichten festgehalten werden. Von den Symptomen der Tabelle 1 aus Kapitel 3.1 zeichnet sich anhand der Verhaltensweisen und Beschreibungen eine grobe Skizze der Hauptfigur einer therapeutischen Geschichte ab. Pino und Mazza (2016) sprechen sich für eine Nähe in den Eigenschaften von Protagonistin der Geschichte und Versuchsperson aus.

### Exkurs: Bion & Alpha-Funktion

Da der erste Titel der vorliegenden Arbeit „Alpha-Funktion der Kunst“ war, möchte ich mich an dieser passenden Stelle kurz mit den damit verbundenen Gedanken beschäftigen. Der damit verbundene Name gehört dem britischen Analytiker Bion. Das Leben führte Wilfred R. Bion im Alter von 18 Jahren, 1915, als Soldat in den Krieg. Er blieb bis 1918 in der Armee (Vgl. Wiedemann, 2007, S. 43). Aus dieser Zeit nahm er Beobachtung über das menschliche Verhalten in einer Extremsituation mit. Er zog Parallelen zum psychotischen Erleben. Dies führte ihn in seiner Laufbahn als Analytiker zu Fragen nach dem Ursprung des Denkens (Vgl. ebd. S. 236). Runtergebrochen entsteht das Denken im Säugling durch eine spezifische Interaktion mit der Mutter. Emotionale Erlebnisse werden aus dem Subjekt in ein Objekt zur Verdauung ausgelagert. Die verarbeiteten Elemente können danach wieder dem Säugling zugeführt werden (Vgl. ebd.). Als Beispiel gelten Schmerz und Aggressivität des hungrigen Kindes. Die Mutter steht als Behälter für diese Gefühle parat, nimmt sie auf und „entgiftet“ sie (ebd. S.254). Als Resultat wird der Säugling in seinem Bedürfnis befriedigt und gestillt. Der Säugling lernt in dieser Beziehung, dass ein negatives Gefühl nicht „als böses Objekt evakuiert, sondern als abwesendes gutes Objekt gedacht werden kann“ (ebd.). Er stößt nun nicht mehr den Schmerz aus sich heraus, sondern kann ihn als Hunger, Abwesenheit der Brust und Nahrung, denken (Vgl. ebd.). „Stillen ist [...] sowohl ein physischer, als auch ein mental-emotionaler Vorgang“ (ebd.).

Die Verdauung des Erlebnismaterials wird von Bion „Alpha-Funktion“ genannt, deren wichtigster Faktor die „rêverie“ ist (ebd. S.236). Die zu verdauenden Erlebnisse wurden „Beta-Elemente“ genannt (ebd. S.249). Sie werden beschrieben als „rohe Körperzustände“, die nicht gedacht werden können (ebd.). Aufgrund dieser Unverdaulichkeit werden sie ausgeschieden.

Die Bandbreite an Möglichkeiten reicht hier von Husten, Stöhnen, Reden, bis zu Halluzinationen (Vgl. ebd.). Erst durch die Alpha-Funktion erhalten die Körperzustände Bedeutung und können im weiteren Schritt gedacht werden (Vgl. Mertens und Waldvogel, S.120). „In einem Zustand der *rêverie* ist die Mutter in der Lage, vom Kind projizierte Beta-Elemente, zumeist unerträgliche, konkrete Erfahrungen, aufzunehmen, und sie in Alpha-Elemente, die dem Erleben psychische Bedeutung geben, umzuwandeln. Die nunmehr erträglich gestalteten Alpha-Elemente können vom Kind reintrojiziert werden. Im Laufe seiner Entwicklung eignet sich das Kind die alpha-Funktion der Mutter an [...]“ (ebd. S.481).

Sollten die Beta-Elemente nicht ausgelagert werden können, bahnen sie sich nach Britton (2001, S.39) drei Wege: zum Körper, zur Wahrnehmung, oder zur symptomatischen Handlung. Dies wird in Verbindung mit Symptomen von Patienten gebracht. Unverarbeitete Elemente werden nicht bewusst verarbeitet und nehmen die von Britton erwähnten Wege. Die Patienten spüren Schmerzen, hören Geräusche, oder agieren beispielsweise. Damit es nicht so weit kommt, benötigt der Säugling die umwandelnde Alpha-Funktion der Mutter. Er leiht sich nahezu ihre mentale Fähigkeit (Vgl. Sandler 2005, S.27). „Die Mutter nimmt für das Wachstum der psychischen Fähigkeiten des Kindes einen ebenso zentralen Platz ein wie für seine körperliche Entwicklung. Die Entwicklung des kindlichen Denkens ist auf die Empfänglichkeit der Mutter angewiesen, und diese hängt von ihrer Fähigkeit zur Träumerei (*rêverie*), zu träumerischer Einfühlung ab“ (Bion 1992, S.17 f.).

Auf die Idee dieser Arbeit bezogen, würde die Geschichte über den Protagonisten hindurch einen Raum für diese *rêverie* in der Interaktion zwischen Patient und Geschichte ermöglichen. Der Patient gäbe sich diesen Raum durch die Geschichten hindurch selbst und ordnet seine Beta-Elemente in der Interaktion. Dieser Zustand wird auch beschrieben als eine Fähigkeit der Mutter ihre eigenen Ängste der Vernichtung zu halten (Vgl. Sandler 2005, S.27). Eine wiederholte Erfahrung dieser Fähigkeit in jemand anderem, ermöglicht es diesen Zustand auch für das Subjekt selbst als erreichbar zu erkennen (Vgl. ebd.). Somit gilt es Protagonisten zu erschaffen, die den Widrigkeiten des Lebens begegnen, sich von ihnen berühren, sogar ein Stück mitreißen lassen, und am Ende, bestenfalls gestärkt, heraustreten. Diese Interpretation der Alpha-Funktion der Mutter wird in den Geschichten über einen längeren Zeitraum hinweg tätig. Statt der Unmittelbarkeit in der Interaktion zwischen Mutter und Säugling, wird es vom Umfang der jeweiligen Geschichten abhängen, wie lange die

Funktion sich aufbaut und abläuft. Da wir es bei den Patienten nicht mehr mit Säuglingen zu tun haben, müssen sie sich die Dosis quasi selbst verabreichen. Die Patienten könnten sich eigenverantwortlich die Geschichten greifen, wann es ihnen beliebt. Wann sie es brauchen, oder wann sie es ertragen können – je nach Individuum. Sie bräuchten nicht mehr das Symbol der Mutter im Therapeuten, der den Raum für rêverie hält. Es wäre eine andere Art die Medien unserer Zeit kurativ und präventiv zu nutzen. Statt einer Abstumpfung und Betäubung, wäre der angestrebte Effekt eine Reifung.

## 4 Virtuelle Realität in der analytischen Theorie

Der Vortrag von Werner Balzer bezieht sich auf die Auswirkungen der sogenannten medialen Präsenz auf deren Wirkfläche – den Menschen. Er ist für die vorliegende Arbeit deswegen relevant, weil Balzer einen bestimmten Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Medienkonsum sieht. Des Weiteren verknüpft er seine Gedanken mit relevanten Begriffen. Ein kleiner Überblick soll reichen. Da die Geschichten auf den Bildschirmen der Patienten gelesen werden sollen, lohnt sich hier eine Auseinandersetzung mit der Technik und ihrer Wirkung auf uns. Doch auch für unseren weiteren Werdegang: Welchen Stellenwert besitzen die Medien in unserem Alltag mittlerweile?

### 4.1 Der Begriff Virtuelle Realität

Der Vortrag „Subjekt und Synapse – Streifzüge durch die Umwelt von Menschen und Maschinen“, wurde im Mai 2011 von Werner Balzer auf dem 11. Symposium der Psychoanalytischen Arbeitsgemeinschaft Stuttgart-Tübingen gehalten. Das Symposium trug den Titel „Virtuelle Realität – Spiel, Sucht, Symbolisierung. Psychoanalytische Erkundungen“.

Gleich zu Beginn wird der Begriff Virtuelle Realität untersucht. Erste Assoziationen sind oftmals nahezu unendliche Welten, generiert und gefangen in Bildschirmen. Doch Balzer betont wie sehr „das Virtuelle [...] das Menschliche schlechthin“ (Balzer, S. 729) ist. Denn die mentale Fähigkeit zu imaginieren, sich etwas Abwesendes vorzustellen, bestand bereits vor

der flackernden Beleuchtung unserer Wohnungen durch die Bildschirme. Mit dieser Fähigkeit gestalten wir unseren eigenen inneren Raum, der letztlich völlig virtueller Natur ist. Dies ist für uns so selbstverständlich, dass es größtenteils nicht mehr bewusst ist (Vgl. ebd.). So wären Bücher auch als eine Anreicherung unseres inneren Raumes und Teil einer virtuellen Realität verstehbar. Wir lesen Geschichten und die Charaktere bleiben förmlich bei uns. Manchmal nur für die Zeit der Lektüre, manchmal auch lange nachdem das Buch uns seine letzte Seite gezeigt hat.

Durch Not und Lust ist der Mensch schon seit Zeiten dazu getrieben „den Schein in der Außenwelt zu gestalten“ (ebd.). Was uns fehlt, generieren wir aus dem Inneren. Beispiele dafür lassen sich in Höhlenmalereien bis zur gegenwärtigeren Kunst erkennen. Natürlich lässt sich das Spiel auch umdrehen – was wir um uns haben, können wir (falls nötig durch Symbole) im Inneren ablegen. Um nun begrifflich eine schärfere Grenze zu den benannten Phänomenen zu ziehen, schlägt Balzer den Begriff „artifizielle Präsenz“ vor. Er verweist damit auf Lambert Wiesing (2005): *Artifizielle Präsenz. Studien zur Philosophie des Bildes* (Vgl. ebd.). Dieser Begriff ist eine Art Wegweiser für die Position Balzers. Denn er argumentiert, dass wir in einer Welt der ständigen Präsenz leben. Die Erfahrung von Abwesenheit wird uns verwehrt. Diese gefühlte und ertragene Abwesenheit ist jedoch notwendig um den inneren Raum des Subjekts zu füllen (Vgl. ebd., S. 728). Im Folgenden soll dies und die Konsequenzen daraus weiter erläutert werden.

## 4.2 Symbolisierung & Semiotik

Balzer beschreibt die symbolisierende Leistung als „Gleichsetzung des Nichtgleichen, die Überbrückung der Getrenntheit vom Abwesenden über Zeit und Raum“ (ebd.). Die Getrenntheit, die Abwesenheit, steht hierbei im Zentrum. Sollte diese nicht spürbar genug sein, bedarf es nicht der Symbolisierung. Am elektronischen Bild wird nicht mehr die Erfahrung der Erinnerung und Abwesenheit erlebt, sondern die der vorgegaukelten Präsenz. Dieses Bild ist in unserer Gegenwart kein Medium der Erinnerung mehr, kein Foto vergangener Tage, sondern ein Medium der Verkörperung (Vgl. ebd., S. 740 f.). Doch es täuscht nicht nur Anwesenheit vor. Es ist eine neue Entwicklungsstufe von Bildern. Es besitzt eine überflutende Impulsdichte und einen immanenten Handlungsimperativ. Durch den

Schein – bei Computerspielen sogar durch die tatsächliche Möglichkeit – der Interaktion sind die „anwesenden Bilder“ praktisch symbolisierungsresistent (Vgl. ebd., S. 740). Mit ihnen gibt es keine angemessene Erfahrung von Abwesenheit.

Um einen weiteren Punkt von Balzer besser verstehen zu können, müssen wir uns vorerst kurz mit der Semiotik befassen. Balzer verwendet Begriffe wie indexikalische Verweisungen, primär ikonischen Bildidentitäten und echte symbolische Objektvertretungen. Eine *indexikalische Verweisung* wäre etwa ein gedeckter Tisch. Er verweist auf eine Mahlzeit. Wir kommen nach Hause und sehen das Bild. Uns ist klar: jemand hat gekocht – es wird wohl bald etwas zum Essen geben. Die *primär ikonische Bildidentität* lässt als das Gleich im Gleichen sehen. Unser gedeckter Tisch verkörpert das Befriedigungserlebnis einer guten Mahlzeit und bestenfalls die Fürsorge des Menschen der für uns gekocht hat. Nun stellen wir uns jedoch einen alten Küchentisch vor. Menschen besuchen uns daheim und erkennen ein altes Möbelstück. Doch für uns ist es der Küchentisch aus unserer Kindheit. Er steht für die Beziehung zu der Primärfamilie mit der wir unzählige Ma(h)le an diesem Tisch (s)aßen. Er steht für die Streitereien mit unseren Eltern um Schulnoten, um die Freude über den gemeinsamen Kuchen an Geburtstagen. All das spielt in die *symbolische Objektvertretung* mit hinein. „Das Symbolische ist schlichtweg das Identische im Nichtidentischen“ (ebd., S. 743). Die These Balzers ist nun, dass vielleicht nicht immer die Depression zu behandeln ist, sondern eher eine Art ermüdeten „Hedonismus der primären Ikonizität“ (ebd., S. 744). Es scheint sich eine Art Toleranz gegenüber diesem „Medikament“ aufgebaut zu haben. Wir brauchen immer größere Dosen. Durch die ständige Anwesenheit auf einem primär ikonischen Level kommt es hier zu einem Mentalisierungsstopp auf genau dieser Stufe (Vgl. ebd., S. 746). Die „absentische Symbolisierung“ (ebd., S. 745) fällt aus. Genau sie ist „die Keimzelle aller Transformationsleistungen der Kultur und unseres Unbehagens in ihr“ (ebd.). Wir sind in einen spärlich besiedelten inneren Raum hineingerutscht, auf der leuchtenden Oberfläche der Bildschirme.

### 4.3 Mentalisierung

Um die Auswirkungen des benannten Mentalisierungsstopps besser greifen zu können, betrachten wir kurz das Opfer. Die erste Säule, die durch die artifizielle Präsenz umgestoßen

wird, ist die Mentalisierung. Sie ist eine vielschichtige Kategorie. Sie umfasst Denkfähigkeit und Verbalisierung, das Verständnis der Absichten von sich und anderen, den Somatisierungsgrad, die Neigung zum Ausagieren, die Affekttoleranz und den Reifegrad der Repräsentationen – mit der Symbolisierung als höchste Form der Repräsentation (Vgl. ebd. S.743). Ganz simpel drücken es Fonagy und Campbell (2017) aus: „Mentalisieren ist die Fähigkeit, uns selbst und andere zu verstehen, indem wir uns über intentionale mentale Zustände klar werden. Dies setzt ein Gewahrsein eigener oder fremder innerer Zustände voraus, vor allem wenn es darum geht, Verhalten zu erklären.“ In Wahrheit beinhaltet der Begriff aber ein Spektrum an Fähigkeiten, welche auf vier Polaritäten fußen:

1. automatisch – kontrolliert
2. kognitiv – affektiv
3. internal basiert – external basiert
4. selbstbezogen – fremdbezogen (Fonagy & Luyten, 2009).

Voraussetzung für Mentalisierung ist eine Grenze zwischen Außen- und Innenwelt (Vgl. S.730). Erst daraus ergibt sich für das Subjekt überhaupt die Möglichkeit für einen inneren Raum. Weiterhin braucht das Subjekt noch einen Speicher, ein Gedächtnis, aus dem heraus Material für die innere Welt gestellt wird (Vgl. ebd.). Hinzu kommt noch die Verneinungsfähigkeit. Sie lässt und zwischen Fantasie, bzw. Innenwelt, und der Außenwelt unterschieden (Vgl. ebd.). Diese ist hilfreich, damit das Subjekt beim Gedanken an einen angreifenden Löwen nicht plötzlich panisch wird – denn immerhin ist es „nur“ ein Gedanke. Zuletzt bedarf es noch der Funktion, oder Fähigkeit, den sensorischen Input angemessen in Gedanken, in ikonische und symbolische Bilder, zu übersetzen (Vgl. ebd.). Balzer selbst zieht hier eine Parallele zu der Alpha-Funktion der Theorie Bions (Vgl. ebd.) Somit zieht er auch den selben Schluss zur Entstehung der Gedanken: „Denken beginnt als Reiz- und Affekt-Verfilmung“ (ebd.).

Die Umwandlung des sensorischen Rohmaterials bedarf eines Mediums, welches selbst Informationen empfangen, verarbeiten und senden kann. Für ein Kind bieten sich hier die Primärobjekte, die Eltern, an. Wie schon im Exkurs zu Bion erwähnt, leiht sich das Kind praktisch die mentalen Fähigkeiten der Mutter, und erschafft sie somit Stück für Stück in sich selbst. Ein weiteres Bild ergibt sich aus Fonagys Beschreibung, dass der Säugling das Gesicht der Mutter als Display verwendet, welches ihm den eigenen Zustand anzeigt (Vgl. ebd.). Es

erlebt eine Übersetzung von innerer Befindlichkeit in Mimik. Diese Übersetzung übernimmt er dann. Die nächste Stufe der Umwandlung geschieht mit dem Erlernen eines weiteren Symbolsystems – der Sprache. Doch bleiben wir noch einen weiteren Moment beim Säugling. Irgendwann beginnt dieser nämlich sich als getrennt vom Primärobjekt zu verstehen. Sie sind Teil der Außenwelt und haben ihre eigenen Antriebe. Die zuvor erlebte Symbiose mit dem Übersetzer stellt sich, begleitet von Enttäuschung und Frustration, als Fehlannahme heraus. Dies ist der entscheidende Punkt in der Subjektgenese. Das Subjekt beginnt nun seinen inneren Raum zu bevölkern. Ausschlaggebend für ein Gelingen dieses Vorhabens, ist ein adäquates Verhältnis von Anwesenheit und Abwesenheit (Vgl. ebd., S. 730 f.). Es geht hier kurz gesagt darum, dass nur das innerlich abgebildet werden kann, was einen Eindruck im Gedächtnis hinterlassen hat – was also folglich auch nicht mehr anwesend ist. Zentrales Hindernis hierbei ist jedoch der Enttäuschungshass, der bewältigt werden muss, damit die Innenwelt von guten Objekten beseelt ist (Vgl. ebd., S. 731). Die reife Psyche, als auch die Kultur, sieht Balzer als „ertragene und gestaltete Abwesenheit, Ausarbeitungen eines unaufhebbaren Mangels auf höherer Stufe“ (ebd.). Balzer geht im Verlauf noch weiter auf die Hinwendung der Menschen zu den „Absenzvernichtern“ (ebd., S.732) ein. Runterbrechen lässt sich seine Position auf: die verwehrte Erfahrung von Abwesenheit durch die elektronischen Objekte kostet uns die Reifung unserer Psyche, samt kulturellen Leistungen.

#### 4.4 Abschließende Gedanken zu Balzer

Balzer hat den tiefgreifenden Einfluss des stillen Angriffs auf die Symbolisierungs- und Mentalisierungsfähigkeit der Gesellschaft skizziert. Doch schon aus dieser Skizze lassen sich die Folgen erahnen. Wir scheinen statt an einer Brust, nun an einer großen elektronischen Synapse zu hängen und saugen uns als Gemeinschaft in den friedlichen Halbschlaf der artifiziellen Präsenz. Die fortschreitende Digitalisierung verschiedenster Lebensbereiche macht uns immer abhängiger. Sie zu stoppen scheint unmöglich. Doch dies sollte auch keineswegs das Ziel sein. Als Gesellschaft sollten wir uns eher um den Umgang mit den uns dargebotenen Möglichkeiten kümmern. Nutzen wir sie produktiv? Oder betäuben wir uns, und verkümmern dabei noch unbemerkt in unseren menschlichen Fähigkeiten? Ein

entscheidender Punkt zum Abschied ist das Übermaß an beta-Elementen. Durch einen immer schwächer werdenden "Mentalisierungsmuskel", können wir nicht mehr die sensorische Last in uns heben. Ich kann es an dieser Stelle nicht besser als Balzer (2012, S. 748) selbst abschließen - mit dem selben Zitat:

A. Ferro scheint hier bedenkenswert (2005, S. 1541; Übers. W.B.):

„was allgemein als Todestrieb angesehen wird, könnte lediglich das Resultat der tatsächlichen Begrenzung der Kapazität unserer Spezies sein, sensorischen ›input‹ zu transformieren. Was nicht alphabetisiert werden kann, wird ausgestoßen in Halluzinationen, psychosomatische Erkrankungen, Agieren ohne jegliche gedankliche Tiefe. Dies ist die Quelle der ›madness‹ unserer Spezies, der wir allenthalben begegnen.“

#### 4.5 Folgen

Für das übergeordnete Vorhaben diese Arbeit stachen zwei Punkte heraus, die wir im Auge behalten sollten. Der Wunsch vieler Menschen nach Versorgung durch den Bildschirm als immer präsentem Objekt, und den Mangel an Mentalisierungsfähigkeit. Dies sind wichtige Wirbel in der gesamten Wirbelsäule, die diese Arbeit trägt. Im Sinne des Beitrags Balzers, greifen Menschen also zur Abdämmung der beta-elementaren Stürme gerne auf Bildschirme zurück. Hierbei findet in ungenügendem Maße Verarbeitung dieser Elemente statt. Die therapeutischen Geschichten sollen genau an diesem Punkt ansetzen. Durch sie soll eine Reifung des Subjekts geschehen, sodass im Verlauf eine Abnabelung von den Bildschirmen möglich ist. Dadurch wird der Weg frei gemacht, für reifere Formen der Verarbeitung des sensorischen Inputs.

Ziel wäre es, die Menschen handlungsfähiger zu machen. Selbst wenn es vorerst nur probenhalber in virtuellen Trainingsräumen geschieht. Genau das soll ein Standbein der angestrebten Geschichten sein. Durch das Lesen und Erleben von Text, soll eine Art Spielplatz entstehen auf dem mental getobt werden darf. Bewusst im Tagtraum, im Gespräch mit anderen. Und unbewusst, in den Tiefen des Selbst. Hierfür müssen die Inhalte die Lesenden

so gut es geht einbinden und berühren. Ein interaktives Element ist vorstellbar und soll an spätere Stelle der Arbeit bedacht werden. Da es in der primitivsten Version erstmal nur in Textform geschehen soll, fallen (bewegte) Bilder und Ton als Hilfsmittel vorerst weg. Einige Schlagworte für dieses Thema sind Immersion, Emotionalisierung und Emotionsvermittlung. Mit ihnen begeben wir uns zum abschließenden Teil der Theorie, und näher an die Künste.

## 5 Aspekte der Kunstrezeption

Für die therapeutische, oder eher befreiende Wirkung von Kunst, können wir die griechische Antike betrachten. Katharsis, ein Begriff der nicht grundlos in der Psychoanalyse Freuds Einzug fand. Die Griechen schrieben ihren Tragödien erlösende Wirkung zu. Aristoteles erstellte das Konzept der „psychagogia“, worin er eine Möglichkeit der Befreiung der Seele durch Kunst sah (Vgl. Marschik, 1993, S.155).

Was passiert in uns, wenn in einem Film der Protagonist leidet? Wie unterscheidet es sich zu einer ähnlichen Szene, nur diesmal in einem Buch? Mit *Emotionen in Literatur und Film*, hat Sandra Poppe (2012) einen Band herausgegeben, der viel theoretische Untermauerung zu diesen und damit verbundenen Fragen liefert. Ich werde mich im Folgenden auf Kernpunkte verschiedener Beiträge beziehen, und deren Bedeutung für unseren Verlauf beleuchten. Denn letztlich lässt sich das vorliegende Projekt runterbrechen auf „Menschen durch Geschichten fühlen lassen“.

### 5.1 Emotionalisierung und Emotionsvermittlung

Wir hören Musik, wir lesen Bücher, wir sehen Filme. Im Idealfall, nach meiner Meinung, fühlen wir dabei. Sandra Poppe, Juniorprofessorin für Allgemeine und Vergleichende Literaturwissenschaft in Mainz, forscht an der Übermittlung von Emotionen durch Medien. Präziser gesagt beschäftigt sie sich unter anderem mit „literarische[n] Verfahren, die es ermöglichen, menschliche Grenzerfahrungen und existentielle Situationen ästhetisch zu vermitteln“ (Johannes Gutenberg Universität Mainz, 2016). In ihrem Beitrag lassen sich viele Ansätze für das

Verstehen von Literatur, Film und deren Wirkung auf das Spiel unserer Gefühle finden. Ein Beispiel sind die „Artefakt-Emotionen“ nach dem Psychologen und Medienwissenschaftler Ed S. Tan (Poppe, 2012, S. 12). Damit werden Gefühle beschrieben, die Rezipienten auf die Machart des Kunstwerkes hin erleben (Vgl. ebd.). Nun sind solche Ausführungen aber nicht unbedingt notwendig für das Ziel dieser Arbeit. Daher fokussiere ich mich im Verlauf auf relevantere Beiträge. Poppe führt unter anderem den Ansatz der Psychologen Nadine van Holt und Norbert Groeben auf. Dieser unterscheidet emotionale Reaktionen der Rezipienten in fremd- und selbstbezogene Emotionen (Vgl. ebd., S.13). Hiernach können wir, von der Fiktion angestoßen, erinnernde Emotionen haben. Diese wären selbstbezogen. Auf der anderen Seite wären Sympathie und Empathie als fremdbezogene Emotionen (Vgl. ebd.). Für uns soll es besonders die Kommunikation erleichtern. Mein Ziel wäre es die Geschichten anfangs über fremdbezogene Gefühle aufzubauen, um die Abwehr noch gering zu halten. Im Verlauf der Handlung sollen die Patienten jedoch vermehrt über selbstbezogene Gefühle angesprochen werden und reflektieren. Sie werden noch immer den Schild des Protagonisten zwischen sich und ihren Gefühlen haben, aber die Gefühle sollen beständig näherkommen.

## 5.2 Schemata

Katja Mellmann's Aufsatz unterscheidet hingegen weniger zwischen den möglichen Arten von Emotionen. Sie versucht eher einzelne Reize und ihre Wirkung auf uns zu untersuchen. Mit dem Begriff der „Schemakongruenz“ erklärt sie, was genau uns zum Fühlen bringt (ebd. S.109). Stimuli wie Film oder Text werden als „filmische oder literarische Attrappen“ interpretiert, die „emotionale Auslöserqualität“ besitzen (ebd.). Emotionen beschreibt sie als Programme die durch Reize in Gang gesetzt werden (Vgl. ebd., S.110). Als Beispiel nennt sie unter anderem das Kindchenschema. Im Produktdesign werden Proportionen verkleinert, verniedlicht. Als Effekt finden wir als Konsumenten ein kleines Auto „irgendwie süß“ (ebd., S. 111). „Auslöseschemata sind in der Regel merkmalsärmer als die realen Objekte, deren Erkennung sie gelten“ (ebd.). Wir brauchen beim Auto beispielsweise nicht detailreich an Kinder erinnert zu werden. Schnuller und Windel auf der Motorhaube wären auch nicht besonders verkaufsfördernd, wage ich zu behaupten. Die proportionalen Verhältnisse der Einzelteile zu einander, die wir mit einem normalen Auto abgleichen, lösen den Effekt in uns aus. Es ist ein „auf diese Merkmalskonfiguration spezialisierter Mechanismus“, dem wir folgen, ohne es bewusst wissen zu müssen (ebd.). Die Attrappe aktiviert in uns das emotionale Programm. Mellmann bezieht sich oft auf die Evolution und sieht bestimmte Mechanismen

als über die Jahrtausende vererbt (Vgl. ebd., S. 110). Ich möchte an dieser Stelle näher auf das Individuum eingehen, statt bei der Geschichte unserer Spezies fort zu fahren. Die Theorie der Schemakongruenz lässt sich meines Erachtens nach auch auf die Entstehungsgeschichte eines einzelnen Menschen anwenden. Ein Mädchen wächst unter einem übergriffigen Vater auf. Sie lernt ihn fürchten, misstrauen und meiden. Als Erwachsene sieht sie noch häufig das „Vaterschema“ auftauchen. Es reichen ja bereits kleinste Ähnlichkeiten im Input, wie Mellmann schreibt. Ihr Beitrag hilft uns ebenfalls beim Aufbau der Geschichten. Es ist wichtig eine gewisse Balance in der Konstruktion zu finden. Die Handlung sollte widersprüchlicherweise eine möglichst breite Gruppe von Patienten ansprechen, aber ebenso genug spezifische, für das Individuum bedeutsame Stimuli haben, um das Schema auszulösen. Doch daraus ergäbe sich das Problem, möglichst nah an den Erinnerungen der Patienten schreiben zu müssen. Ein Ansatz wäre der Fokus auf die Emotion die ausgelöst werden soll, statt auf das Schema, den Reiz. Es kommt nicht darauf an, das optimale Szenario für die Patientin zu finden. Es geht um die erlebten Gefühle. Hilflosigkeit könnte beispielsweise durch einen übermächtigen Antagonisten, ebenso wie durch ein nicht zu lösendes Dilemma evoziert werden. Ich denke das Projekt würde von einem etwas breiteren Ansatz profitieren.

### 5.3 Auf der Suche nach Leid

Abschließend möchte ich mich auf den Beitrag von Roland Mangold und Anne Bartsch beziehen. Sie gehen darin unter anderem auf die Neigungen der Rezipienten auf bestimmte Inhalte ein. Ihnen stellte sich die Frage „welche Bedeutung emotionale Medienerlebnisse für die Mediennutzer haben und was den besonderen Reiz an solchen Erlebnissen ausmacht“ (ebd., S.89). Besonderes Augenmerk legten sie dabei auf negative Emotionen. Wie lässt sich erklären, dass Menschen sich freiwillig solchen Gefühlen durch Medien aussetzen? Ihre Motivation dabei ist es, die Rolle der Medien im Leben des Menschen besser zu verstehen (Vgl. ebd., S.103). Hauptsächlich behandeltes Medium ist in dem Beitrag der Film. Um der Antwort näher zu kommen, unterscheiden die Autoren zunächst zwischen realen und medialen Emotionen. Die wichtigsten Unterschiede sehen sie in

1. Der Verlaufsdynamik und Erlebnisdichte: Der Film ist eine Art komprimiertes Leben. Als Rezipienten sehen wir vor uns oftmals eine Häufung von Gefühlen in stetem Wechsel, mit geringen Pausen. Des Weiteren ist auch die Intensität der Gefühle stärkeren Variationen unterlegen. Im realen Leben schreiben, oder lesen wir vielleicht eine Abschlussarbeit über einen Zeitraum und erleben gerade mal ein Kopfsteinpflaster unter uns. Der Film hingegen wäre eine Berg- und Talfahrt (Vgl. ebd.).
2. Betroffenheit, Bewältigbarkeit und Beeinflussbarkeit: Unser Alltag ist geprägt von einer Art und Weise der Emotionsauslösung, die die Autoren „Emotionsinduktion“ (ebd. S.90) nennen. Sie beziehen sich auf die uns aus Kapitel 2.1 bekannte Appraisal-Theorie. Sollte ein Rezipient also nach eigener Einschätzung der Situation positive oder negative Konsequenzen davontragen können, entstehen Emotionen. Davon ist unser Alltag geprägt. Nicht ausschließlich jedoch. Empathische Reaktionen finden sich ebenfalls, im Rahmen von Medien jedoch vermehrt. Hierbei bewerten wir praktisch an Stelle einer anderen Person die Situation. Zuletzt wird die Ansteckung durch die von der Schauspielerin gezeigten Emotionen genannt. Die Betroffenheit des Fühlenden nimmt mit möglicher Distanz zum Erlebten ab. Sollte ein Angehöriger einen tödlichen Unfall gehabt haben, sind wenig bewusste Wahlmöglichkeiten für die Intensität der Immersion möglich. Sollte die Empathische Reaktion oder Ansteckung zu überwältigend sein, kann durch den Fokus auf die eigene Position als Zuschauer einer Fiktion Distanz generiert werden. Ebenso kann die Distanz gegebenenfalls abgebaut werden, sollten die Gefühle direkter durchlebt werden wollen (Vgl. ebd., S.91).
3. Aufsuchen negativer emotionaler Zustände: eine weitere Besonderheit des medienvermittelten Emotionserlebens, ist die freiwillige Aufnahme negativer Emotionen. In der Realität würde den wenigsten in den Sinn kommen zwei Liebende dabei zu beobachten, wie der Tod sie nach kurzem Zusammensein endgültig wieder trennt. Sehen wir das jedoch verpackt in einem Film wie Titanic, lassen wir uns sogar darauf ein, wenn wir den Film bereits ein Mal gesehen haben. Warum genau das so

ist, weshalb Zuschauer es als belohnend empfinden sich solchen Situationen im Film auszusetzen, konnte bislang noch nicht eindeutig geklärt werden (Vgl. ebd., S.91f.).

Weiterührend konzentrieren die Autoren sich auf den dritten Punkt. Sie wollen verstehen, weshalb Rezipienten Filme mit negativen Gefühlsinhalten aufsuchen. Verschiedene Theorien werden herangezogen. Eine davon ist der Need for Affect (Vgl. ebd., S.95). Dieses Konstrukt wird als relativ stabile Persönlichkeitseigenschaft angesehen (Vgl. ebd.). Es kann genutzt werden, um vorherzusagen, welche Intensität und Bewertung von Emotionen durch das Ansehen von Filmen beim Zuschauer ausgelöst wird (Vgl. ebd.). Leider lassen sich damit allein noch keine Aussagen über die Präferenz machen. Es wird eher eine Persönlichkeitseigenschaft für die Gruppe an Menschen erschaffen, die eher Emotionen negativer Valenz in Filmen aufsuchen. Des Weiteren wird die Theorie des „Terror-Managements“ aufgeführt (ebd., S.96). Laut ihr suchen Menschen eine sichere Distanz auf, aus der sie sich mit Themen wie Vergänglichkeit und Sterblichkeit auseinandersetzen können (Vgl. ebd.). „Für diese Art der stellvertretenden Auseinandersetzung bieten sich symbolische Medienwelten gut an, wie sie in Dramen oder traurigen Filmen dargestellt werden“ (ebd.) Dies waren nur zwei der vielversprechenderen Beispiele. Besonders aus dem Terror-Management ziehen die Autoren den Schluss, „dass die aversiven emotionalen Zustände auch kognitive bzw. soziale Funktionen haben können, die für den Zuschauer einen Anreiz darstellen“ (ebd., S.97). Hierzu schließen Mangold und Bartsch mit Meta-Emotionen, Appraisal-Theorie, und emotionalen Gratifikationen an (Vgl. ebd. S. 97ff.). Zunächst erstmal gehen sie vom Konzept der Meta-Emotionen aus. Demnach können Gefühle Gegenstand von kognitiv-affektiven Bewertungen werden, die sich vom ursprünglichen Gefühl unterscheiden können (Vgl. ebd.). „So kann sich der Zuschauer zum Beispiel für sein Lachen über einen politisch unkorrekten Witz schämen“ (ebd., S.97). So können Emotionen nach dem selben Schema bewertet werden, wie Situationen, detailreicher in 2.1 beschrieben. Diese Meta-Emotionen führen dann gegebenenfalls zu Gratifikation, sollten wir ein Gefühlserleben positiv bewerten (Vgl. S.97ff.). Somit können Rezipienten eines Horror-Films die Grusel- und Schockszenen mit belohnenden Gefühlen verbinden. Die Autoren führen eine Tabelle mit Gratifikationsskalen auf (siehe Tabelle 2). Eine Skala springt besonders ins Auge: Ausleben, Konfrontieren mit problematischen Emotionen. Als Beispielitem nennen sie „Ich finde es gut, diese Gefühle zu erleben, weil es mir ermöglicht, Gefühle auszuleben, die ich im Alltag nicht

ausleben kann.“ (ebd., S.100). Es gibt einen groben Hinweis auf den möglichen Inhalt der therapeutischen Geschichten.

Dies alles bezieht sich auf nicht-klinische Stichproben. Es wäre aus psychodynamischer Sicht abzuschätzen, dass bestimmte Affekte in Patienten nicht mal im Film befriedigend

Skala	Bezug	Beispielitem: »Ich finde es gut, diese Gefühle zu erleben, ...«
Spaß, Entspannung	Erlebnisqualität	weil ich mich dabei gut amüsiere.
Nervenkitzel, Spannung	Erlebnisqualität	weil ich Spaß am Nervenkitzel habe.
Rührung	Erlebnisqualität	weil ich es mag, wenn ich zu Tränen gerührt bin.
Geistige Anregung, Sinnerleben, Nachdenklichkeit	Sozial-kognitive Funktionen	weil ich dadurch angeregt werde, mich mit wichtigen Themen auseinanderzusetzen.
Einfühlung, Identifikation	Sozial-kognitive Funktionen	weil ich mich gerne in die Filmfiguren einfühle.
Soziales Emotionserleben, Anschlusskommunikation	Sozial-kognitive Funktionen	weil ich dadurch angeregt werde, mich mit Anderen über den Film zu unterhalten.
Ausleben, Konfrontieren mit problematischen Emotionen	Sozial-kognitive Funktionen	weil es mir ermöglicht, Gefühle auszuleben, die ich im Alltag nicht ausleben

Tabelle 2 Gratifikationskala nach Mangold & Bartsch (Poppe, 2012, S. 100)

ausgelebt werden dürfen. Der Patient würde bei anderen das verurteilen, was er sich selbst nicht auszuleben erlaubt. Sollte eine ähnliche Skala zur Evaluation der Geschichten erfolgen, müsste diese die klinischen Diagnosen der Stichprobe und die damit einhergehende Wahrnehmung der Welt berücksichtigen.

## 5.4 Überblick

Die vorangegangenen Kapitel gaben uns einige Blaupausen für einzelne Bausteine einer Geschichte. Um dem Rat von Sol Stein zu folgen, Emotionen im Leser auszulösen, hilft uns die Idee des Emotionsorchesters aus der Appraisaltheorie. Die Psychodynamik hilft uns dabei ein möglichst rundes Bild eines Charakters zu gestalten, der als Fokuspunkt der Erlebnisse fungiert. Primär in ihm finden die Bewertungen statt und laufen die Körperreaktionen ab. Er ist es auch, den die Auslöserqualitäten der Schemata in erster Linie treffen, bevor sie zum Leser durchsickern und ihn emotionalisieren. Der Charakter in der Geschichte dämpft auch die Affekte etwas ab, wodurch sie der Leser näher an sich heranlassen kann, um sie mit mehr Bewusstsein zu verarbeiten.

### Exkurs: Wiederholungszwang

Dieses Phänomen wird von Thomä und Kächele (1996) wie folgt auf den Punkt gebracht. „Die Phänomenologie des Wiederholungszwangs bezieht sich darauf, dass Menschen mit schicksalhafter Zwangsläufigkeit immer wieder in ähnliche und unangenehme Lebenssituationen hineingeraten“ (ebd., S.147). Als wären die Patienten in einem Kreislauf gefangen, aus dem sie nicht aussteigen könnten. Als würde ein Teil in ihnen es nicht wollen. Was nicht erinnert, verstanden und integriert wird, wird wiederholt. Denken wir nochmals an den Beitrag von Mangold und Bartsch, und das Aufsuchen negativer Emotionen durch Rezipienten. Folgende Zitate scheinen ein anderes Licht auf das Verhalten zu werfen. „Auch die Behandlung von Patienten mit traumatischen Neurosen zeigt, wie hier die Wiederholung gleichsam im Dienste des Ich mit dem Ziel erfolgt, die traumatische Erfahrung des Kontrollverlusts durch Wiederholung zu meistern“ (ebd.).

Die Therapie ermöglicht hier eine Bühne für die Vergangenheit, in der der Patient versucht die traumatische Erfahrung und die begleitenden schmerzlichen Affekte loszuwerden (Vgl. ebd.). Das unbewusste Thema wird durch den Wiederholungszwang in einen interpersonalen Zusammenhang gebracht, mit der Hoffnung es psychisch integrieren zu können (Vgl. ebd.).

Was wenn das Aufsuchen bestimmter medialer Inhalte nun ebenso ein stummer Versuch sei, Themen und Konflikte in der Gegenwart zu meistern? Wir müssten diese Tendenz aufgreifen und sie für die therapeutischen Geschichten nutzen. Die Patienten könnten praktisch auf sicherer Distanz unbewusst zum Wiederholen gebracht werden, und eine Chance auf Bewältigung in der Gegenwart finden.

## 6 Neue Technologien

Die Geschichten in bloßer Schrift sind wie bereits erwähnt nur die erste Phase. Angestrebt ist eine Nutzung der erhobenen Erkenntnisse mit VR. Der von dieser Arbeit angesteuerte Bereich ist noch sehr jung, aber bereits gut besucht. Im Bereich der Expositionstherapie machten Lindner et al. (2017) bereits einen Schritt von Verhaltenstherapie in Richtung VR. Ziel wäre es den Bereich der Serious Games zu betreten und mitzugestalten.

### 6.1 Serious Games

Unter der Bezeichnung verbirgt sich eine Schublade für Computerspiele mit ernsthaftem Anspruch, was in der Regel auf klinische Relevanz hinausläuft. Ihr primäres Ziel ist nicht die bloße Unterhaltung (Vgl. Lampert, Schiwngge & Tolks, 2009). Der Begriff ist schon länger in Umlauf, erlangte jedoch erst 2002 größeres Aufsehen. Ein First-Person-Shooter mit dem Titel America's Army wurde von der US-Armee veröffentlicht. Seit dem konnte die US-Armee gestiegene Rekrutierungszahlen verzeichnen (Vgl. ebd.). Serious Games lassen sich in der beruflichen Weiterbildung, im schulischen Kontext, oder in medizinischen Bereichen finden (Vgl. ebd.).

#### 6.1.1 Re-Mission

Der Bereich ist noch sehr überschaubar. Die Hauptakteure versuchen sich an verschiedenen Darbietungsformen und erkunden für sich selbst das Feld im Verlauf. Erstes Beispiel soll Re-

Mission sein, ein Projekt aus Kalifornien. Es wird eingesetzt bei der Krebsbehandlung von Kindern und Jugendlichen. Der Patient steuert im Computerspiel einen Nano-Roboter, der Krebszellen abschießt und besiegt. Im ersten Versuch zum Spiel, war die Stichprobe zwischen 13 und 29 Jahren alt. Die Gruppen wurden auf ihr typischen Spielverhalten vor der Erkrankung hin befragt. Die Kategorien reichten von „keine Spielerfahrung“, bis „über acht Stunden pro Woche“. Über die Gruppen hinweg zeigte eine Normalverteilung, mit der höchsten Ausprägung bei „ein bis drei Stunden pro Woche“. Die Versuchsgruppe spielte das Spiel mindestens eine Stunde pro Woche für einen Zeitraum von drei Monaten. Die Kontrollgruppe spielte ein anderes Spiel, ohne Bezug zu ihrer Erkrankung. Die Versuchsgruppe wies bessere Werte in compliance, self-efficacy und Wissen der jungen Patienten bezüglich ihrer Krebserkrankung auf. Des Weiteren zeigte sich eine 16% Höhere Einhaltung der Medikamenteinnahme in der Versuchsgruppe, wie auch eine höhere Konzentration von Stoffwechselprodukten eines Chemotherapeutikums. Selbst-Report Maße wie Lebensqualität, gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen, und wahrgenommener Stress wiesen keinen Unterschied zwischen den Gruppen auf (Kato, Cole, Bradlyn & Pollock, 2008).

Eine weitere Studie fokussierte den interaktiven Aspekt des Spiels. Ist es tatsächlich nötig zu interagieren, oder reicht es auch einfach die sensorischen Inputs aufzunehmen? Cole, Yoo, und Knutson (2012) erforschten dies mit Versuchspersonen zwischen 18 und 50 Jahren. Durchschnittalter waren 25 Jahre. Diesmal war es keine klinische Stichprobe. Gespielt wurden sieben Runden à 60 Sekunden. Die Kontrollgruppe sah sich lediglich vertonte Aufnahmen an. Es zeigte sich, dass die Versuchsgruppe höhere Aktivierung innerhalb verschiedenster Hirnregionen zusammenhängend mit Belohnung im fMRI-Scan aufwies. Unmittelbar nach dem Spielen zeigte die Versuchsgruppe eine positivere Einstellung gegenüber Chemotherapien als die Kontrollgruppe. Der Effekt hielt sich in einer follow-up Untersuchung nach einem Monat. Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass sie keine baseline-Werte bezüglich der Einstellung erhoben, um „report-induced attitude anchoring“ (ebd.) zu vermeiden.

### 6.1.2 Sparx

Aus einem anderen Hause ist das Spiel zur Selbsthilfe Sparx, aus Neuseeland. Von depressiven Symptomen betroffene Jugendliche steuern ihren Avatar durch eine Fantasy-Welt. Diesmal wird mit einem Zauberstab auf schwebende, leuchtende Sphären geschossen. Hinzu kommen

Aufgaben, die der Patient von den im Spiel auftauchenden Figuren erhält. Der Spielverlauf nimmt die Symbole der Spielwelt und bringt dem Patienten damit Ansätze der CBT näher, wie „Progressive Muskelenstimmung und soziales Problemlösen“ (Brezinka, 2016). Die Mission des ersten Levels heißt „finding hope“ (Vgl. Merry et al., 2012). Der Patient findet eine verschollene Truhe und in ihr den Vogel namens Hope. Der Vogel steht dem Patienten weiterhin als Begleiter und Ratgeber zur Seite. Ein Wink mit dem Zaunpfahl die Hoffnung nicht aufzugeben. Die grafischen Details sind nicht mit den kommerziellen Spielen der Gegenwart vergleichbar. Alles wirkt eckig und veraltet. Trotzdem erzielt es Resultate. Es hat sich als gleichwertig zu den üblichen Behandlungen erwiesen (Vgl. ebd.).

Die Vorteile von Sparx liegen auf der Hand: keine Wartezeit für Behandlungsplätze, Erreichbarkeit in entlegeneren Gebieten, rund um die Uhr verfügbar. Merry et al. (2012) führen als weiteren Vorteil geringere Kosten gegenüber einer klassischen Therapie auf. Dies bemängelt Brezinka (2016) jedoch, da es keine veröffentlichten Zahlen zu den Herstellungskosten des Spieles gibt. Auch mit der eher veralteten Grafik, ist es dennoch ein aufwendiges Spiel, das seine Kosten gehabt haben muss. Des Weiteren ist die Anwendung nur für leichte bis mittlere Formen von Depressionen gedacht. Alles darüber hinaus, ebenso wie ein zu hohes Risiko für Selbstverletzung oder Suizid, waren klare Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie (Vgl. Merry et al., 2012).

### 6.1.3 Project: EVO

Die Firma Akili Interactive aus Boston teilt ihre Angebote auf der Internetpräsenz in Treatment und Screening auf. Laut der Seite werden, mit unterschiedlichen Produkten, ADHS, Autismus, Depressionen, Alzheimer, sowie Hirntraumata behandelt und die Behandlungen evaluiert. Eine Studie betrachtet das Produkt Project: EVO genauer. Anguera, Gunning, und Aréan (2016) untersuchten den Effekt von Project: EVO. Ihre Stichprobe: 22 Patienten über 65 Jahre alt und mit depressiver Erkrankung. In der Studie wird genauer genommen von „late life depression, a major depression“ (ebd.) gesprochen. Diese klinische Gruppe springt schlecht auf Medikationen und einige Therapieformen an. Sie steht im Zusammenhang mit verringerter kognitiver Kontrolle, was sich in einer Schwierigkeit äußert irrelevante, besonders negative Informationen zu ignorieren. Genau an diesem Punkt setzt Project: EVO

an. Der Patient steuert eine Figur, welche auf einer Eisscholle einen Fluß entlangtreibt. Auf diesem Fluß begegnen ihm unterschiedliche Reize, welche er wahlweise anklicken, oder ignorieren muss, während er weiterrudert und Hindernissen ausweichen muss. Er übt also wichtige von unwichtigen Reizen zu unterscheiden und stärkt praktisch seine Schwäche. Die Versuchsgruppe wurde angeleitet das Spiel fünf Tage pro Woche, vier Wochen lang, für etwa 20 Minuten zu spielen. Ein Mal pro Woche, für insgesamt acht Wochen, kamen sie zum Berichten ihrer Erfahrungen und Verläufe zu ihrem zugewiesenen Therapeuten. Es fand keine Behandlung durch den Therapeuten statt. Die Kontrollgruppe wurde mit problem solving therapy (PTS) behandelt. PTS besteht aus einem 7-Schritte-Plan zur Problemlösung. Die Schritte im Einzelnen sind problem orientation, problem definition, goal setting, brainstorming, decision making, solution picking, und action planning. Für acht Wochen nahmen die Patienten an einem dreiphasigen Programm teil. Die erste drei Wochen sind für Psychoedukation, Phase 1, reserviert. Patienten lernten die im PTS enthaltenen Schritte kennen, und übten diese in Phase 2 ein. Phase 3 bestand aus zwei Sitzungen in denen über Prävention und Umgang mit Rückfällen geredet wurde. Beide Gruppen zeigten eine Verbesserung ihrer Symptomatik, welche sich auch in einer follow-up-Untersuchung nach acht Wochen halten konnte. Anguera et al. sind sich der geringen Größe ihrer Stichprobe bewusst. Für sie war es der erste Laufversuch und eine erste Bestätigung für das Konzept, welche weitere Schritte folgen lässt.

Diese Studie ist nicht nur aufgrund des Resultats, als Bestätigung für Intervention durch Videospiele, interessant. Hier wurde das andere Ende des demographischen Spektrums angesteuert. Statt des weiter verbreiteten Fokus auf Kinder und Jugendliche, waren nun Senioren die Zielgruppe. Dies beweist die enorme Reichweite der mobilen Interventionen. Weiterhin ist herauszuheben, wie Project: EVO den Schwierigkeitsgrad noch während des Spielens an den Patienten angleicht. In Echtzeit wird ein möglichst optimales Erlebnis geschaffen und Langeweile und Frustration vorzubeugen. Weitere Studien sind trotz anfänglicher Euphorie abzuwarten.

Das Feld der Serious Games steht noch auf dünnen Beinen, doch wackelig scheinen sie nicht zu sein. Ähnlich geht es der Verwendung von Virtueller Realität im therapeutischen Bereich.

## 6.2 Virtuelle Realität – Hardware

Während diese Arbeit geschrieben wird, gibt es bereits in Elektrofachgeschäften VR- Brillen für rund 800€ zu erwerben. Mit ihr lässt sich in eine fremde Welt eintauchen. Ich selbst habe zu Demonstrationszwecken eine solche Brille mal „spielen“ dürfen. Ich landete in einem sparsam animierten Garten. Die einzige Interaktion mit meiner künstlichen Umwelt waren geometrische Formen, in etwa so groß wie ein Rucksack. Ich konnte sie mittels zweier Knüppel mit Tasten in meinen Händen heben, werfen, stapeln, und wieder umwerfen. Es waren kaum zehn Minuten die ich damit zubachte. Aber der Effekt ist mir noch deutlich vor Augen. Als ich die Brille samt Kopfhörer wieder abnahm, fühlte ich mich wie nach einem kurzen Schläfchen, samt kleiner Traumeinlage. Ich brauchte einige Sekunden, um wieder in meiner ursprünglichen Welt anzukommen. In mir sind nicht viele Emotionen ausgelöst worden. Ich empfand das nur als nette Spielerei. Aber das hat bereits gereicht, um mich unbemerkt so weit aus meiner Realität zu heben. Durch dieses Erlebnis stellte sich mir die Frage, wie diese Technik mit therapeutischem Wert angereichert werden könnte – über bloße Expositionstherapie, bei der eine Patientin systematisch und wiederholt einem Reiz ausgesetzt wird, auf den sie üblicherweise ängstlich oder vermeidend reagiert (Miloff et al., 2017), hinaus. Diese Technik gibt es auch in mobiler Version (Lindenthal et al., 2017). Hierbei wird das Display eines Smartphones in einer Halterung angebracht, welche ebenfalls auf dem Kopf befestigt wird. Die Rechenleistung des Gerätes ist zwar geringer, ebenso wie die Darstellungsqualität des Bildschirms, doch für rund 10 € ist sie deutlich günstiger.

Derzeitig gibt es zwei Möglichkeiten mit VR zu arbeiten. Lindenthal et al. (2017) unterteilen diese. Zum einen gibt es die leistungsstärkere, stationäre Version von VR. Der Nutzer setzt sich ein Head-Mounted-Display (HMD) auf den Kopf, welches an einen Computer gebunden ist. Die Bilder sieht er auf einem Bildschirm wenige Zentimeter von seinem Auge entfernt. Das HMD ist mit Sensoren ausgestattet, das die Bewegungen des Kopfes registriert und verarbeitet. Beispiele wären Oculus Rift, oder HTC Vive. Die mobile Version von VR kann man sich als simple Form der stationären VR vorstellen. Statt eines Computers, ist ein Smartphone die Recheneinheit. Zusätzlich wird dessen Bildschirm aber auch als Display genutzt. Das Smartphone selbst wird in eine Halterung gesteckt und, genau wie beim stationären VR, vor den Augen angebracht. Beispiele liefert Samsung mit Gear VR, und Google mit der erschwinglichsten Variante Cardboard.

Bei diesen Varianten ist die Möglichkeit für Input seitens der Nutzer noch recht beschränkt. In der Regel werden Kopfbewegungen registriert. Durch Blickfokus auf bestimmte Stellen können Aktionen ausgeführt werden. Schaut der Nutzer beispielsweise drei Sekunden auf einen Türknauf, öffnet sich die Tür. Die Präzision unterscheidet sich auch hier je nach verwendeter Technik. Technisch ausgereifere Versionen sind zu eye tracking fähig. Ein bloßer Blick aus dem Augenwinkel reicht daher. In simpleren Versionen muss das gesamte Gesicht auf den Türknauf gerichtet werden. Dies ist besonders relevant hinsichtlich der Möglichkeit, den in der Simulation auftretenden Avataren Blickkontakt mit dem Nutzer halten zu lassen (Vgl. ebd.). Die Interaktion über Joysticks ist ebenfalls möglich, jedoch mit weiteren Anschaffungskosten verbunden. Im Spiel werden diese zu Händen, oder Gegenständen (von Taschenlampen bis zu Schusswaffen).

Allein die finanziellen Umstände geben schon Informationen über das Einsatzgebiet. Es wäre derzeitig unrealistisch über eine breite Einsatzmöglichkeit von stationärer VR in den eigenen vier Wänden der Nutzer zu denken. Stationäre VR wäre eher für den Einsatz in einer Klinik, oder gar Praxis, denkbar. Für die heimische Anwendung, ohne Begleitung durch Therapeuten, eignet sich die mobile VR aufgrund ihrer Erschwinglichkeit am ehesten. Die jeweiligen Vor- und Nachteile sollten beim endgültigen Design bedacht werden. Bedarf es der Rechenleistung der stationären VR? Dies und Weiteres lässt sich erst mit einer ausgereifteren Version des Produktes beurteilen.

### 6.3 Virtuelle Realität in der Behandlung

Mit dieser Technologie wird schon seit einiger Zeit gearbeitet. In einer Einzelfallstudie behandelten Rothbaum et al. (1999) einen Vietnam-Veteranen der die Kriterien für PTBS und schwere Depression erfüllte. Über sieben Wochen erhielt der Patient zwei Mal wöchentlich eine 90-minütige Sitzung. Die dargebotenen Reize lehnten sich an seine Erfahrungen als Hubschrauberpilot und bei Bodeneinsätzen. Neben Bildern waren auch Tonaufnahmen, Geräusche des Dschungels, Motorgeräusche von Hubschraubern, Schüsse in der Ferne, Rufe von Kameraden und Minenexplosionen, Teil der Simulation. Die Reize konnten in ihrer Intensität verstärkt werden. Die Simulation triggerte Erinnerungen im Patienten, welche er währenddessen dem Therapeuten berichtete. Am Ende der Behandlung verbesserten sich

seine Werte moderat. Difede und Hoffman (2002) veröffentlichten eine Studie zur Behandlung einer 26-Jährigen New Yorkerin, die den Zusammensturz des World Trade Centers am 11. September miterlebte. Ebenfalls von PTBS und schweren Depressionen betroffen, nahm sie an sechs Sitzungen teil, welche zwischen 45 und 60 Minuten lang waren. Es gab elf verschiedene Sequenzen, die auf einander aufbauten und sich in ihrer Intensität steigerten. Am Ende der Behandlung erfüllte die Patientin nicht mehr die Kriterien für PTBS oder eine schwere Depression.

Mit den Jahren kamen weitere zu erforschende Themen und Störungsbilder hinzu, die Stichproben wuchsen. PTBS im Militär blieb weiterhin relevant, und bei McLay et al. (2017) mit einer diesmal erhöhten Stichprobengröße von  $N = 153$ . Bouchard et al. (2017) untersuchten die Anwendbarkeit von VR in Verbindung mit kognitiver Verhaltenstherapie bei Spielsüchtigen. In beiden Studien schnitt die VR-Therapie auf Augenhöhe mit der Kontrollbehandlung ab. Bourdin, Barberia, Oliva, und Slater (2017) wagten sich an das Thema Furcht vor dem Tod, und induzierten out-of-body experiences (OBE) durch VR in den Versuchspersonen. Die Versuchspersonen erlebten eine Erfahrung, in denen das Selbst wie nicht an den Körper gebunden schien.

Die Bandbreite an Einsatzmöglichkeiten stieg an. Doch ein Problem vieler dieser Studien ist, dass sie stets die Begleitung eines Therapeuten bei der VR-Erfahrung beinhalten. So wird VR nur ein weiteres Werkzeug im Koffer des Therapeuten, das aber beispielsweise Engpässe im Versorgungssystem nicht abfängt.

## 6.4 Gamification

Als Gamification bezeichnet man den Ansatz Elemente aus dem Computerspiele-Kontext in Nicht-Spiele-Umgebungen zu bringen. Solche Elemente beinhalten Progress in einem Level-System, Sammeln von Punkten als Belohnung, Erreichen von Teilzielen, und visuelles, unmittelbares Feedback (Vgl. Johnson et al., 2016). Stellen wir uns ein Programm für Jogger vor. Das Einhalten des Trainingsplans gibt Punkte. Mit diesen steigt das eigene Fitness-Level. Die letzte Etappe, der Endgegner, könnte ein (Halb-) Marathon sein. Durch die Ansätze der Gamification werden im Nutzer vermehrt positive Erlebnisse mit den Übungen verbunden (Vgl. Hamari, Koivisto & Sarsa, 2014). Die Vorzüge erwähnt, heißt jedoch nicht, dass alles

„gamifiziert“ werden sollte. Im Vordergrund steht letztlich die Ernsthaftigkeit und der Erfolg der Behandlung, nicht das Spielvergnügen. Der Kontext bestimmt hier einiges. Die erwähnte Patientin, die den Zusammensturz des World Trade Centers miterlebte, wäre verständlicherweise kein Beispiel für Gamification mit Punktezahlen, Highscores und bunten Animationen. Nichtsdestotrotz ließe sich eine prozentuale Anzeige am Rande des Sichtfeldes vorstellen, die den Verlauf der Szene angibt.

## 6.5 Aussichten zu VR

Da VR sich noch in raschen Entwicklungsschritten bewegt, ist es schwer valide Aussagen über die Entwicklung des noch recht volatilen Marktes zu machen. Daher ist es zielführend nicht zu weit in die Eventualitäten abzudriften, und eher ein solides und erschwingliches Produkt herzustellen, das sich gegebenenfalls mit geringem Aufwand anpassen lässt. Alles was sich sagen lässt ist, dass der Markt bereits umkämpft ist und große Investitionen geflossen sind. Wir können nur abwarten, welche Entwicklungen die Big Player der Branche noch enthüllen werden. Bis dahin gilt es eher sich auf Machbares zu fokussieren.

## 7 Ausblick

Die vorgelegten Ergebnisse sprechen für eine kurative Wirkung von Literatur durch die Stärkung der Mentalisierungsfähigkeit. Inwiefern sich diese Spekulationen in klinischen Tests beweisen können muss sich jedoch sehen lassen. Es gilt eine Möglichkeit der Behandlung herzustellen, die unabhängig von einem Therapeuten und in alltagstauglichen Dosen verabreicht werden kann. Die Arbeit mit Computern, und vor allem Smartphones, bietet sich aufgrund ihrer Allgegenwärtigkeit an. Im deutschsprachigen Raum gibt es bislang eher Angebote die psychoedukativ arbeiten, oder als Stimmungstagebuch dienen (Penke, 2016). Der große Vorteil der therapeutischen Geschichten ist ihre Skalierbarkeit. Mehr Nutzer würden die Kosten nicht so stark anheben wie bei Produkten, die auf Interaktion mit einem Behandler angewiesen sind. Staun (2011) führt Kritikpunkte zur Verwendung des RKS an. Diese gilt es für eventuelle Projekte bezüglich der therapeutischen Geschichten zu berücksichtigen. Sie schlägt eine modifizierte Version des Adult Attachment Interviews (AAI)

vor, mit einer Betonung auf Reflexion über aktuelle Beziehungen. Für eine effizientere Sammlung von Daten, wäre ein Fokus auf Messinstrumente wünschenswert, die die Versuchspersonen selbst bearbeiten können. Diese sollen in eine Applikation oder Browser-Anwendung implementiert werden. Hierdurch ergäben sich Vorteile im Sammeln der Daten, und in der „Verabreichung“ der Lese-/Schreib-Behandlung. Eine Arbeit mit der von Dimitrijevic et al. (2017) entwickelten Mentalization Scale (MentS) wäre gut vorstellbar, muss aber noch genauer evaluiert werden.

## Literaturverzeichnis

Anguera, J. A., Gunning, F. M. & Areán, P. A. (2016). Improving late life depression and cognitive control through the use of therapeutic video game technology: A proof-of-concept randomized trial. *Depression and Anxiety*, pp. 1-10.

Balzer, W. (2012). Subjekt und Synapse. Streifzüge durch die Umwelten von Menschen und Mschinen. *Psyche*, 66(08), pp. 728-751.

Beland, H. (2015). Der Funktionskreis der angeborenen Antizipationen. Zur Kritik des Affektgesetzes, dass jedes Gefühl Folge eines vorangehenden Situationsurteils sei. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, Issue 71.

Berthoud, E. & Elderkin, S. (2015). *Die Romantherapie - 253 Bücher für ein besseres Leben*. 2 ed. Ulm: Ebner & Spiegel.

Bion, W. R. (1992). *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Boadella, D. (1983). *Wilhelm Reich. Leben und Werk des Mannes, der in der Sexualität das Probleme der modernen Gesellschaft erkannte und der Psychologie neue Wege wies*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.

Böker, H. (2001). *Depression, Manie und schizoaffektive Psychosen: psychodynamische Theorien, einzelfallorientierte Forschung und Psychotherapie*. 3 ed. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Bouchard, S. et al. (2017). Using Virtual reality in the Treatment of gambling Disorder: The Development of a new Tool for cognitive Behavior Therapy. *frontiers in Psychiatry*, 24 Februar, Volume 8.

Bourdin, P., Barberia, I., Oliva, R. & Slater, M. (2017). A Virtual Out-of-Body Experience Reduces Fear of Death. *PLoS ONE*, 9 Januar, 12(1).

Brezinka, V. (2016). Computerspiele in der Psychotherapie – neue Entwicklungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Issue 65, pp. 82-96.

Britton, R. (2001). *Glaube, Phantasie und psychische Realität. Psychoanalytische Erkundungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Choi, K. & Kirkorian, H. L. (2016). Touch or Watch to Learn? Toddlers' Object Retrieval Using Contingent and Noncontingent Video. *Psychological Science*, p. 726 –736.

Cole, S. W., Yoo, D. J. & Knutson, B., (2012). Interactivity and Reward-Related Neural Activation during a Serious Videogame. *PLOS ONE*, 19 März.

Darwin, C., (1872). *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. London: John Murray, Albemarle Street.

de Berg, H., (2005). *Freuds Psychoanalyse in der Literatur- und Kulturwissenschaft: eine Einführung*. Tübingen: Francke.

Difede, J. & Hoffmann, H. G. (2002). Virtual Reality Exposure Therapy for World Trade Center Post-traumatic Stress Disorder: A Case Report. *Cyber Psychology and Behavior*, 5(6), pp. 529-535.

Dimitrijević, A., Hanak, N., Dimitrijević, A. A. & Marjanović, Z. J. (2017). The Mentalization Scale (MentS): A Self-Report Measure for the Assessment of Mentalizing Capacity. *Journal of Personality Assessment*.

- Ekman, P. & Friesen, W. V. (1971). Constans across cultures in the face and emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17(2), pp. 124-129.
- Ferro, A. (2006). *Psychoanalysis as therapy and stroytelling*. London New York: Routledge.
- Fischer-Kern, M. et al. (2008). Mentalisierungsfähigkeit bei depressiven Patientinnen: Eine Pilotstudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54(4), pp. 368-380.
- Fleming, T. M. et al. (2017). serious Games and Gamification for Mental Health: current status and Promising Directions. *frontiers in Psychiatry*, 10 Januar.
- Fonagy, P. & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 14 Oktober, 21(4), pp. 1355 - 1381.
- Franceschini, S. et al. (2013). Action Video Games Make Dyslexic Children Read Better. *Current Biology*, 18 März, 23(1-5).
- Freud, S. (1917). Eine Schwierigkeit der Psychoanalyse. *Imago. Zeitschrift für Anwendung der Psychoanalyse auf die Geisteswissenschaften*, Volume V, pp. 1-7.
- Freud, S. (1961). Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: *Gesammelte Werke / Sigmund Freud, Band XI*. Frankfurt am Main: S.Fischer.
- Gallagher, H. L. & Frith, C. D. (2003). Functional imaging of 'theory of mind'. *Trends in Cognitive Science*, Februar, 7(2), pp. 77-83.
- Gerrig, P. & Zimbardo, P. (2008). *Psychologie*. München: Pearson Studium.
- Goh, D. H., Ang, R. & Tan, H. (2008). Strategies for designing effective psychotherapeutic gaming interventions for children and adolescents. *Computers in Human Behavior*, 20 Februar, p. 2217–2235.
- Gross, J. & Levenson, R. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(6), pp. 970-986.
- Hamari, J., Koivisto, J. & Sarsa, H. (2014). Does gamification work? A literature review of empirical studies on gamification. In *proceedings of the 47th Hawaii International Conference on System Sciences, Hawaii*.
- Joahannes Gutenberg Universität Mainz (2016). *Institut für Allgemeine und Vergleichende Literaturwissenschaft*. [Online]  
Available at: <http://www.avl.uni-mainz.de/134.php>  
[Accessed 27 April 2017].
- Johnson, D. et al. (2016). Gamification for health and wellbeing. *Internet Interventions*, Volume 6, pp. 89-106.
- Kandel, E. (2012). *Das Zeitalter der Erkenntnis. Die Erforschung des Unbewussten in Kunst, Geist und Gehirn von der Wiener Moderne bis heute..* München: Siedler.
- Kato, P. M., Cole, S. W., Bradlyn, A. S. & Pollock, B. H. (2008). A Video Game Improves Behavioral Outcomes in Adolescents and Young Adults With Cancer: A Randomized Trial. *Pediatrics*, 2 August, pp. 305-317.

- Kidd, D. C. & Castano, E. (2013). Reading Literary Fiction Improves Theory of Mind. *Science*, 13 Oktober, Volume 342, pp. 377 - 380.
- Köhler, T. (1999). *Affektive Störungen: klinisches Bild, Erklärungsansätze, Therapien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krüger-Brand, H. E. (2013). Serious Games. *Deutsches Ärzteblatt*, 25 Januar, pp. 126-128.
- Lampert, C., Schwinge, C. & Tolks, D. (2009). Der gespielte Ernst des Lebens: Bestandsaufnahme und Potenziale von Serious Games (for Health). *Zeitschrift für Theorie und Praxis der Medienbildung*, 11 März.
- Lewis, W. A. & Bucher, A. M. (1992). Anger, Catharsis, The Reformulated Frustration-Aggression Hypothesis, and Health Consequences. *Psychotherapy*, 29(3), pp. 385-392.
- Lindner, P. et al. (2017). Creating state of the art, next-generation Virtual Reality exposure therapies for anxiety disorders using consumer hardware platforms: design considerations and future directions. *Cognitive Behavior Therapy*.
- Marschik, M. (1993). *Poesietherapie. Therapie durch Schreiben?*. Wien: Turia und Kant.
- McLay, R. N. et al. (2017). A Randomized, Head-to-Head Study of Virtual Reality Exposure Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(4).
- Merry, S. N. et al. (2012). The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ*, 19 April.
- Mertens, W. & Waldvogel, B. (Hrsg.). (2008). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. 3 ed. Stuttgart: Kohlhammer.
- Miloff, A. et al. (2016). Single-session gamified virtual reality exposure therapy for spider phobia vs. traditional exposure therapy: study protocol for a randomized controlled non-inferiority trial. *Trials*, 17(60).
- Moro, C., Stromberga, Z., Raikos, A. & Stirling, A. (2017). The Effectiveness of Virtual and Augmented Reality in Health Sciences and Medical Anatomy. *Anatomical Sciences Education*, pp. 1-11.
- Myers, D. G. (2008). *Psychologie*. Heidelberg: Springer.
- Ortony, A., Clore, G. & Collins, A. (1988). *The cognitive structure of emotions*. New York: Oxford University Press.
- Penke, M. (2016). *Gründerszene*. [Online]  
Available at: <http://www.gruenderszene.de/allgemein/moodpath-app-depressionen>  
[Accessed 28 April 2017].
- Pierce, R. A., Nichols, M. P. & DuBrin, J. R. (1983). *Emotional expression in psychotherapy*. New York: Gardner.
- Pino, M. C. & Mazza, M. (2016). The Use of "Literary Fiction" to Promote Mentalizing Ability. *PLoS ONE*, 4 August .
- Poppe, S. (Hrsg.) (2012). *Emotionen in Literatur und Film*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Reynolds, L., Hodge, P. & Simpson, A. (2017). Serious games for mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12 März.

- Rothbaum, B. O. et al. (1999). Virtual Reality Exposure Therapy for PTSD Vietnam Veterans: A Case Study. *Journal of Traumatic Stress*, 12(2), pp. 263-271.
- Rothermund, K. (2011). Emotionen. In: A. Schütz, M. Brand, H. Selg & S. Lautenbacher (Hrsg.), *Psychologie*. 4 ed. Stuttgart: Kohlhammer, pp. 155-166.
- Sandler, P. C. (2005). *The language of Bion: a dictionary of concepts*. London New York: Karnac.
- Schlochtermeier, L. (2016). *Experiencing Emotions in Different Media Types: Psychological Processes and Neural Correlates*. Veröffentlichte Dissertation, Freie Universität Berlin, Zugriff am 25.04.2017 unter [http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS\\_derivate\\_000000019922/DissertationSchlochtereier\\_Online.pdf](http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000019922/DissertationSchlochtereier_Online.pdf): s.n.
- Staub, L. (2011). *Mentalisierung bei Patienten mit chronischer Depression: die Subdimensionen Selbst und Anderer*. Open Access Repositorium der Universität Ulm, Veröffentlichte Dissertation, Zugriff am 21.04.2017 unter <https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/handle/123456789/2990>: s.n.
- Staub, L. et al. (2010). Mentalisierung und chronische Depression. *Psychotherapeut*, 26 Juni, Issue 55, pp. 299 - 305.
- Stein, S. (1995). *Stein on Writing*. New York: St. Martin's Griffin.
- Stein, S. (1999). *How to Grow a Novel*. New York: St. Martin's Griffin.
- Strack, F., Martin, L. & Stepper, S. (1988). Inhibiting and Facilitating Conditions of the Human Smile: A Nonobtrusive Test of the Facial Feedback Hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, Mai, 54(5), pp. 768-777.
- Taubner, S. et al. (2011). The Role of mentalization in the Psychoanalytic Treatment of Chronic Depression. *Psychiatry*, pp. 49-57.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1996). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Grundlagen*. 2 ed. Berlin Heidelberg: Springer.
- Traue, H. C. (1998). *Emotion und Gesundheit: die psychobiologische Regulation durch Hemmungen*. Heidelberg: Spektrum.
- Wiedemann, W. (2007). *Wilfred Bion: Biografie, Theorie und klinische Praxis des "Mystikers der Psychoanalyse"*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Will, H., Grabenstedt, Y., Völkl, G. & Banck, G. (2000). *Depression: Psychodynamik und Therapie*. 2 ed. Stuttgart: Kohlhammer.
- Will, H., Grabenstedt, Y., Völkl, G. & Banck, G. (2008). *Depression: Psychodynamik und Therapie*. 3 ed. Stuttgart: Kohlhammer.

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche gekennzeichnet. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift