

Lachyoga in der Psychiatrie

Eine Interventionsmöglichkeit der Sozialen Arbeit

Thesis zur Erlangung des Bachelor of Arts (B.A.)

Technische Hochschule Köln
Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften
Studiengang Soziale Arbeit

Vorgelegt von:

Mara Kehrbaum
Mathiaskirchplatz 22, 50968 Köln
marakehrbaum@posteo.de
Matrikelnummer: 11097832

Erstgutachter: Michael Bernsen
Zweitgutachter: Bernd Ohnemüller

Abgabedatum: 26.10.2017

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Lachyoga – Was ist das?	7
2.1 Die Geschichte des Lachyogas	7
2.2 Bestandteile, Struktur und Aufbau	8
2.3 Rahmenbedingungen.....	9
2.4 Anwendungsbereiche	10
2.5 Das Prinzip des grundlosen Lachens	10
2.6 Warum und wie Lachyoga funktioniert - Eine neurologische Perspektive	11
3. Soziale Arbeit in der Psychiatrie	13
3.1 Geschichte der Psychiatrie in Deutschland	13
3.2 Aufgaben, Ziele und Selbstverständnis der Sozialen Arbeit im Allgemeinen	18
3.3 Aufgaben, Ziele und Selbstverständnis der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie	19
3.4 Wer ist in der Psychiatrie?.....	21
3.4.1 Krankheiten in der Psychiatrie	21
3.4.2 Chronisch psychisch kranke Menschen	22
3.5 Aufgaben und Ziele der Sozialen Arbeit bezüglich chronisch psychisch kranker Menschen	24
3.6 Das Modell der Salutogenese.....	25
4. Wirkfaktoren des Lachens und des Lachyogas	28
4.1 Physiologische Effekte des Lachens – Ergebnisse aus der Gelotologie	28
4.2 Forschungen über Lachyoga	31
4.2.1 Qualitative Forschungen – Allgemeiner Nutzen des Lachyogas	35
4.2.1.1 Forschungsarbeit 1	36
4.2.1.2 Forschungsarbeit 2	38
4.2.2 Quantitative Forschungen	45
4.2.2.1 Forschungsarbeit 3	45
4.2.2.2 Forschungsarbeit 4	50
5. Zusammenfassung und Relativierung der Ergebnisse	52
6. Ausblick	57
7. Danksagung	60
8. Literaturverzeichnis	61
Anhang	68

1. Einleitung

Vor ungefähr fünf Jahren hörte ich das erste Mal von meinem Bruder über Lachyoga. Er erzählte mir, dass er Lachyoga nun schon seit einigen Wochen regelmäßig in der Universität praktiziere. Es gebe dort eine Gruppe von Studierenden, die sich zwischen den Veranstaltungen zwei Mal in der Woche für eine Stunde trafen, um Lachyoga zu praktizieren. Er sagte, dass er außerordentlich viel Spaß daran hatte, und dass sogar die Universitätsleitung darum bemüht sei, diese Gruppe aufrecht zu erhalten, da Lachyoga Leistungsfähigkeit, Kreativität und Ausgeglichenheit ihrer Studierenden fördern sollte.

Zu dem Zeitpunkt hatte ich ehrlich gesagt keine konkrete Vorstellung von dem, was Lachyoga sein könnte. Aber ich merkte sehr schnell, dass es mich brennend interessierte und gepackt hatte und diesem neuen Interesse wollte ich unbedingt nachgehen. Seit dem hatte ich Lachyoga im Hinterkopf und allein die Vorstellung, die ich mir davon machte, begeisterte mich, obwohl ich es bis dahin weder praktiziert noch etwas darüber gelesen hatte.

Zwei Jahre später meldete ich mich zu einem Wochenendseminar an, auf dem ich zur Lachyogaleiterin ausgebildet wurde und damit die Lizenz erhielt, selber Lachyogagruppen zu leiten und anzubieten. Meine Wissenslücken hatten sich zunächst einmal gefüllt und auch nach diesem Seminar hielt meine Begeisterung an. Deshalb begann ich nach öffentlichen Lachtreffs in meiner Umgebung zu suchen, um dieses Interesse mit anderen Menschen zu teilen.

Mit der Zeit hatte sich Lachyoga zu einer Herzensangelegenheit und Leidenschaft entwickelt. Vier Jahre nach der ersten Lachyogabegegnung durch meinen Bruder begann ich nach und nach Lachyogakurse für andere Menschen anzubieten und konnte daher neben den Erfahrungen als Teilnehmerin, auch Kenntnisse darüber sammeln, wie es ist, selber Kurse zu leiten.

Es gibt einige persönliche Erfahrungen oder Effekte des Lachyogas, die mich besonders beeindruckt haben. Vier davon möchte ich an dieser Stelle erläutern. Sie werden teilweise in Kapitel 4.2 im wissenschaftlichen Zusammenhang erneut auftauchen.

Die erste mir aufgefallene Wirkung des Lachyogas, ist jene, die sich sehr stark aufdrängt und auch jene, die mich motiviert jedes Mal aufs Neue zum Lachyoga zu gehen: eine persönliche Steigerung des Wohlbefindens. Egal, wann und wo und mit wem ich Lachyoga praktiziere, danach geht es mir besser – auch dann, wenn es mir schon vorher blendend ging. Es fühlt sich so an, als würden meine positiven Energien aktiviert, und als wüsste ich nach dem Lachyoga genau, welchen nächsten kleinen Schritt ich im Leben tun muss, um glücklich zu sein. Ich würde es als „innere Klarheit“ beschreiben oder als einen Zustand, in dem ich alles, was ist,

war und sein wird, präsent habe und deshalb genau weiß, wie ich handeln muss, um den für mich sinnvollsten Weg zu gehen. Es ist ein ganz tiefes Vertrauen darin, dass ich Alles schaffen kann und dass Alles, was ich dafür brauche, in mir selber vorhanden ist.

Weiter ist mir aufgefallen, dass mich nach einer Lachyoga-Einheit Probleme und Sorgen weniger belasten. Die Situation, aus der die Probleme und Sorgen entstanden sind, ist nach einer Stunde Lachyoga in der Regel immer noch die gleiche, aber meine Haltung hat sich nach dem Lachyoga verändert. Oft empfinde ich die Situation als gar nicht mehr schlimm oder belastend. Es hat sich ein Perspektivenwechsel vollzogen und plötzlich hat sich das Problem in Luft aufgelöst, weil ich emotional nicht mehr negativ betroffen bin.

Nachdem ich ein paar Monate regelmäßig Lachyoga praktiziert hatte, bemerkte ich, dass ich fremden oder nicht allzu vertrauten Menschen viel offener und mit weniger Vorurteilen begegnete. Zum einen freute mich das, weil so die alltäglichen Begegnungen und der Kontakt mit Menschen mit mehr Spaß verbunden waren und ich durch meine gesteigerte Offenheit zunehmend positiv von Menschen überrascht worden bin. Und zum anderen freute mich dieser Effekt hinsichtlich beruflicher Perspektive. Denn ich finde, dass ein weniger vorurteilsbelastetes, beziehungsweise ein stark vorurteilsreflektiertes Zugehen auf die Klienten der Sozialen Arbeit, zu einem professionellen Habitus gehört.

Darüber hinaus ist mir in Gruppen, in denen ich selber Lachyoga anbiete, schon öfter aufgefallen, dass sich Leute innerhalb kürzester Zeit sehr nahe sind und sich anderen gegenüber geöffnet haben. Oft kommen Menschen zum Lachyoga, die sich untereinander nicht kennen und doch habe ich noch nie Jemanden ernsthaft „fremdeln“ sehen. Barrieren werden erstaunlich schnell abgebaut. So erinnere ich mich an eine Gruppe, die sich zwar schon vor dem Lachyoga kannte, sich aber am Ende der Stunde derart geöffnet hat, sodass Tränen geflossen sind und die Gruppe bei einander geblieben ist und sehr emotionale Gespräche geführt hat. Ich glaube, dass sich durch das Lachyoga Nähe, Offenheit und Verbundenheit innerhalb einer Gruppe sehr schnell entwickeln und Gruppenprozesse beschleunigt werden. Oft bin ich davon beeindruckt, zu sehen, an welcher unterschiedlichen Standpunkten sich eine Gruppe vor, und nach einer Lachyoga-Einheit befindet.

Im Zusammenhang meiner Lachyogaerfahrung und unter Berücksichtigung dieser vier Aspekte, begann ich mich zu fragen, ob Lachyoga nicht auch ein Zugewinn für die Soziale Arbeit sein könnte. Denn wenn Lachyoga auch bei anderen Menschen zu einem verbesserten Wohlbefinden, zum entlastenderen Umgang mit Problemen oder zur Aktivierung von Energie und Ressourcen führt, dann könnte Lachyoga für die Soziale Arbeit tatsächlich ein großer Zugewinn sein. Vor allem interessiert mich die Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Durch mein

Praxissemester in der ambulanten Psychiatrie habe ich viel mit chronisch psychisch kranken Menschen zusammengearbeitet. Ich finde Lachyoga im Zusammenhang mit dieser Zielgruppe äußerst passend, da es meinen Erfahrungen zufolge sehr ganzheitlich und positiv wirkt und Ressourcen aktiviert, die einen wichtigen ausgleichenden Pol zur ständigen Auseinandersetzung mit der Krankheit bilden. Und dieser Nutzen geht eng einher mit dem ressourcenorientierten und salutogenetischen Verständnis der Sozialen Arbeit.

Diese Parallelen, die ich zwischen den Wirkfaktoren und dem Nutzen des Lachyogas und den Zielen der Sozialen Arbeit im Zusammenhang mit der Zielgruppe sah, veranlassten mich zu der Frage: *Inwiefern können die Wirkfaktoren / kann der Nutzen von Lachyoga die Ziele Sozialer Arbeit in der Psychiatrie bezüglich chronisch psychisch kranker Menschen unterstützen?*

Um diesem Erkenntnisinteresse nach zu gehen, ist es notwendig die grundlegenden Begriffe der Fragestellung zu erläutern.

So soll als erstes auf den Begriff des Lachyogas eingegangen werden, um ein umfassendes Verständnis über Herkunft, Sinn und Zweck zu bekommen.

Danach liegt der Schwerpunkt auf der Profession der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. Diesbezüglich wird zunächst auf die Entwicklung der Psychiatrie in Deutschland eingegangen. Ein geschichtlicher Abriss beinhaltet eine historisch begründete Verortung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. Er berücksichtigt zusätzlich die Entstehung der verschiedenen Krankheitsmodelle, um das Modell der Salutogenese besser zu verstehen. Die Salutogenese ist ein zentraler Leitgedanke der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. Es folgt die Darstellung sozialarbeiterischer Aufgaben und Ziele zunächst im Allgemeinen, und dann im spezifischen Sinne bezüglich des Arbeitsfeldes der Psychiatrie und unter Berücksichtigung der Zielgruppe chronisch psychisch kranker Menschen. Dies ist zentraler Bestandteil für das Erkenntnisinteresse.

Erst auf dieser inhaltlichen Grundlage soll auf die Wirkfaktoren des Lachyogas eingegangen werden. Zunächst werden Ergebnisse aus der Lachforschung herangezogen und dann die Effekte und der Nutzen des Lachyogas. Hierzu werden die Resultate von vier Forschungsarbeiten untersucht. Sie werden mit den Zielen der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie bezüglich chronisch psychisch kranker Menschen abgeglichen, um eine Antwort auf die Frage zu finden, inwiefern die Wirkfaktoren und der Nutzen des Lachyogas diese unterstützen können.

Danach folgen die Zusammenfassung und die Relativierung der Ergebnisse hinsichtlich des Erkenntnisinteresses. Im abschließenden Ausblick werden Chancen, Grenzen, Kritik und

Entwicklungen des Lachyogas und der Lachyogabewegung, sowie mögliche weitere Forschungsschwerpunkte für die Soziale Arbeit thematisiert.

Es sei darauf hingewiesen, dass ich in dieser Arbeit zwecks eines guten Leseflusses durchgehend die männliche Form verwendet habe, nichts desto trotz aber immer auch die weibliche oder zwischengeschlechtliche Form gemeint ist.

2. Lachyoga – Was ist das?

In diesem ersten Kapitel der Arbeit sollen die Grundlagen des Lachyogas vorgestellt werden. Hierzu gehören die Entstehungsgeschichte des Lachyogas, die Bestandteile, der Aufbau und die Struktur, sowie die Rahmenbedingungen einer Lachyoga-Stunde. Außerdem soll auf die Anwendungsbereiche des Lachyogas eingegangen, und das Prinzip des grundlosen Lachens erklärt werden. Des Weiteren werden neurologische Vorgänge, die während des Lachyogas passieren, dargestellt. Die Erläuterungen zu diesen Themen dienen einem Grundverständnis über Lachyoga.

2.1 Die Geschichte des Lachyogas

Lachyoga wurde 1995 in Mumbai, Indien gegründet. Der Arzt Madan Kataria stieß im Zuge von Recherchearbeiten auf verschiedene Forschungsberichte über das Lachen. Die positiven Auswirkungen des Lachens auf Körper und Seele beeindruckten ihn sehr. Deshalb beschloss er Vorbegehende im Park anzusprechen, um sich gegenseitig Witze zu erzählen und so in den Genuss der erwiesenen Vorteile des Lachens zu kommen (siehe Kapitel 4.1). Den Menschen gefiel dieser „Lachclub“ und weil sie sich gut und wohl fühlten, kamen sie wieder und immer mehr Menschen nahmen teil. Jedoch fielen den Teilnehmern nach ein paar Wochen keine Witze mehr ein, und der Lachclub drohte sich aufzulösen. Dann las Madan Kataria in seinen Unterlagen, dass das menschliche Gehirn zwischen einem herzhaften und einem gekünstelten Lachen nicht unterscheidet, und sich in beiden Fällen die positiven gesundheitlichen Effekte des Lachens einstellen (Kataria 2012, S. 13f., 20). Er schlussfolgerte daraus, dass der gesundheitliche Nutzen des Lachens also auch durch simuliertes Lachen gewonnen werden kann und nicht zwingend ein Grund notwendig ist, der ein echtes Lachen erzeugt. Also schlug er seinen Teilnehmern beim nächsten Treffen vor, einfach zu lachen, ohne sich einen Witz zu erzählen. Das von vielen Teilnehmenden simulierte Lachen, wurde zu einem echten Lachen, von dem sich Andere anstecken ließen. Und so lachte die Gruppe herzlich mehrere Minuten lang und Madan Kataria entwickelte zusammen mit seiner Frau Madhuri Kataria das Lachyoga (vgl. Dr. Kataria School of Laughter Yoga 2007, S. 4) oder ursprünglich Hasya-Yoga (*Hindi: hasya = Lachen, Yoga: altindisch yōga-h = Verbindung, Vereinigung*) (Bibliographisches Institut GmbH 2017).

2.2 Bestandteile, Struktur und Aufbau

Ein wichtiger Bestandteil des Lachyogas ist eine Vielzahl von speziell entwickelten Lachübungen. Sie werden allein, zu zweit oder in der Gruppe durchgeführt. Alle diese Lachübungen haben jedoch einen gemeinsamen Charakter: Sie sind durchweg sehr kindlich, verspielt und mit leichter Bewegung verbunden, es wird viel geklatscht, pantomimisch dargestellt und das Vorstellungsvermögen aktiviert (vgl. Dr. Kataria School of Laughter Yoga 2007, S. 5). Beispiele hier zu befinden sich im Anhang 1.

Die Lachübungen sollen in erster Linie die kindliche Verspieltheit fördern. Das ist das wichtigste Ziel beim Lachyoga, welches dazu beiträgt, generell einen besseren Zugang zum eigenen Lachen und zum natürlichen Spielbedürfnis zu bekommen:

Laughter is not about laughing. It is actually about cultivating childlike playfulness. Once you learn to play, you don't have to laugh. Laughter will be the natural outcome of your playful inner child. (vgl. Laughter Yoga University 2017, S. 11).

Neben der Förderung kindlicher Verspieltheit, haben die Lachübungen auch den Zweck, die Teilnehmer und die Gruppe aufzulockern, miteinander warm zu werden und Hemmungen abzubauen (vgl. Dr. Kataria School of Laughter Yoga 2007, S. 5).

Zusätzlich schafft der Alltagsbezug der Übungen die Möglichkeit neue neuronale Verbindungen zu entwickeln und somit Situationen und Gesten mit positiven Emotionen zu verbinden (vgl. ebd., S. 17). Genauere Erklärungen hierzu befinden sich in Kapitel 2.6.

Ein zweiter wichtiger Bestandteil beim Lachyoga sind die Atemübungen aus dem Pranayama-Yoga. Kennzeichnend für die Atemübungen ist das längere Aus- als Einatmen. Dadurch soll die verbrauchte Restluft aus den Lungen geatmet werden, sodass ein nächster tiefer Atemzug aus dem Bedürfnis nach frischer Luft heraus von ganz allein erfolgt (vgl. Dr. Kataria School of Laughter Yoga 2007, S. 6). Der Atemvorgang beim Lachen ähnelt der des Pranayama-Yogas, wie Madhui Kataria aufgrund ihrer langen praktischen Yogaerfahrung feststellte. Die Atemübungen werden in regelmäßigen Abständen zwischen den Lachübungen eingebaut. Dadurch wird die Ausatmung intensiviert, was der Entspannung dient und gleichzeitig das Lachen stimuliert (vgl. Birklbauer 2008, S. 14).

Die Lachübungen und die Atemübungen bilden beim Lachyoga einen zusammengehörenden Block und nehmen bei einer Lachyoga-Einheit von sechzig Minuten etwa eine halbe Stunde ein (vgl. Laughter Yoga University 2017, S. 12).

Das nächste Lachyogaelement ist die Lachmeditation. Sie folgt auf die Lach- und Atemübungen. Es handelt sich um eine Phase des freien Lachens ohne Lachübung, in der dem natürlichen Lachen freier Lauf gewährt werden soll (vgl. Dr. Kataria School of Laughter Yoga 2007, S. 5). Ist ein echtes Lachen erst einmal in Gang gekommen, hat die Lachmeditation tatsächlich einen meditativen Charakter. Denn ein meditativer Moment ist genau jener zwischen zwei Gedanken. Und da sich Lachen und Denken gegenseitig ausschließen, ist bei einem lang andauernden herzhaften Lachen Denken nicht möglich (vgl. Uber; Steiner 2006, S. 90). Außerdem kann es bei der Lachmeditation zu einer emotionalen Katharsis kommen, einem Gefühl von Freude und Befreiung innerer psychischer Konflikte und Belastungen (vgl. Kataria 2012, S. 61). Während der Lachmeditation sitzen oder liegen die Teilnehmer im Kreis und sollten nicht miteinander sprechen (vgl. ebd., S. 64f.).

Darauf folgt die Entspannung, der letzte Bestandteil einer Lachyogastunde. Sie dient der Erdung der Teilnehmer. Durch die Lachmeditation aufkommende Gefühle können teilweise sehr aufwühlend sein und verschiedene Entspannungstechniken sollen eine Normalisierung des Energieniveaus, sowie Beruhigung ermöglichen (vgl. Dr. Kataria School of Laughter Yoga 2007, S. 5, 19). Beispiele hierzu befinden sich im Anhang 2. Die Lachmeditation und die Entspannung dauern jeweils 15 Minuten (vgl. Laughter Yoga University 2017, S. 12).

2.3 Rahmenbedingungen

Madan Kataria strukturierte Lachyoga nach der oben erläuterten Vorgehensweise, die mittlerweile weltweit praktiziert wird. So gibt es tausende öffentliche Lachclubs in mehr als 100 Ländern (Global Laughter Yoga Conference 2017).

Die Teilnahme soll so niederschwellig wie möglich sein. Deshalb sind die Lachclubs kostenlos, unpolitisch und areligiös (vgl. Birklbauer 2008, S. 13).

Alle Lachclubs werden von ausgebildeten Lachyogaleitern gehalten, die die Lizenz zum Anleiten eines solchen erworben haben. Die Gruppenleitung initiiert, erklärt und beendet die Übungen. Sie sorgt für eine Atmosphäre, in der sich die Teilnehmer fallen lassen können und wohl fühlen. Gruppenprozesse sollten erkannt und verstanden werden und die Gruppendynamik wird beispielsweise durch das Ausführen der Übungen in einer bestimmten Reihenfolge berücksichtigt und unterstützt (vgl. Laughter Yoga University 2017, S. 12). Die Gruppenleitung hält sich an die Konzeptionierung einer Lachyogastunde. Dennoch enthält diese auch interpretativen Spielraum. So ist das „Wie“ auch immer Interpretation der Leitung. Lachclubs können drinnen oder im Freien stattfinden. Wichtig ist, dass die Gruppe nicht gestört wird und keine Anderen stört (vgl. Dr. Kataria School of Laughter Yoga 2007, S. 5).

2.4 Anwendungsbereiche

Neben den öffentlichen Lachclubs, die für jeden Menschen zugänglich sind, gibt es Lachyogaangebote, die für bestimmte Personengruppen angeboten werden. So gibt es beispielsweise Gruppen in Gefängnissen, Krankenhäusern, Schulen, Altenheimen und Firmen, sowie für Kinder oder Menschen mit einer physischen oder psychischen Erkrankung. Gerade in großen Unternehmen steigt die Nachfrage an Lachyoga, mit dem Ziel Leistungsfähigkeit, Kreativität, Stressabbau und Teamfähigkeit zu fördern (vgl. Dr. Kataria School of Laughter Yoga 2007, S. 28).

Lachyoga wird also schon mit einigen Zielgruppen und in einigen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit durchgeführt. Es stellt sich allerdings die Frage, inwieweit die Lachyogaangebote in eine sozialpädagogische / sozialarbeiterische und einrichtungsbezogene Konzeptionierung eingearbeitet sind und inwiefern dies nötig ist. Oft sind die Lachyogaleiter keine ausgebildeten Sozialarbeiter/Sozialpädagogen. Sofern die Effekte und der Nutzen des Lachyogas (vgl. Kapitel 4) mit Zielen der Einrichtung übereinstimmen, kommen sie von außerhalb und bieten Lachyoga an, das auf die Gruppe zugeschnitten ist. Grundsätzlich wird jedoch dafür plädiert, dass soziale oder andere Einrichtungen, in denen Lachyoga erwünscht ist, ihre Mitarbeiter zu Lachyogaleitern ausbilden lassen, um intern Jemandem diese Aufgabe zu kommen zu lassen, der die Strukturen, Prozesse, Ziele, Probleme usw. kennt (Global Laughter Yoga Conference 2017).

2.5 Das Prinzip des grundlosen Lachens

Beim Lachyoga steht das grundlose Lachen im Vordergrund. Im Laufe des Lebens kommt vielen Menschen das Lachen mehr oder weniger abhanden. Kinder lachen durchschnittlich 300 bis zu 400 Mal täglich. Erwachsene hingegen kommen auf 15 Mal am Tag (Kataria 2012, S. 12). Das liegt daran, dass Kleinkinder noch keinen Sinn für Humor entwickelt haben und sich nicht ihres Intellekts bedienen, um eine Situation als komisch oder witzig zu bewerten. Sie lachen aus einer angeborenen Freude heraus, während die meisten erwachsenen Menschen im Laufe ihrer Erziehung und Sozialisation einen auf Intellekt beruhenden Sinn für Humor, sowie Hemmungen entwickeln, und lernen, dass Lachen einen guten Grund braucht, um angemessen zu sein (vgl. Dr. Kataria School of Laughter Yoga 2007, S. 7). Mit anderen Worten heißt das, dass Menschen, die – aus welchen Gründen auch immer – für sich gerade keinen Anlass zum Lachen sehen, es nicht tun werden, so lange das Lachen an Bedingungen geknüpft ist. Dementsprechend bleiben die gesundheitlichen positiven Effekte des Lachens

aus. Durch das Prinzip des grundlosen Lachens hingegen soll wieder neu erlernt werden, dass es keinen Anlass zum Lachen braucht und bedingungslos gelacht werden kann und darf. Somit können sich alle Menschen unabhängig von Situation, Intellekt, Sinn für Humor oder Ähnlichem die gesundheitlichen positiven Effekte des Lachens zu Nutze machen (vgl. ebd.). Durch Madan Katarias berühmtes Zitat ermutigt er die Menschen zum Lachen und stellt eine Verbindung zwischen dem Lachen und einem glücklichen Leben her: „Wir lachen nicht, weil wir glücklich sind - wir sind glücklich, weil wir lachen.“ (Mischke 2011).

2.6 Warum und wie Lachyoga funktioniert - Eine neurologische Perspektive

Um die Konzeption des Lachyogas noch besser verstehen zu können, ist es sinnvoll, sich neurologische Prozesse genauer anzuschauen.

Es gibt eine neurologische Erklärung, warum Lachyoga am besten in der Gruppe funktioniert. Voraussetzung hierzu sind die Spiegelneuronen - eine bestimmte Art von Nervenzellen im Gehirn. Durch die Spiegelneuronen können die Emotionen von Menschen, mit denen kommuniziert wird, nachgefühlt werden (vgl. Dr. Kataria School of Laughter Yoga 2007, S. 11). Es reicht beispielsweise aus, glückliche Menschen zu beobachten, deren Glücksgefühl wahrzunehmen und schon werden die Spiegelneuronen jene Glückssignale im eigenen Körper aussenden. Beim Lachyoga werden deshalb nicht nur durch das eigene Lachen entsprechende Hormone ausgeschüttet, sondern auch durch das Lachen anderer Anwesender. Um diesen Effekt zu verstärken, ist es ratsam, beim Lachyoga Blickkontakt herzustellen, um sich vom Lachen der Anderen anstecken zu lassen (vgl. ebd.).

Im Kapitel 2.2 wurde darauf hingewiesen, dass der Alltagsbezug der Übungen die Möglichkeit schafft, neue neuronale Verbindungen zu entwickeln und somit verschiedene alltägliche Situationen mit positiven Emotionen zu koppeln. Die neurologischen Prozesse dazu sollen hier erklärt werden. Basis dieser kognitiven Umstrukturierung ist die Neuroplastizität des Gehirns. „Dieser Begriff umschreibt die räumliche Auswirkung der Veränderungsfähigkeit von Neuronen und des Gehirnstoffwechsels in Abhängigkeit individueller Erfahrungen im Austausch mit der Umwelt“ (Birklbauer 2008, S. 27). Mit anderen Worten: Das Gehirn ist kein statisches Organ und deshalb können Neuronenverbindungen wachsen und sich verändern. Dieser Fähigkeit des Gehirns bedient sich das Lachyoga. Ein Beispiel: Sie fahren auf der Autobahn und kommen plötzlich in einen Stau und ärgern sich. Die Emotion Ärger kann mitunter sehr schnell auftreten und dominant regieren, ohne dass Sie viel dagegen tun können, wenn sich entsprechende Muster eingespielt haben und erlernt worden sind. Wird nun beim Lachyoga regelmäßig eine Übung

durchgeführt, bei der Sie sich in Ihrer Vorstellung und gedanklich in einem Stau befinden, kann durch das Lachen das bestehende alltägliche Muster (z. B. Ärger im Stau) mit einer positiven Emotion verknüpft werden. Die Lachyogaübung bietet also eine alternative Emotion an und schlägt ein neues Reaktionsmuster vor, mit der in einer Situation (Stau) reagiert werden kann. Je häufiger die Übungen wiederholt werden, desto wahrscheinlicher ist die Manifestierung eines neuen Erregungsmusters (vgl. Birklbauer 2008, S. 15f.).

Und schließlich bedient sich Lachyoga der Wechselwirkung zwischen Körper und Geist. Denn Körper und Geist sind eng miteinander verbunden und können sich gegenseitig beeinflussen. Der deutsche Sozialpsychologe Fritz Strack bat bei einem Experiment Probanden einen Bleistift zwischen die Zähne zu nehmen, sodass sich die Mundwinkel anspannen und ein durch den Bleistift künstlich erzeugtes Lächeln ergeben. Sie bewerteten die anschließend vorgelegte Karikatur erkennbar witziger als jene Kontrollgruppe, die den Bleistift lediglich zwischen den Lippen halten sollte, was dazu führte, dass die Anspannung der Mundwinkel und damit die Aktivierung der beiden „Lachmuskeln“ (*musculus zygomaticus maior*: Muskel vom Jochbein bis zu den Mundwinkeln und *musculus orbicularis oculi*: Muskel, der sich ringförmig um die Augen schließt) die auch beim natürlichen Lächeln passiert, ausblieb (vgl. Patsch; Titze 2014, S. 124f.). So führt die künstliche Aktivierung der Lachmuskeln nicht nur zu einer witzigeren Einschätzung von Karikaturen, sondern generell zur Stimulation bestimmter Hirnareale, die sich günstig auf das Wohlbefinden und die Gehirnaktivität auswirken (vgl. ebd.). Aus einer „Körperbewegung entsteht [also] eine Gefühlsbewegung“ (Uher; Steiner 2006, S. 242; zitiert nach Blömker 2015, S. 12). Das ist der Grund, weshalb beim Lachyoga das Motto „Fake it until you make it“ eine so große Rolle spielt. Denn durch künstliches Lachen werden genau jene Glückshormone wie Dopamin und Endorphine ausgeschüttet und Stresshormone wie Cortisol und Noradrenalin abgebaut wie bei einem echten Lachen, da das Gehirn zwischen einem echten und unechten Lachen nicht unterscheidet (vgl. Birklbauer 2008, S. 23f.). Mittels körperlicher Bewegung, Mimik und Gestik beim Lachyoga, verbessert sich das Wohlbefinden allein aus der körperlichen Bewegung heraus, weil durch das „So-tun-als-ob“ positive Emotionen stimuliert werden.

Lachyoga versucht also in erster Linie durch die Bewegung mit dem Körper die Gefühle positiv zu beeinflussen. Aus der entstehenden positiven Gefühlbewegung ist dann auch die positive Beeinflussung der kognitiven Kraft auf den Körper möglich (vgl. ebd., S. 18). Damit sind beide Wege miteinander verzahnt und bringen ein großes Zahnradwerk der positiven Emotionen in Bewegung.

3. Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Nachdem Erklärungen zum Lachyoga gegeben wurden, steht nun die Soziale Arbeit in der Psychiatrie und die Zielgruppe im Mittelpunkt. Zunächst wird ein Überblick über die Geschichte der Psychiatrie in Deutschland gegeben. Danach werden Ziele und Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie genauer dargestellt. Nach einem kurzen Abriss über psychische Krankheiten, liegt der Fokus auf Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung. Diesbezüglich werden Ziele und Aufgaben der Sozialen Arbeit beleuchtet. Das Kapitel endet mit der Darstellung des Modells der Salutogenese – einem maßgeblichen Leitgedanken der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie.

3.1 Geschichte der Psychiatrie in Deutschland

Hinter dem jetzigen psychiatrischen Versorgungssystem in Deutschland steht eine lange Geschichte und Entwicklung. Von den „Irrenanstalten“ zur *Sozialen Psychiatrie*, die die Ganzheitlichkeit des Menschen mit all seinen Kontexten in den Vordergrund stellt, ist eine Menge passiert. Der folgende grobe Abriss über die Geschichte der Psychiatrie in Deutschland, bezieht die Entwicklung der medizinischen Krankheitsmodelle mit ein. Er dient einem besseren Verständnis der Verortung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie, sowie der Entstehung der salutogenetischen Sichtweise, die in Kapitel 3.6 erneut aufgegriffen wird. Für ausführlichere Literatur siehe Finzen 1985.

Der Ausdruck „Irrenanstalt“ und das damit vorherrschende verbundene Bild jener Einrichtungen, in denen Menschen isoliert und mit fragwürdigen Methoden behandelt worden sind, kommt aus dem 18. Jahrhundert. Jene Institutionen waren eher Verwahranstalten, die dazu dienten, Betroffene weg zu sperren. Sie wurden nicht als hilfebedürftig aufgrund einer Krankheit, sondern vielmehr als „irre“ und damit als Bedrohung des „gesunden“ Volkes gesehen und sollten dementsprechend möglichst weit entfernt isoliert werden (vgl. Dörr 2005, S. 130).

Anfang des 19. Jahrhunderts war wenig Wissen über die Entstehung und den Ursprung der Symptomatik betroffener Menschen vorhanden. Die Wissenschaft der Psychiatrie gehörte noch nicht einmal einem konkreten Fachgebiet an (vgl. Grabert 2007, S. 10). Das änderte sich 1845 als der Psychiater Wilhelm Griesinger den psychischen Erkrankungen eine neurologische Ursache zuschrieb und damit die Wissenschaft der Psychiatrie der Medizin und Neurobiologie zu eigen machte (vgl. Dörr 2005, S. 133f.). Es galt das biomedizinische Modell, welches körperliche und psychische Symptome auf eine Fehlfunktion der Organsysteme des Körpers zurückführte. Dabei wird der Mensch als Träger der Krankheit

gesehen. So wird er zum Objekt der Behandlung. Im biomedizinischen Modell ist der kranke Mensch pathogenen Prozessen ausgesetzt, die nur die Medizin durch die Entfernung der pathogenen Anteile beheben könne. Eine Verbindung zwischen Körper und Geist wurde bis dahin ausgeschlossen (vgl. BzGA 2001, S. 16f.).

Als die Industrialisierung Mitte des 19. Jahrhunderts Deutschland erreichte, wurde ein detailliertes Diagnosesystem gefordert, das die Arbeitsfähigkeit genau ermitteln sollte, um keine Arbeitskraft unnötig zu verlieren (vgl. Grabert 2007, S. 11). So entwickelte sich die medizinische Versorgung psychischer Krankheiten weiter und pathogenetisch orientierte Symptom- und Klassifizierungssysteme entstanden. Dennoch war die Medizin nicht in der Lage, alle Menschen von ihren psychischen Leiden zu befreien. Menschen, deren Krankheitsverlauf chronisch wurde, konnte nicht geholfen werden (vgl. Dörr 2005, S. 132). Die Pädagogik als weitere mögliche Disziplin, galt als unwissenschaftlich und wurde im psychiatrischen Bereich abgelehnt (vgl. ebd., S. 136).

Jedoch wurden nach dem ersten Weltkrieg weitere Methoden aus anderen wissenschaftlichen Bereichen entwickelt und in psychiatrische Behandlungsformen integriert. Erste therapeutische Behandlungskonzepte und nachsorgende Dienste, die nach der Entlassung die Wiedereingliederung in das Leben außerhalb der Anstalt erleichtern sollten, entstanden. Nicht zu Letzt sei Sigmund Freud mit der Psychoanalyse und der Entdeckung des Unbewussten zu erwähnen, dessen Erkenntnisse sicherlich früher in der Psychiatrie ihren Platz gefunden hätten, wäre der zweite Weltkrieg nicht dazwischengekommen (vgl. ebd., S. 135f.).

Das eugenische Denken stieß schon vor dem zweiten Weltkrieg weltweit auf viel Zuspruch. Die Idee, minderwertige oder schwachsinnige Menschen zu entfernen, um das Volk von Ballastexistenzen zu reinigen, die materielle und personelle Ressourcen verbrauchten, gefiel auch den Nationalsozialisten in Deutschland. 1933 wurde das Gesetz zur Verhütung erblichen Nachwuchses erlassen, welches dazu führte, dass psychisch erkrankte Menschen in Tötungsanstalten geschickt und zwangssterilisiert worden sind. Dieses Gesetz sollte nicht nur der „Reinigung des Volkes“ nützlich sein, sondern Betroffenen auch den Gnadentod schenken. Es wird geschätzt, dass etwa 300 000 psychisch kranke Menschen vor, während und auch noch nach dem zweiten Weltkrieg getötet worden sind (vgl. Bosshard, Ebert, Lazarus 2010, S. 29f.).

Nach der Reflexion des eugenischen Denkens und der geistigen Aufarbeitung der Massentötungen im zweiten Weltkrieg, war die Einführung der Psychopharmaka in den fünfziger Jahren eine bahnbrechende Entwicklung. Allerdings ist sie zweischneidig zu betrachten. Einerseits konnte sie die Symptome vieler Menschen dauerhaft lindern,

andererseits hatten die Medikamente viele Nebenwirkungen und bei manchen Betroffenen stellte sich trotz Einnahme keine Besserung ihrer Krankheit ein. Das führte zu einer großen Akquirierung und Akzeptanz weiterer Forschungsgelder für die Medizin, in der Hoffnung, fortschreitende Forschungsergebnisse könnten die Ursachen und Symptome psychischer Erkrankungen bald lindern, zu einer Verfestigung des pathogenetischen biomedizinischen Krankheitsmodells (vgl. Grabert 2007, S.11f.). Zum anderen entstanden Zweifel darüber, ob die Medizin als führende Disziplin zur Behandlung psychischer Krankheiten ausreiche, da sie trotz Erfolge längst nicht alle Betroffenen heilen konnte (vgl. ebd.).

Im Zuge des hohen Engagements für Menschen- und Bürgerrechte und der antiautoritären Bewegungen der sechziger und siebziger Jahre, kam es auch zu einer kritischen psychiatrischen Bewegung. Psychoanalytische Verstehens- und Behandlungsansätze, die durch die NS-Zeit verloren gegangen waren, keimten wieder auf. Darüber hinaus wurde die Aufmerksamkeit auf die inhumanen Missstände in den Anstalten gelenkt. Hierzu gehörten unter anderem das autoritäre Auftreten der Ärzte und des Pflegepersonals, die erzwungene Untätigkeit, die Anstaltsatmosphäre, sowie die hohe Isolation und der Verlust von sozialen Kontakten, Privatsphäre und Besitz (vgl. Dörr 2005, S. 141). Zusätzlich wurde das biomedizinische Modell stark kritisiert. Es lasse nur eine naturwissenschaftliche Sichtweise zu, beschränke den Menschen auf die körperlichen Funktionsweisen und lasse soziale, gesellschaftliche und psychologische Bezüge außer Acht. Das sei auf der Grundlage von neuen sozialwissenschaftlichen und soziologischen Erkenntnissen, die einen Zusammenhang zwischen Lebensumständen und Krankheitsverlauf, sowie Krankheitsausbruch feststellten, nicht mehr tragbar (vgl. Grabert 2007, S. 12). Deshalb setzte sich 1979 das biopsychosoziale Modell durch. In diesem vom US-amerikanischen Sozialmediziner George Libman Engel verfassten Krankheitsmodell, werden Betroffene nicht mehr als Objekt, das Krankheitssymptome zeigt, gesehen. Eher ist es das Bild eines Menschen, der in seiner individuellen Lebenswelt¹ agiert, auf die Einfluss genommen werden kann und die beeinflusst, dominant. Das biopsychosoziale Modell ist ganzheitlich ausgerichtet und sieht

¹ Lebenswelt soll an dieser Stelle definiert werden, da der Begriff vermehrt in dieser Arbeit auftaucht: „strukturiertes Gefüge ganzheitlicher, räumlicher, zeitlicher und sozialer Bezüge, [...] in denen sich Alltagsroutinen einspielen“ (Grabert 2007, S. 41; zitiert nach Finkel, Hamberger 1998, S. 68) Lebensweltorientierung: Rahmenkonzept der Sozialen Arbeit, das danach fragt, wie Betroffene ihr (alltägliches) Leben erfahren und wie sie mit diesen Verhältnissen zurechtkommen. „Das Konzept betont, dass der Ausgang aller Sozialen Arbeit in den alltäglichen Deutungs- und Handlungsmustern der Adressat-Innen und in ihren Bewältigungsanstrengungen liegt, dass – zum zweiten – dieser Alltag in Bezug auf seine Stärken, seine Probleme und seine Ressourcen im Horizont des Projekts Sozialer Gerechtigkeit verstanden und im Hinblick auf einen gelingenderen Alltag stabilisiert, verändert und neu strukturiert werden muss und dass – zum dritten – Soziale Arbeit von hier aus ihre wissenschaftlich, insbesondere sozialwissenschaftlich gestützten institutionellen und methodischen Konzepte entwirft“ (Thiersch 2015, S. 327)

Betroffene als auf seine Umwelt bezogenes und agierendes Subjekt. Es erkennt die Bedeutsamkeit einer tragbaren Beziehung zwischen Arzt und Patient an. Trotz allem ist es weiterhin pathogenetisch ausgerichtet. Das heißt, dass es hauptsächlich die kranken Anteile und krankmachenden Ursachen fokussiert (vgl. BzGA 2001, S. 17).

Durch die Medien, die auf Missstände aufmerksam machten, aber auch durch die schon weiter entwickelte psychiatrische Versorgungslandschaft der Nachbarländer, geriet Deutschland nun unter Druck, etwas gegen die inhumanen Zustände und nicht Ziel führenden Strukturen in der Psychiatrie zu unternehmen (vgl. Dörr 2005, S. 141). So bildete sich 1971 die *Psychiatrie-Enquête*. Dabei handelt es sich um eine vom Bundestag eingesetzte Kommission, die die Umstände in deutschen psychiatrischen Anstalten untersuchen sollte. Die Untersuchung endete vier Jahre später.

Ein festgestellter Missstand, der von Patienten und Angehörigen, aber auch von Mitarbeitern stark kritisiert wurde, war der autoritäre und undemokratische Charakter psychiatrischer Strukturen zu Ungunsten der Patienten. Dieser hatte zur Folge, dass Patienten nahezu entmündigt wurden und in ihrer Lebensgestaltung äußerst eingeschränkt waren. Im Zuge der aus der Psychiatrie-Enquête gezogenen Reformen, wurden hierarchische Strukturen infrage gestellt und gelockert und durch demokratische Strukturen ersetzt (vgl. Bosshard, Ebert, Lazarus 2010, S. 33).

Diese Entwicklung manifestierte sich auch in der Beziehung zwischen der professionellen Fachkraft und dem Patienten. Diese sollte nun unterstützende, begleitende und sicherheitsgebende Wirkung haben. Die Haltung zum Patienten veränderte sich von einer herabblickenden zu einer wertschätzenden. Ferner wurde mehr Wert auf individuelle Bedürfnisse gelegt, da davon ausgegangen wurde, dass Therapie und Heilung nur bei bedürfnisorientierten Zuständen gelingen konnte (vgl. ebd., S. 32).

Neuinterpretationen von Krankheiten führten zu einer ganzheitlicheren Behandlung. So wurde beispielsweise der Ausbruch einer Schizophrenie als Selbstheilungsversuch aus kritischen familiären, sozialen, gesellschaftlichen und psychologischen Umständen interpretiert. Deshalb gewannen familiäre Verhältnisse, der Arbeitsplatz, soziale Beziehungen und psychologisch begründete Verhaltensweisen mehr und mehr an Bedeutung und wurden in die Behandlung miteinbezogen (vgl. ebd., S. 34). Professionelle Fachkräfte begannen ihre Behandlungsmethoden, sich selber und ihre Rolle in der Psychiatrie zu reflektieren. Durch wachsende Kritikannahme seitens der Mitarbeiter und wachsender Wertschätzung und Respekt vor den Bedürfnissen der Betroffenen, entstanden Bereitstellung und Anspruch auf neue Interventionsmöglichkeiten wie Psychose-Seminare, Selbsthilfegruppen für Patienten

und Angehörige, Psychosebegleitung und ein größeres Angebot an Gruppentherapien (vgl. ebd. S. 36).

Mit all jenen Neuorientierungen und Veränderungen wird der Begriff *Sozialpsychiatrie* in Verbindung gebracht (vgl. Dörr 2005, S. 13f.). Hauptsächlich wird darunter die Entwicklung Betroffener vom passiven zum aktiven und selbstbestimmten Akteur verstanden. Die Fragestellung nach einer Balance zwischen Hilfebedürftigkeit und Selbstverantwortung, sowie einer ganzheitlichen Behandlung, die die Lebenslage berücksichtigt, steht im Vordergrund (vgl. Grabert 2007, S. 13).

Konkret formulierte Ziele der Psychiatrie-Enquête waren Verkleinerung von Anstalten und Auflösen von Langzeitbereichen. Diese sollten durch ambulante und gemeindenahe Einrichtungen ersetzt werden. Die zunehmende ambulant strukturierte Versorgung in der Gemeinde mit stützenden, beratenden und rehabilitativen Hilfen, prägte den Begriff der *Gemeindepsychiatrie* (vgl. Grabert 2007, S.13, 39). Die psychische Erkrankung solle ab sofort da behandelt werden, wo sie entsteht: in der Gemeinde und in der Lebenswelt der Betroffenen (vgl. Bosshard; Ebert; Lazarus 2010, S. 40). Die Gemeindepsychiatrie zielt darauf ab, Menschen mit psychischen, aber vor allem Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen, ein Leben in der Gemeinde zu ermöglichen und sie nicht außerhalb der Stadt zu isolieren (vgl. Clausen; Eichenbrenner 2016, S. 11). Dazu wurden umfassende Hilfen entwickelt, die heute vor allem in den Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit fallen. In den Gemeinden entstanden Wohnheime, sowie ambulant betreute Wohnformen, sozialpsychiatrische Zentren, Kontakt- und Beratungsstellen und Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation (vgl. Bosshard, Ebert, Lazarus 2010, S. 43).

Mit der sozialpsychiatrischen und spätestens mit der gemeindepsychiatrischen Versorgung, aber auch mit dem biopsychosozialen Krankheitsmodell, gewinnt nicht nur die Soziale Arbeit, sondern auch die Psychologie, die Pädagogik, die Heilerziehungspflege, sowie verschiedene therapeutische Ansätze an Bedeutung und Anerkennung in der Psychiatrie (vgl. Grabert 2007, S. 14). In der Ottawa-Charta von 1986 heißt es, „dass Gesundheit von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt wird“ (Köppel 2003, S. 12) und somit als „gesellschaftliche Querschnittsaufgabe“ gilt (Jost 2013, S. 19). Soziale Arbeit als alltags- und lebensweltorientiert handelnde Profession, mit dem Ziel die Lebenslage psychisch kranker Menschen ganzheitlich mit all ihren Kontexten zu verstehen, zu respektieren und, wenn möglich und gewünscht, zu verbessern, findet so als gesundheitsfördernde Profession in der psychiatrischen Versorgungslandschaft ihren Platz (vgl. Grabert 2007, S. 41; Köppel 2003).

Heute bekommt die Psychiatrie durch neue Erkenntnisse der Neurowissenschaften Aufschwung. Das Gehirn wird zunehmend als soziales Organ gesehen, das seine Kompetenzen im Austausch mit der Umwelt entwickelt (vgl. Bosshard, Ebert, Lazarus 2010, S. 45). Der deutsche Arzt Eckart Altenmüller meint: „Unser Gehirn spiegelt das wider, mit dem wir uns im Leben intensiv beschäftigen, es ist Struktur gewordene Lebensgeschichte“ (Esch 2014, S. 74; zitiert nach Altenmüller 2010). Dass nun nicht nur die Soziale Arbeit selber, sondern auch die Neurowissenschaften, die Wichtigkeit der aktiven Auseinandersetzung mit der Lebensgestaltung in all seinen Facetten betont, lässt vermuten, dass die Soziale Arbeit an Unterstützung und Bedeutsamkeit in der psychiatrischen Versorgungslandschaft gewinnt. Allerdings ist dem nur teilweise so.

Obwohl die Entwicklung vom biomedizinischen zum biopsychosozialen Modell stattgefunden hat, und letzteres in der Psychiatrie offiziell anerkannt ist, „kann eine Differenz zwischen dem theoretischen Modell und der Umsetzung in der Praxis beobachtet werden“ (Grabert 2007, S. 15). Die Erkenntnisse und die daraus abgeleiteten Konzepte professionellen Handelns aus den angewandten Sozialwissenschaften, die psychosoziale Kontexte berücksichtigen, finden zwar durchaus Anerkennung und sind aus dem psychiatrischen Versorgungssystem nicht mehr wegzudenken. Allerdings unterstützen die Versorgungsstrukturen der Psychiatrie die vollständige Integration und Ausführung von Handlungskompetenzen jener Professionen nicht. Das ist unter anderem an der erhöhten Bereitstellung von Forschungsgeldern, sowie an dem höheren Gehalt für die Medizin im Vergleich zu anderen Professionen, erkennbar. Des Weiteren werden Leitungspositionen in Psychiatrien vor allem von Ärzten übernommen (vgl. Köppel 2003, S. 12f.). Deshalb ist die Medizin in der deutschen Psychiatrie auch heute noch führende Profession. Vertiefende Literatur zur Position der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie und im Gesundheitswesen, aber vor allem über die Argumentation, warum und wie sich das Gesundheitssystem zu Gunsten der Sozialen Arbeit verändern kann, findet sich bei Köppel 2003.

3.2 Aufgaben, Ziele und Selbstverständnis der Sozialen Arbeit im Allgemeinen

Die Soziale Arbeit verfolgt grundsätzlich das Ziel, Austauschprozesse zwischen Individuum und Gesellschaft zu verbessern. Dabei zielen die Maßnahmen Sozialer Arbeit immer auf Individuen oder Gruppen als Mitglieder oder Teilsysteme der Gesellschaft ab. Sozialarbeiterische Bemühungen bewegen sich im Spannungsfeld von individuellen oder gruppenorientierten Bedürfnissen und gesellschaftlichen ermittelten und anerkannten Bedarf (vgl. Bosshard, Ebert, Lazarus 2010, S. 47). Die Soziale Arbeit übernimmt also eine

Vermittlerrolle zwischen den Bedürfnissen der Klienten und den Bedingungen und (An)Forderungen der Gesellschaft, indem sie eine Erweiterung der individuellen Handlungsfähigkeit durch die „Teilhabe von Individuen an den gesundheitsbezogenen, medizinischen, psychischen, sozialen und kulturellen Ressourcen oder Errungenschaften einer Gesellschaft“ anstrebt (Staub-Bernasconi 1994, S. 15). Durch unterschiedliche Betroffenheiten von Individuen oder Gruppen, sind viele Zielgruppen und Arbeitsfelder mit verschiedenen Zielsetzungen entstanden, die der Sozialen Arbeit ein breites Spektrum gesellschaftlich relevanter Aufgabenstellungen zuweist (vgl. Bosshard, Ebert, Lazarus 2010, S. 48).

3.3 Aufgaben, Ziele und Selbstverständnis der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie

Soziale Arbeit als eine Profession, die sich auf gesamtgesellschaftlicher, institutioneller und individueller Ebene mit Chancengerechtigkeit auseinandersetzt, beschäftigt sich, bezüglich Chancenverteilung mit ungleichen Gesundheitschancen in der Psychiatrie. Denn „Gesundheit² und sozialer Status hängen eng miteinander zusammen“ (Jost 2013, S. 18) und „soziale Einflüsse auf die Gesundheit und die ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen sind für die Soziale Arbeit von besonderer Bedeutung“ (ebd., S. 23) und. So liegt die Zielsetzung sozialarbeiterischer Gesundheitsarbeit besonders darin, benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu berücksichtigen und Emanzipation und Teilhabe zu fördern (vgl. ebd., S. 19).

Die Soziale Arbeit versteht sich als gesundheitsfördernde Profession. Die „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (ebd., S. 23). Die Gesundheitsförderung ist eine wichtige ergänzende Sichtweise zur Krankheitsprävention, die erforschte Ursachen und Risikofaktoren bei der Entstehung von Krankheit oder Behinderung fokussiert und Konzepte entwickelt, diese zu vermeiden (vgl. ebd., S. 22).

² Auf eine ausführliche Diskussion des Gesundheitsbegriffs soll an dieser Stelle verzichtet werden. Die Tatsache, dass es viele Definitionen von Gesundheit gibt, zeigt, wie schwierig es ist, diesen Begriff zu definieren. Nichts desto trotz wird in der einschlägigen Fachliteratur stets auf den Gesundheitsbegriff der WHO (Weltgesundheitsorganisation) verwiesen: Gesundheit wird „als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ definiert (Jost 2013, S. 14). Abgesehen davon, dass das Erreichen eines solchen vollkommenen Zustandes als realitätsfern eingeschätzt wird, weisen kritische Stimmen ferner darauf hin, dass Gesundheit nie als Zustand, sondern eher als dynamischer Prozess verstanden werden muss, der nie beendet ist. Außerdem berücksichtige diese Definition Aspekte wie Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung nicht (vgl. BzGA 2001, S. 15f.). Als Alternative sei hier das Modell der *Salutogenese* zu nennen, auf das in Kapitel 3.6 genauer eingegangen wird.

Psychische Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für zwei wichtige Leitziele Sozialer Arbeit: Lebensqualität und soziale Teilhabe. (vgl. Robert Koch-Institut 2017). Trotz der Tatsache, dass es keine Hinweise auf eine Zunahme psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung gibt, ist es zu einer stärkeren Wahrnehmung psychischer Störungen in der Öffentlichkeit gekommen. Das hat verschiedene Gründe. Zum einen sind Krankenkassen und Arbeitgeber von der sinkenden Leistungsfähigkeit von Menschen mit mangelnder psychischer Gesundheit betroffen. Die Zahl psychisch bedingter Krankschreibungen und Frühberentungen, nimmt zu, und Menschen mit psychischen Erkrankungen weisen im Vergleich zu Menschen mit anderen Erkrankungen eine erhöhte Anzahl an Einschränkungstagen am Arbeitsplatz auf (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2017). Zum anderen wird die Aufrechterhaltung psychischer Gesundheit zur individuellen Herausforderung. Deutschland als eine moderne Industrie-, Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft, fordert von der Bevölkerung zunehmend mentale Leistungen und eine hohe Anpassungsfähigkeit aufgrund des schnellen gesellschaftlichen Wandels, der sich durch immer wieder ändernde Arbeits- und Sozialbeziehungen äußert (vgl. ebd.). Darauf zu reagieren ist wiederum auch eine gesamtgesellschaftliche und politische Herausforderung. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit gehen mit individuellen und gesellschaftlichen Folgen einher und sind sich gegenseitig beeinflussende Belange (Robert Koch-Institut 2017). „Psychische Störungen sind somit heute nicht nur individuelles Schicksal, sondern rücken zunehmend als gesamtgesellschaftliches Thema in den Mittelpunkt“ (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2017).

Die Aufrechterhaltung und Förderung von psychischer Gesundheit kann als „gesellschaftliche Querschnittsaufgabe“ (Jost 2013, S. 19) gesehen werden, an der die Soziale Arbeit aktiv beteiligt ist. Maßnahmen, die auf eine Verbesserung der Chancengerechtigkeit aller Menschen ausgerichtet sind, sollen gesamtgesellschaftlich zu mehr Gesundheit führen. Sie zielen unter anderem auf die Schaffung unterstützender Umwelten zur Gesundheit, zur Entwicklung gesundheitlicher Kompetenzen in der Bevölkerung, sowie auf die Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen ab (vgl. ebd., S. 19f.).

Im Arbeitsfeld Psychiatrie hat die Soziale Arbeit ein breites Methodenspektrum, sowie Handlungskompetenzen entwickelt, auf die sie innerhalb verschiedenster Handlungsfelder zurückgreift. Beratung, Krisenintervention, Tagesgestaltung, Case-Management, unterschiedliche unterstützende Hilfen zum (selbstständigen) Wohnen, sowie Gruppen(angebote) für Betroffene und Angehörige wie zum Beispiel Psychosegruppen oder psychoedukative Gruppen, können als konkrete Maßnahmen benannt werden. Dabei wird die

Lebenswelt der Betroffenen immer in den Mittelpunkt gestellt (vgl. Clausen; Eichenbrenner 2016, S. 11). Gerade im Arbeitsfeld der Psychiatrie, in der es viel um die Krankheit(sgeschichte) geht, bildet die Soziale Arbeit mit ihrer ressourcenorientierten und gesundheitsfördernden Haltung eine wichtige ergänzende und ausgleichende Sichtweise zur Pathogenese (Köppel 2003).

3.4 Wer ist in der Psychiatrie?

Der Inhalt des folgenden Kapitels liefert Informationen über psychische Krankheiten, aufgrund dessen Menschen in der Psychiatrie Hilfe suchen. Dabei werden zunächst kurz verschiedene psychischen Störungen erwähnt. Danach folgen ausführlichere Informationen über chronisch psychisch kranke Menschen, sowie dessen Schilderung der Lebenslage.

3.4.1 Krankheiten in der Psychiatrie

In der Psychiatrie werden Menschen mit verschiedenen psychischen Krankheiten behandelt. Seit Mitte des 19. Jahrhunderts gibt es Klassifikationssysteme, die Krankheiten versuchen zu kategorisieren. Heute wird vor allem auf das ICD-10 (International Classification of Diseases) und das DSM-4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) zurückgegriffen. Aber auch das ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), das zusätzlich Umgebungs- und Kontextfaktoren zu integrieren versucht, gewinnt an Bedeutung im psychiatrischen Zusammenhang (vgl. Clausen; Eichenbrenner 2016, S. 181).

Zu den häufigsten psychischen Störungen in Europa gehören Angststörungen, Depressionen, Schlafstörungen und Alkoholabhängigkeit (vgl. Jacobi; Rehm; Wittchen et al. 2011, S. 655-679). Des Weiteren befinden sich Menschen mit Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen (z.B. Borderline-Syndrom) schizophrene und wahnhaftige Störungen, oder Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen in psychiatrischer Behandlung (vgl. ebd. S. 187ff.). In Deutschland gilt heute fast jeder Zehnte als von einer Depression betroffen (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2017). Vertiefende Literatur zu den einzelnen Krankheitsbildern befindet sich in den oben beschriebenen Klassifikationssystemen.

Neben den einzelnen Krankheitsbildern gibt es Menschen, die aufgrund unterschiedlicher Betroffenheiten und Befindlichkeiten in besonderen psychiatrischen Einrichtungen behandelt werden. So gibt es beispielsweise Kinder- und Jugendpsychiatrien, Gerontopsychiatrien oder die Forensik.

3.4.2 Chronisch psychisch kranke Menschen

Es gibt in der sozial- und gemeindepsychiatrischen Versorgung Menschen, die aufgrund ihrer speziellen Lebenslage eine besondere Zielgruppe der Sozialen Arbeit darstellen. Hierzu zählen insbesondere Abhängigkeitskranke, wohnungslose psychisch kranke Menschen, psychisch kranke Straftäter, Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten, psychisch kranke Eltern und ihre Kinder, psychisch erkrankte Migranten, psychisch kranke alte Menschen, sowie chronisch psychisch kranke Menschen, die im Fokus dieser Arbeit stehen (vgl. Clausen, Eichenbrenner 2016, S. 77f.). Diesbezüglich sollen Informationen zur Häufigkeit, Ursachen, Verlauf und Lebenslage gegeben werden. Es sei darauf hingewiesen, dass die hier erläuterten Informationen Tendenzen beschreiben, die auf die Zielgruppe im Allgemeinen zutreffen. Sie dienen einer Orientierung und keiner Stigmatisierung der Zielgruppe und schließen Individualitäten nicht aus!

Es wird angenommen, dass trotz der sich im Laufe der Zeit verbessernden Bedingungen in der Psychiatrie bei circa 20% der psychisch kranken Menschen die Erkrankung einen chronischen Verlauf nimmt. Bei Psychosekrankheiten sind es sogar 30% (vgl. Obert 2001, S. 35; Eichenbrenner; Clausen 2016, S. 77). Die Schizophrenie ist die psychische Erkrankung, die am häufigsten chronisch verläuft (vgl. Clausen; Eichenbrenner 2016, S. 77ff.; zur vertiefenden Literatur zur Schizophrenie siehe Schmolke 2001). Krankheitsperioden, sogenannte Krisen, wechseln sich mit krisenfreien Zeiten ab. Die krisenfreien Zeiten sind jedoch oft nicht symptomfrei. Meistens bleiben Negativsymptome wie Antriebsarmut, Verflachung der Gefühle und sozialer Rückzug bestehen (vgl. ebd. 2016, S. 78).

Es gibt keine einheitliche Definition für „chronisch psychisch krank“, da je nachdem, welche psychische Erkrankung vorliegt, andere Symptome auftauchen (vgl. Obert 2001, S. 35). Der Begriff „chronisch“ liefert also keine Information über die Art der Erkrankung, sondern deutet eher auf einen langwierigen Krankheitsverlauf mit vielen Klinikaufenthalten und einer facettenreichen Behandlungsgeschichte hin. Unabhängig von der chronischen psychischen Erkrankung, kann eher auf gravierende Probleme in den wichtigsten Lebensbereichen geschlossen werden. Somit ist die Chronifizierung einer psychischen Erkrankung ein Indiz für den prekären sozialen Status (vgl. Dörr 2005, S. 68). Die Chronizität sollte immer mit der Wechselwirkung der sozialen Umwelt gesehen werden. Da diese niemals gleich bleibt, sondern Veränderungen unterliegt, verändert sich auch eine chronifizierte psychische Erkrankung in ihrer Ausprägung und Intensität. Sie bleibt niemals gleichförmig und ist höchst individuell (vgl. Obert 2001, S. 35).

Heutzutage wird dem sozialen Entwicklungsstand und der Lebenslage vor Ausbruch der Krankheit, sowie der sozialen Situation während der Krankheit eine große Bedeutung für den Krankheitsverlauf beigemessen (vgl. Eichenbrenner; Clausen 2016, S. 78). Aber auch andere Gründe wie beispielsweise die genetische Disposition können entscheidend sein. Der Prozess der Chronifizierung einer psychischen Erkrankung ist immer multifaktoriell bedingt und es herrscht im Einzelfall meistens keine hundert prozentige Klarheit darüber, welche Faktoren konkret zur Chronifizierung geführt haben (vgl. Köppel 2003, S. 25).

Im Zuge der Frage, was zur Chronifizierung führt, wurde das System Psychiatrie auf Verdacht Chronifizierungen zu fördern, ebenfalls kritisch hinterfragt und reflektiert. Die Psychiatrie mache Menschen nicht krank, aber auch nicht gesund ist der heutige Stand dieses Diskurses (vgl. Clausen; Eichenbrenner 2016, S. 78). Es wird unter anderem angenommen, dass neben der genetischen Disposition, Reize und Anforderungen der Gesellschaft Betroffene maßlos überfordern und diese deshalb Vieles tun, um diesen zu entkommen. Nun gibt es zwei Auffassungen darüber, ob die Psychiatrie ihnen diesen Schutzraum bieten, oder lieber eine herausfordernde, provozierende und verstörende Haltung haben soll. Befürworter der ersten Haltung sehen in dem sozialen Rückzug und in den Wahnsystemen eine selbst erschaffene schützende Funktion, die keinesfalls zerstört werden darf. Dabei dient die Weigerung, sich während einer Krise selbst als psychisch krank zu akzeptieren, der Aufrechterhaltung der eigenen Würde (vgl. ebd., S. 79). Viele Vertreter systemischer Ansätze hingegen befürworten eher die zweite Haltung. Betroffene, die die Etikettierung psychisch krank annehmen und durch ihr Verhalten aufrechterhalten, um den Schutzraum der Psychiatrie in Anspruch nehmen zu können, nehme man die Motivation, selber Verantwortung für ihr Leben zu übernehmen, indem sie permanent geschont werden. Das würde die Chronifizierung der Krankheit fördern. Allerdings sollte mit Druck und Provokation in Maßen gearbeitet werden, da sonst erhöhte Suizidgefahr bestehe (vgl. ebd.). Systemiker Jochen Schweitzer schlägt einen Mittelweg vor:

Wer seine Klienten und sich selbst gerne entchronifizieren will, muss [...] auf seinem Klavier Variationen über zwei Themen in engem Wechsel spielen: Stillstand und Bewegung, Verändern und Bewahren, Schieben und Bremsen, Verführen und Warnen. Eine einseitige Haltung des „Ärmel Aufkrepeln und Zupacken“, ein naiver Rehabilitationsoptimismus also würde Druck und Widerstand erzeugen. Eine einseitige „Schonen Sie sich!“-Haltung wäre nichts Neues in der Chronifizierungsgeschichte (ebd., zitiert nach Schweitzer 1995, S. 42).

Die jahrelange Manifestierung einer psychischen Krankheit verändert die Lebenslage der Betroffenen radikal. Viele Betroffene sind nicht in der Lage ihrer bisherigen Arbeit

nachzugehen und befinden sich deshalb in finanzieller Not. Kontakte zu Partner, Freunde und Familie werden häufig brüchig, sodass es zu fehlenden sozialen Ressourcen kommt. Defizitäre personale, soziale, gesundheitliche und materielle Ressourcen, sowie der Verlust von Selbstwirksamkeitsgefühlen und Sinngebung, erschweren es Betroffenen den Anforderungen der Gesellschaft nach zu kommen (vgl. Grabert 2007, S. 37). Das führt dazu, dass sich Kontakte und Tätigkeiten häufig innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems beschränken. „Aus der Gemeindepsychiatrie ist für sie die Psychiatrie-Gemeinde geworden“ (Clausen; Eichenbrenner 2016, S. 78). Über längere Zeit hinweg gehen chronische Krankheitsverläufe oft mit einer Verrandständigkeit einher (vgl. Grabert 2007, S. 36).

Die Symptome und Einschränkungen erschweren es Betroffenen also den Anforderungen der Gesellschaft nach zu kommen. Durch die Verwobenheit krankheitsbedingter Einschränkungen und Anforderungen der Gesellschaft, beeinflussen die Folgen der chronifizierten Krankheit große Teile der gesamten Lebenslage negativ. Deshalb geht es bei chronischen Krankheitsverläufen nicht (nur) um Krankheitsbewältigung, sondern (auch) um Lebensbewältigung, da sich die Krankheit in den Lebensmittelpunkt gestellt hat. So sind Betroffene nicht nur vor die Herausforderung gestellt, ihre Krankheit, sondern auch gleich das von der Krankheit betroffene Leben zu bewältigen (vgl. Grabert 2007, S. 36f.).

3.5 Aufgaben und Ziele der Sozialen Arbeit bezüglich chronisch psychisch kranker Menschen

Bei chronisch psychisch kranken Menschen ist nicht die vollständige Genesung von Krankheit als Ziel definiert. Vielmehr liegt die Zielsetzung darin, die Symptome zu mildern und die gesunden Anteile und Selbstheilungskräfte eines Menschen zu aktivieren und zu fördern (vgl. Grabert 2007, S. 38). Zusätzlich sollen jene Zeiten mit weniger Beschwerden verlängert werden (vgl. Köppel 2003, S. 63). Dadurch soll erlernt werden, trotz Krankheit ein glückliches und menschenwürdiges Leben zu führen. Mittels fachlicher Unterstützung und ressourcenorientierter Beratung wird in Kooperation mit den Klienten an einem Lebensentwurf gearbeitet, der versucht, dem Lebensplan so nah wie möglich zu kommen, wenn die Krankheit nicht ausgebrochen wäre (vgl. Grabert 2007, S. 38ff.). Dabei sollen Betroffene lernen, so autonom wie möglich zu handeln. Deshalb werden sie in die Verantwortungsübernahme eingeschlossen, um Schuldzuweisung bei anderen zu reduzieren (vgl. ebd., S. 17).

Die Soziale Arbeit leistet in der Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen den Hauptanteil an persönlicher Betreuungsarbeit (vgl. ebd. S. 40). Dabei arbeitet sie stets lebenswelt- und alltagsorientiert. Ihre Aufgabe ist es, positiv „auf Handlungs-, Bedeutungs-

und Verständigungsmuster des Einzelnen und des Umfeldes“ einzuwirken und den „bestmöglichen Gebrauch verbliebener Fähigkeiten unter Einbeziehung vorhandener Ressourcen der Person des Umfeldes“ zu unterstützen (ebd., S. 42).

Sozialarbeiterische Hilfen zielen auf Verbleib und Teilhabe im Gemeinwesen, auf Absicherung existenzieller Grundlagen (Wohnen, Arbeit, Finanzen), auf Unterstützung bei Aufbau und Erhalt eines sozialen Umfeldes und auf einen verbesserten Umgang mit der psychischen Erkrankung durch adäquate Bewältigungsmuster ab. Die multifaktorielle Bedingtheit chronisch verlaufender psychischer Erkrankungen soll durch die Ressourcenaktivierung all dieser Bereiche die Lebensqualität Betroffener langfristig erhöht werden (vgl. ebd.; vgl. Köppel 2003, S. 25).

3.6 Das Modell der Salutogenese

Die Salutogenese ist ein wichtiger sozialarbeiterischer Leitgedanke im Umgang mit Menschen aus der Psychiatrie. Wie aus den Erklärungen über die Zielgruppe hervorgegangen ist, hat sich die Krankheit bei chronisch psychisch kranken Menschen so stark in das Leben manifestiert, sodass es längst nicht mehr um Krankheitsbewältigung, sondern um Lebensbewältigung geht. Im Gegensatz zu dem biomedizinischen und dem biopsychosozialen Krankheitsmodell, die im Kapitel 3.1 dargestellt wurden und pathogenetisch, also krankheitsorientiert, ausgerichtet sind, ergänzt die Salutogenese diese Modelle durch ihren Fokus auf Ressourcen, gesundheitserhaltende Faktoren und gesunde Anteile des Menschen (vgl. Clausen; Eichenbrenner 2016, S. 44f.).

Im Allgemeinen ist das deutsche Gesundheitssystem eher defizitorientiert ausgerichtet und deshalb wird davon ausgegangen, dass Heilungspotenziale verschenkt werden, weil der gesellschaftliche Wandel vermehrt nicht nur Krankheitsbekämpfung, sondern auch Gesundheitsförderung erfordert, da die Menschen zunehmend auch vor gesellschaftliche, soziale und psychologische Anforderungen gestellt werden (vgl. Grabert 2007, S. 15; vgl. Köppel 2003, S. 25). Die Soziale Arbeit als Profession, die sich in der psychiatrischen Versorgungslandschaft der Ressourcenaktivierung in persönlichen, sozialen, familiären, finanziellen und gesellschaftlichen Bezügen annimmt, ist demnach im ganzheitlichen Sinne an der Gesundheitsförderung ihrer Klienten beteiligt. Sie hat das Modell der Salutogenese als ressourcenorientiertes Konzept und als theoretische Grundlage für die Entwicklung von Praxiskonzepten in ihre Handlungskompetenzen integriert (vgl. Grabert 2007, S. 85).

Den Begriff *Salutogenese* (*Salus*, lat.: *Unverletztheit, Heil, Glück*; *Genese*, griech.: *Entstehung*) prägte der israelisch-amerikanische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky. Er

beschäftige sich im Gegensatz zur krankheitsorientierten Frage *Was macht den Menschen krank?* mit der Frage *Was erhält den Menschen gesund?* (vgl. BzGA 2001, S. 24). Dabei geht er davon aus, dass ein Mensch jedoch nie nur krank oder nur gesund, sondern eher „mehr krank“ oder „mehr gesund“ sein kann. Er trägt immer beide Anteile in sich. Antonovsky ist der Ansicht, dass sich ein Mensch auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum mit einem Krankheits- und einem Gesundheitspol befindet. Je nach Zustand wandert er zwischen den Polen hin und her (vgl. ebd., S. 32). Dabei ist der Mensch mit Spannungszuständen und Stressoren konfrontiert und befindet sich im ständigen Ungleichgewicht (*Heterostase*), das er versucht auszubalancieren. In diesem Zusammenhang führt Antonovsky die Metapher eines reißenden Flusses als Strom des Lebens an. Die Stromschnellen, Strömungen, Gabelungen und Verschmutzungen des Flusses stellen die Spannungszustände und Stressoren dar. Jeder Mensch verfügt jedoch über generalisierte Widerstandsressourcen, die ihm dazu verhelfen, ein guter Schwimmer zu werden und die Hindernisse erfolgreich zu überwinden (Antonovsky; Übersetzung durch Franke 1997, S. 92).

Hier grenzt sich Antonovsky von der Annahme der pathogenetischen Modellen ab, die davon ausgehen, der Mensch befände sich, grundsätzlich eher im Gleichgewicht (*Homöostase*), also am Ufer des Flusses und gerate erst in ein Ungleichgewicht - also in den Fluss -, wenn er krank wird. Er kritisiert die pathogenetische Sichtweise, die lediglich versucht, den Menschen aus dem Fluss zu ziehen, ohne sich zu fragen, wie er hinein gekommen ist, und warum er nicht gut schwimmen kann (vgl. BzGA 2001, S. 24f., 35).

Die generalisierten Widerstandsressourcen stehen im engen Zusammenhang mit dem Kernstück der Salutogenese, dem *Kohärenzgefühl* (*Englisch: Sense of coherence*). Denn wie gut die generalisierten Widerstandsressourcen mobilisiert werden können, hängt von dem Ausmaß des Kohärenzgefühls ab. Bei dem Kohärenzgefühl handelt es sich um eine Grundhaltung eines Menschen gegenüber der Welt und des eigenen Lebens. Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, sich auf dem Kontinuum in Richtung des Gesundheitspols zu bewegen (vgl. ebd., S. 28). Nach den Überlegungen von Antonovsky setzt sich das Kohärenzgefühl aus drei Komponenten zusammen:

Erstens: das *Gefühl von Verstehbarkeit* (*sense of comprehensibility*). Es beschreibt die Erwartung beziehungsweise die Fähigkeit, Reize als strukturierte und zusammenhängende und nicht als willkürliche, chaotische oder unerklärliche Informationen zu verarbeiten. Antonovsky meint mit Verstehbarkeit ein kognitives Verarbeitungsmuster (vgl. ebd., S. 29).
Zweitens: das *Gefühl von Handhabbarkeit* (*sense of manageability*). Darunter wird die Überzeugung eines Menschen verstanden, dass Schwierigkeiten mit Hilfe der eigenen

Ressourcen, sowie mit einer unerschütterlichen Zuversicht in die Welt gemeistert werden können. Bei der Handhabbarkeit handelt es sich um ein kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster (vgl. ebd.). Und die dritte Komponente ist das *Gefühl von Sinnhaftigkeit* (*sense of meaningfulness*). Sie beschreibt das Ausmaß, in dem das Leben als emotional sinnvoll erlebt wird und inwieweit Hindernisse nicht als Lasten, sondern eher als Herausforderung gesehen werden, die Engagement und Anstrengung wert sind (Antonovsky; Übersetzung durch Franke, 1997, S. 36). Antonovsky spricht der Sinnhaftigkeit die größte Relevanz für das Kohärenzgefühl zu (vgl. Grabert 2007, S. 82).

Unter Berücksichtigung dieser drei Komponenten kann das Kohärenzgefühl also definiert werden als

Eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß erstens die Anforderungen aus der inneren und äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind [*Verstehbarkeit*] und daß zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden [*Handhabbarkeit*]. Und drittens, daß diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen [*Sinnhaftigkeit*]. (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, Broda 1993, S. 12).

Antonovsky hat einen Fragebogen mit 29 Fragen entworfen, durch den mittels eines Punktesystems die Stärke des Kohärenzgefühls ermittelt werden kann (siehe Anhang 3).

Wenn ein Mensch ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl hat, dann kann er flexibler auf Anforderungen reagieren und ist in der Lage für die jeweilige Situation die angemessenen Ressourcen zu aktivieren. Menschen mit einem gering ausgeprägten Kohärenzgefühl fällt das schwieriger und sie reagieren auf Anforderungen eher starr und rigide, weil weniger Ressourcen zur Bewältigung vorhanden sind oder wahrgenommen werden (vgl. BzGA 2001, S. 30).

Vor allem bei chronisch psychisch kranken Menschen, die ständig mit hohen Belastungen und Sorgen in ihren Lebenslagen konfrontiert sind, ist es sinnvoll das Kohärenzgefühl zu steigern, um Gesundheitsressourcen im Alltag zu entdecken, zu aktivieren und zu mobilisieren (vgl. Grabert 2007, S. 19, 44). Empirische Forschungen haben sogar gezeigt, dass das Kohärenzgefühl im engen Zusammenhang mit psychischer Gesundheit, Ängsten und Depressivität, sowie mit dem Ausmaß des wahrgenommenen Stresses steht (BzGA 2001, S. 44f.). Anders als Antonovsky angenommen hatte, ist eine Veränderung des Kohärenzgefühls auch noch im Alter möglich (vgl. ebd., S. 51).

Die Salutogenese bildet also bei chronisch psychisch kranken Menschen, dessen Krankheit sich in den Lebensmittelpunkt gestellt hat, und deshalb mit vielen Defiziten verbunden ist, mit ihrer gesundheitserhaltenden Fragestellung eine bedeutsame ergänzende Sichtweise zur Pathogenese. Aus dem Modell der Salutogenese abgeleitete Praxiskonzepte können zur Verbesserung des Krankheitsverlaufs und der Lebensbewältigung beitragen (vgl. Grabert 2007). Deshalb hat die Soziale Arbeit im psychiatrischen Kontext die Salutogenese als Leitgedanken in Theorie und Praxis integriert. Sie unterstützt ihre Klienten dabei, mit Schwierigkeiten entlastend und erfolgreich umzugehen und damit ein besserer Schwimmer im reißenden Fluss des Lebens zu werden (vgl. Köppel 2003, S. 17).

4. Wirkfaktoren des Lachens und des Lachyogas

In den letzten beiden Kapiteln wurde ein grundlegendes Verständnis über das Lachyoga generiert und die Ziele der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie und bezüglich chronisch psychisch kranker Menschen beleuchtet. Damit ist die Darstellung zweier inhaltlich elementarer Aspekte aus der Fragestellung erfolgt.

Nun soll auf den nächsten Baustein aus der Fragestellung eingegangen werden: die Wirkfaktoren und der Nutzen des Lachyogas. In diesem Schritt werden als erstes die Effekte und der Profit während des Lachens diskutiert. Danach liegt der Schwerpunkt auf dem Lachyoga. Diesem Teil wird eine größere Beachtung geschenkt. Die Wirkfaktoren und der Nutzen des Lachyogas werden untersucht und direkt mit den Zielen der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie und bezüglich chronisch psychisch kranker Menschen verglichen.

Erst im darauf folgenden Kapitel erfolgen die Relativierung der Ergebnisse, sowie eine Zusammenfassung.

4.1 Physiologische Effekte des Lachens – Ergebnisse aus der Gelotologie

„Lachen ist gesund“ sagt der Volksmund. Warum das so ist und was genau das Lachen im Körper auslöst, damit beschäftigt sich seit Jahrzehnten die Lachforschung, die sogenannte *Gelotologie* (abgeleitet von griech.: *gelos* = Lachen) (Titze; Eschenröder 2011).

Beim Lachen folgen heftige kleine Atembewegungen aufeinander und viele (Gesichts)Muskeln werden aktiviert. Parallel dazu werden Lachlaute ausgestoßen. Die Lachlaute entstehen durch das ruckartige Herauspressen der Atemluft unter Einbezug des Kehlkopfbereiches. Dadurch werden die Stimmbänder aktiviert (vgl. ebd. S. 17ff.).

Die Zwerchfellmuskulatur spielt beim Lachen eine ganz besonders große Rolle. Erstens wird sie beim Lachen stark beansprucht und ermöglicht dadurch die vielen hochfrequentierten

Atembewegungen (vgl. ebd.). Zweitens werden durch die Bewegung des Zwerchfelles innere Organe massiert (z. B. Leber, Bauchspeicheldrüse). Das wirkt sich positiv auf die Verdauung, den Stoffwechsel und das Lymphsystem aus (vgl. Dr. Kataria School of Laughter Yoga 2007, S. 11; vgl. Titze; Eschenröder 2011, S. 19). Und drittens beruhigt die starke Zwerchfellbewegung durch die Anregung des parasympathischen Systems das Nervensystem (vgl. Dr. Kataria School of Laughter Yoga 2007, S. 6).

Die optimierte Atmung beim Lachen ist nicht nur der Tiefenentspannung förderlich (vgl. Dr. Kataria School of Laughter Yoga 2007, S. 11), sie trägt ebenfalls zu einer günstigen Sauerstoffversorgung auf zellulärer Ebene bei. Dadurch wird der Zellmetabolismus verbessert und Dr. Otto Warburg, zweifacher Nobelpreisträger der Medizin, behauptet:

Techniken für eine vertiefte Atmung erhöhen den Sauerstoffgehalt in den Zellen und sind der wichtigste Faktor für ein krankheitsfreies und energiegeladenes Leben. Wenn die Zellen genug Sauerstoff bekommen, kann und wird Krebs nicht entstehen. (Kataria 2012, S. 39).

Doch nicht nur die verbesserte Atmung, sondern auch die Kontraktion der Lachmuskeln fördert die Sauerstoffversorgung. Der US-amerikanische Psychologe Robert Zajonc stellte fest, dass es durch die Aktivierung des *musculus zygomaticus maior* und des *musculus orbicularis oculi* zu einer günstigen Beeinflussung von Blutgefäßen kommt, die das Gehirn mit Sauerstoff versorgen (vgl. Patsch; Titze 2014, S. 124). Das wiederum wirkt sich positiv auf die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit aus. Beim Lachen wird nicht nur das Gehirn besser durchblutet, sondern letztendlich der ganze Körper. Das macht sich unter anderem durch den optimierten Abtransport von Abfallstoffen aus den Organen und durch die beim Lachen typischerweise rosige Gesichtsfarbe, bemerkbar (vgl. Kataria School of Laughter Yoga 2007, S. 11).

Weitere Untersuchungen belegen, dass „nach einem ausgiebigen Lachen die körpereigene Hormonproduktion zum einen gesteigert wird und zum anderen die Zirkulation gewisser Immunsbstanzen für Stunden erhöht ist“ (Titze; Eschenröder 2011, S. 21). Lachen stärkt also die Immunabwehr und schüttet durch die körpereigene Hormonproduktion natürliche Schmerzstiller wie Endorphine aus.

Physiologisch gesehen, stehen sich die Körperfunktionen, die beim Lachen und bei Stress in Gang gesetzt werden, gegenüber. Bei Stress ist die Atmung flach - beim Lachen ist sie tief. Bei Stress sinkt die Aktivität physiologischer Systeme wie die des Blutkreislaufes, die des

Verdauungs,- Immuns- und des sexuellen Systems – beim Lachen erhöht sich die Aktivität dieser Systeme (vgl. Kataria School of Laughter Yoga 2007, S. 12).

Diese vielversprechenden Ergebnisse aus der Gelotologie haben dazu geführt, dass weitere Forschungen mit spezifischen Personengruppen mit besonderen Bedürfnissen und Befindlichkeiten durchgeführt worden sind. So gibt es Studien über die Effekte des Lachens mit Menschen, die unter Diabetes, Allergien oder Arthritis leiden, mit dem Ziel, unterstützende und alternative Hilfen zur konventionellen Behandlung zu finden. Allerdings gibt es keine Studie dazu, ob und wenn ja, wie sich das Lachen (nicht das Lachyoga!) auf den Verlauf einer psychischen Erkrankung, beziehungsweise auf Menschen mit einer psychischen Erkrankung auswirkt. Deshalb bleibt unklar, ob sich die generellen physiologischen, und damit verbundenen psychologischen Effekte des Lachens auf Menschen mit einer psychischen Erkrankung übertragen lassen. Trotzdem kann ich mich im Moment nur auf die vorhandenen Studien der Gelotologie berufen. Im Zweifelsfall bleiben die Effekte des Lachens so oder so eine höchst individuelle Angelegenheit.

Eine Übersicht weiterführender Literatur über Studien aus der Gelotologie befindet sich auf <http://www.lachverband.org/Wissenschaft.53763.html> [Zugriff: 06.04.2017; 11:01 Uhr]. Auf die Ergebnisse dieser Studien soll an dieser Stelle nicht genauer eingegangen werden, da es sich hauptsächlich über Studien über die Effekte des Lachens und nicht über Lachyoga handelt. Das Lachyoga profitiert natürlich von den positiven Effekten des Lachens, und deshalb zählen die Effekte des Lachens auch zu dem Nutzen des Lachyogas. Allerdings verdient das Lachyoga durch die einzigartige Konzeptionierung und die Durchführung in der Gruppe, eine besondere Beachtung, der im Kapitel 4.2 nachgegangen wird. Außerdem sind die wichtigsten physiologischen Auswirkungen des Lachens in diesem Kapitel benannt und eine Vertiefung in noch speziellere Studien allein über das Lachen wäre im Rahmen dieser Arbeit nicht zielführend.

Dieses Kapitel soll mit einer abschließenden Bemerkung beendet werden. Trotz der vielversprechenden und sich auf die Gesundheit bezogenen positiven Auswirkungen des Lachens, dürfen Lachen und auch das Lachyoga nicht als ultimative Lösung jeglicher Leiden verkauft, und niemals als alleiniges Mittel zur Behandlung von Krankheiten oder Krisen gesehen werden (Kataria 2012, S. 69ff.)! „Lachen ersetzt nicht die konventionelle medizinische Behandlung, aber es kann [...] eine komplementäre Behandlungsform darstellen“ (ebd., S. 150).

Im wissenschaftlichen Diskurs über die Effekte des Lachens wird auch die Meinung vertreten, dass die Studienlage eher dünn und die Wirkung des Lachens nicht ausreichend

wissenschaftlich belegt sei (Stiewe 2013, S. 9). So oder so gibt es im Zweifelsfall Menschen, denen Lachen und deshalb auch das Lachyoga nicht gut tun könnte. Das ist besonders dann der Fall, wenn der Körper die Vorgänge oder Effekte des Lachens nicht aushalten oder ihnen nicht standhalten kann (z.B. nach einer neulich vollzogenen Bauchoperation oder einem Leistenbruch, bei Epilepsie oder einem schlecht eingestellten Bluthochdruck) (vgl. Kataria 2012, S. 69ff.). Menschen, die unter *Lachsynkopen*³ leiden, sollten intensives Lachen ebenfalls besser meiden (Stiewe 2013, S. 11).

Da aus einer Studie jedoch hervor geht, dass Lachyoga bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung generell nicht kontraindiziert ist, (siehe Kapitel 4.2.2.1) sollen an dieser Stelle mögliche negative Effekte des Lachens nicht vertieft werden.

Unabhängig von Krankheiten und Verletzungen einerseits, oder Affinität zum Lachen andererseits, gibt es zu berücksichtigende verschiedene individuelle Gründe, warum Lachen wohltuend oder schädigend sein kann. Der deutsche Philosoph Lenz Prütting bestätigt diese Sichtweise mit der Aussage, dass Lachen immer individuell eine sinngebende Komponente habe und ist kein eigenständiger Akteur sei, sondern verbunden sei, mit dem, der lacht (vgl. Prütting 2013, S. 19). Das gilt nicht nur auf physiologischer und psychologischer Ebene. Zusätzlich kann Lachen je nach Kultur eine andere Bedeutung haben und muss nicht immer ein Ausdruck von Freude sein (Zijderveld 1976, S. 143; zitiert nach Blömker 2015, S. 18f.) Deshalb sind die Teilnehmer beim Lachyoga zusätzlich in die Eigenverantwortung zu ziehen und sollten im Zweifelsfall vorsorglich die Teilnahme am Lachyoga selber reflektieren und/oder mit einer professionellen Hilfskraft (Therapeut, (Sozial)Pädagoge, Arzt, usw.) absprechen (Dr. Kataria School of Laughter Yoga 2007).

4.2 Forschungen über Lachyoga

Dieses Kapitel widmet sich im Gegensatz zum vorangegangenen Text der Wirkung und den Forschungen des Lachyogas und nicht des Lachens. Dazu soll auf den bestehenden Forschungsstand eingegangen werden.

Den Wirkungen des Lachyogas wird ein hoher körperlicher, psychischer und sozialer Nutzen nachgesagt. Der körperliche Nutzen liegt neben den Effekten des Lachens in den Atemübungen und den leichten Bewegungsanforderungen beim Lachyoga begründet. Geht es um den psychologischen Nutzen, so werden oft Schlagworte wie emotionales Gleichgewicht, Selbstvertrauen, innere Achtsamkeit, Stressreduktion oder Potenzialentfaltung genannt (vgl.

³ eine kurze Bewusstlosigkeit nach starkem Lachen

Kataria 2012, S. 84ff.). In sozialen Zusammenhängen wird oft von einer erhöhten Offenheit und Kontaktfreudigkeit gegenüber (fremden) Menschen, mehr Toleranz, Vertrauen oder Hilfsbereitschaft, aber auch von einem Zugehörigkeitsgefühl in eine soziale Gemeinschaft, die Rückhalt und Sicherheit bietet, berichtet (vgl. ebd., S. 175ff.). In Bezug auf Menschen mit besonderen Bedürfnissen oder Betroffenheiten (z. B. Blinde, körperlich oder geistig beeinträchtigte Menschen, Häftlinge) fasst Kataria zusammen:

Lachyoga hilft, die Laune zu verbessern, körperliche und geistige Einschränkungen zu bewältigen und Entlastung von negativen Gefühlen zu erfahren. Die Gruppendynamik des Lachyogas führt zu mehr Offenheit und unterstützt die Menschen darin, andere an ihrem Kummer teilhaben zu lassen. Die Übungen und das tiefe Atmen entspannen Körper und Geist und helfen einem, die Realität zu akzeptieren. Lachclubs bieten eine geschützte Umgebung, in der die Menschen ihre inneren Gefühle ohne Angst und Schmerzen loslassen können. Die reinigende Wirkung des Lachens ist eine hervorragende Technik, um Emotionen freizusetzen und ins Gleichgewicht zu kommen (Kataria 2012, S. 216).

All diese äußerst positiven Auswirkungen beruhen auf Dr. Madan Katarias langjähriger und intensiver Erfahrung mit Lachyoga. Zusätzlich haben ihm tausende Menschen eigene Erfahrungsberichte zugetragen, die sich mit seinen Erkenntnissen decken. Auch ich kann diese Effekte selber bestätigen und weiß von Schilderungen anderer *Lachyogis*, dass sie diese Wirkungen ebenfalls erfahren haben. Auf dieser Grundlage kann angenommen werden, dass Lachyoga in vielen Bereichen des Seins eine positive Wirkung und einen großen Nutzen hat, von dem ich annehme, dass er auch für chronisch psychisch kranke Menschen von Bedeutung ist. Aber der Profit des Lachyogas ist nur über Erfahrungsberichte erst mal nicht wissenschaftlich belegt! Die Forschungen über Lachyoga nehmen zwar zu, aber sie sind übersichtlich. Der Forschungsschwerpunkt liegt vor allem auf den biologischen-psychologischen Effekten und klammert Effekte auf soziale Komponenten oft aus. Es fehlen neben Langzeitstudien mit größeren Stichproben auch standardisierte Messverfahren. Reliabilität und Validität sind nicht immer erfüllt und die Ergebnisse der vorhandenen Studien können nicht übertragen werden (vgl. Blömker 2015, S. 37).

Nichts desto trotz gibt es Forschungen über Lachyoga, denen in diesem Kapitel intensivere Beachtung geschenkt werden soll. Quantitative Studien haben verschiedene Effekte von Lachyoga für bestimmte Parameter mit ganz spezifischen Personengruppen untersucht. Eine Übersicht der wichtigsten quantitativen Studien der letzten sieben Jahre befindet auf den folgenden zwei Seiten. Es besteht keine Gewähr auf Vollständigkeit. Qualitative Studien sind in dieser Übersicht nicht enthalten. Es gibt nur wenige qualitative Forschungsarbeiten über

Lachyoga. Sie untersuchen im Vergleich zu vielen quantitativen Studien vermehrt soziale, und weniger biologisch-physiologische Effekte.

In diesem Kapitel soll auf vier Forschungsarbeiten eingegangen werden. Als erstes liegt der Fokus auf zwei qualitativen Forschungen, die den allgemeinen Nutzen und die Effekte des Lachyogas untersucht haben. Danach werden zwei quantitative Studien vorgestellt, die den spezifischen Nutzen des Lachyogas bei psychisch kranken Menschen untersucht haben. Sie sind in der Tabelle verzeichnet und farbig markiert.

Autor, Jahr, Land	Forschungsdesign	Sample/Stichprobe	Ergebnisse	Grenzen / Kritische Aspekte
Ko & Youn, 2011, Korea	randomisierte Kontrollstudie	Senioren > 65 J. LY* n= 48, Kontrollgruppe n=61	- Verbesserung depressiver Symptome - Verbesserung mentale Leistungsfähigkeit - Minimierung der Schlaflosigkeit	- sehr hohe Drop-Out-Rate - 79% weibliche Probandinnen - Nicht-Ausschluss von Komorbidität und Korrelation bei Depression
Shahidi et al., 2011, Iran	randomisierte Kontrollstudie	Frauen > 60 J., GDS* > 10 LY n= 23, Sport n= 23, Kontrollg. n=24	- Verbesserung Lebenszufriedenheit - Verbesserung Depressionswerte gegenüber Kontrollgruppe - im Vergleich zur Sportgruppe ähnliche Effekte	- 100% weibliche iranische Probandinnen
Shin et al., 2011, Korea	Quasi-Experiment, nicht-äquivalente Kontrollgruppe	Frauen mit Müdigkeit, Stress in der postpartalen Phase, LY n=33, Kontrollgr. n=34	- Müdigkeit der Frauen nahm ab - Kortisolwerte sanken	- Nicht-Randomisiert
Cho & Oh, 2011, Korea	Quasi-Experiment, nicht-äquivalente Kontrollgruppe	Brustkrebspatienten mit abgeschlossener Chemotherapie, LY n=16 Kontrollgr.: n=21	- Anstieg Lebensqualität - Resilienzförderung - keine Veränderung der Depressionswerte - keine Veränderung bzgl. Immunreaktion	- Nicht-Randomisiert
Dolgoff-Kaspar et al., 2012, USA	keine äquivalente Kontrollgruppe, Pilotstudie	Patienten die auf Organtransplantation warten, LY n= 6, gleiche Kontrollgr. n= 6	- Anstieg Freundlichkeit, Aktivität und Blutdruck	- Nicht-Randomisiert - keine Kontrollgruppe - kleines Sample (Pilotstudie)
Cokolic et al., 2013, Slowenien	randomisierte Kontrollstudie	Patienten mit Diabetes 11 (ohne Insulintherapie), LY n=110, Kontrollgr. n= 101	- Absinken von Blutglucose nach LY - Anstieg subjektives Wohlbefinden	
Yazdani et al., 2014, Iran	Quasi-Experiment, 3-Phasenstudie	Krankenpflegestudenten LY n= 19, Kontrollgr. n=19	- Werte sanken bei: physische Zeichen, Stress, Sorgen, Depressionen, Schlafprobleme, soziale Funktion	- Nicht-Randomisiert - 100% iranische männliche Probanden

Landmann, 2014, Deutschland	experimentelle Vergleichsstudie	Patienten einer Akut-Psychiatrie, LY n=50, Kontrollgr. n= 50	- Steigerung subjektives Wohlbefinden - LY im klinischen Setting ist nicht kontraindiziert - Auftreten eventueller Flashbacks bei Psychose	- 70 % weibliche Probandinnen
Farifteh et al., 2014, Iran	experimentelle Vergleichsstudie	Krebspatienten vor einer Behandlung durch Chemotherapie LY n= 23 Kontrollgr. n= 14	- Stresslevel in LY-Gruppe gesunken - Angstreduzierung	- ungleiches Sample - hohe Drop-Out-Rate
C. Schmid, A.-M. Schneider, T. Brinkschmidt, 2014, Deutschland	Prä-Post-Vergleichsstudie	chronische Schmerzpatienten n= 25	- Verbesserung bei Schmerz, mentaler Entspannung, Fähigkeit grundlos zu lachen, Lacherleben, Gemeinschaftsgefühl - keine langfristige Verbesserung in den Bereichen soziales Lachen, Fähigkeit zu lachen, Enthusiasmus beim Lachen, Lachhäufigkeit	- 76% Frauen, 24% Männer - keine Kontrollgruppe
Ghodsbin et 2015, Iran	randomisierte Kontrollstudie	Senioren > 60 J. LY n= 36, Kontrollgr. n= 36	- Verbesserung der allgemeinen Gesundheit - Anstieg Stimmung, soziale Beziehungen, eig. Haltung verändert - Minimierung Schlaflosigkeit u. Angst - keine Veränderung der Depressionswerte	- 70% weibliche Probandinnen - Studiendauer 6 Wochen - Nicht-Ausschluss von Komorbidität und Korrelation bei Depression
C. Schmid, A.-M. Schneider, T. Brinkschmidt, 2015, Deutschland	Prä-Post-Vergleichsstudie	chronische Schmerzpatienten n=28 (35-84 Jahre)	- signifkt. Verbesserung d. subjektiven Schmerzempfindens, der muskulären Entspannung und der mentalen Entspannung	- 79% Frauen; 21% Männer - keine Kontrollgruppe
C. Schmid, A.-M. Schneider, T. Brinkschmidt, 2015, Deutschland	experimentelle Vergleichsstudie	chronische Schmerzpatienten, LY n= 24, Kontrollgr. n= 16	- signifkt. Verbesserung d. Schmerzerlebens bei mittlerer Schmerzstärke auch 6 Monate nach der Behandlung - keine Verbesserung bei Schmerzerleben, Angst, Depressivität, schmerzbezogene Lebensqualität - keine Erhöhung der Effektivität des bereits bestehenden Schmerzbewältigungsprogramm durch LY	- kein Ausschluss anderer Variablen
Lewin et. al., 2017, Deutschland	Interventionsstudie, Messzeitpunkte: Prä, Post und Follow-up bei 10 LY-Anwendungen	n=18 Patientinnen nach Brustkrebs	- Positiver Trend in der globalen Lebensqualität + seel. Wohlbefinden - signifkt. positive Veränderungen für körperl. Wohlbefinden, Funktionsfähigkeit, Lebenszufriedenheit, Depressivität, Stresswahrnehmung - Keine Beeinflussung von Spiritualität und Fatigue	kleine Stichprobe → nicht übertragbar

Studiendesigns der letzten 7 Jahre über simuliertes Lachen und Lachyoga in Anlehnung an: Bennett, P.N. et al. 2014 aus Blömker 2015 (in eigener Ergänzung), *GDS: *Geriatric depression scale*, *LY: Lachyoga

4.2.1 Qualitative Forschungen – Allgemeiner Nutzen des Lachyogas

Die folgenden beiden Studien wurden mit Teilnehmern aus öffentlichen Lachclubs durchgeführt. Eine psychische oder anderweitige Erkrankung der Teilnehmer stand nicht im Vordergrund. Demnach wurden Ergebnisse über den allgemeinen Nutzen des Lachyogas bei „gesunden“ Menschen generiert. Es stellt sich die Frage nach der Übertragbarkeit dieser Studienergebnisse auf die Zielgruppe dieser Arbeit. Wird die Perspektive der Salutogenese herangezogen, so stellt sich die Frage nach der Übertragbarkeit jedoch nur bedingt. Die befragten Teilnehmer mögen vielleicht über mehr gesunde Anteile verfügen, aber auch sie sind Träger von kranken Anteilen im Körper und im Geist. Es mag Überschneidungen von jenen „gesunden“ und „kranken“ Anteilen der befragten Teilnehmer und der Zielgruppe geben. Wie in Kapitel 3.6 bereits erwähnt, teilt die Salutogenese Menschen nicht in gesund oder krank ein, da der Fokus nicht auf der Frage nach Gesundheit und Krankheit, sondern auf dem Kohärenzgefühl – also auf einer grundlegenden Lebenseinstellung - liegt. Die Teilnehmer haben individuell verschiedene Gründe und Ursachen, was sie zum Lachyoga bewegt hat und warum sie weiterhin kommen (vgl. Blömker 2015, S. 49ff.). Aber sie scheinen sich einig zu sein, dass Lachyoga ihnen gut tut und ihre gesunden Anteile und generellen Widerstandsressourcen fördert, die im direkten Zusammenhang mit dem Kohärenzgefühl stehen. Die hohe Bedeutsamkeit der Förderung des Kohärenzgefühls bei chronisch psychisch kranken Menschen wurde bereits in Kapitel 3.6 dargestellt. Ich möchte darauf hinaus, dass die befragten Teilnehmer im Vergleich zu chronisch psychisch kranken Menschen bezüglich des Nutzens und der Wirkfaktoren des Lachyogas nicht zwingend anders einzuordnen sind, nur weil sie eine bestimmte Krankheit nicht haben. Es muss nicht zwangsläufig eine polarisierende Gruppierung von „Kranken“ und „Nicht-Kranken“ vorgenommen werden. So sind es vor allem Menschen, die beim Lachyoga eine Möglichkeit gefunden haben, sich aktiv und verantwortungsvoll an ihrem eigenen Wohlergehen zu beteiligen. Unter diesem Gesichtspunkt, macht es durchaus Sinn, sich die allgemeinen Wirkfaktoren des Lachyogas auch für Menschen, die eine chronisch verlaufende psychische Erkrankung haben, anzuschauen. Auch die beiden quantitativen Forschungsarbeiten, dessen Darstellung in Kapitel 4.2.2 erfolgt, wurden mit psychisch kranken Menschen und nicht explizit mit chronisch psychisch erkrankten Menschen durchgeführt. Bis jetzt gibt es nach meinem Wissensstand noch keine Studie zu Lachyoga mit chronisch psychisch kranken Menschen. Deshalb berufe ich mich auf vorhandene Studien und diskutiere sie kritisch auf das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit. Als theoretische Grundlage dient Kapitel 3 mit den

Erläuterungen der Aufgaben und Zielen der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Zielgruppe und deren Lebenswelt, sowie den Erklärungen zum Modell der Salutogenese.

Nach der jeweiligen Darstellung einer Forschungsarbeit werden die Ergebnisse kritisch auf das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit diskutiert.

4.2.1.1 Forschungsarbeit 1

Die erste zu diskutierende qualitative Studie, mit der sehr offen gestellten Forschungsfrage, was beim Lachyoga bei den Teilnehmern passiert, wurde von Dezember 2014 bis Mai 2015 in Berlin von Lisa Lindzus durchgeführt. Im Erkenntnisinteresse der Forscherin standen Themen wie Stimmung, subjektive Erfahrungen und Verhalten, sowie schwer greifbare subtilere Gefühlszustände der Teilnehmer während und nach den Lachyogastunden (vgl. Lindzus 2016, S. 20, 23). Im Großen und Ganzen ging es ihr um den „führenden Körper“ (ebd., S. 20). Da die Forschungsarbeiten in einem Lachclub mit feststehender Anzahl an Teilnehmern über einen längeren Zeitraum hinweg nicht möglich waren, führte Lindzus ihre Forschungen in zwei Lachclubs mit verschiedenen Teilnehmern durch. Dabei variierte die Anzahl von drei bis 26 Personen. Die Altersspanne lag bei 17 bis 70 Jahre. Es gab Menschen mit und ohne körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen und hinsichtlich Geschlecht, Herkunft, Bildungsgrad und Beruf waren beide Gruppen sehr heterogen (vgl. ebd., S. 21). Es wurden drei verschiedene Methoden zur Datenerhebung verwendet:

- *teilnehmende Beobachtung* mit der Anfertigung von 24 Beobachtungsprotokollen und Reflexion der Lachyoga-Stunden hinsichtlich auf das eigene Erleben (vgl. ebd., S. 24)
- Durchführung von vier *ethnographisch-narrativen* und *semi-strukturierten Interviews*, sowie Aufzeichnung von informellen Gesprächen in Form von Feldnotizen (vgl. ebd., S. 25)
- Konzipierung eines *Emotionstagebuchs*. Es wurde an zehn Teilnehmer verteilt, mit dem Auftrag über einen Zeitraum von 90 Tagen, die „Befindlichkeit vor und nach dem Lachyoga, sowie täglich über seinen Alltag kurz [zu] reflektieren und [zu] notieren“ (ebd., S. 26).

Der Datenerhebung zufolge, konnte auf drei herausstechende Ergebnisse geschlussfolgert werden. Erstens bewirke Lachyoga eine affektive Distanzierung von Problemen (vgl. Lindzus 2016, S. 1). Damit gemeint sei ein sich positiv veränderndes Nähe-Distanz Verhältnis zu sich selbst. Dies äußere sich in der Weise, dass sich das Gefühl von Ergriffenheit bezüglich Problemen und Sorgen reduziert. Die Teilnehmer berichten, dass Lachyoga ihnen helfe, Dinge aus einer anderen Perspektive zu sehen, sodass sich die eigene Haltung verändere. Und das

führe dann zu einer affektiven Entlastung (vgl. ebd., S. 71f.), sowie zu einer zunehmenden Gelassenheit im Umgang mit Sorgen und Stress (vgl. ebd., S. 1). Zweitens bewirke das regelmäßige Praktizieren von Lachyoga, dass Gefühle und Bedürfnisse schneller wahrgenommen würden und eine stärkere Verbindung zu sich selbst aufgebaut werde (vgl. ebd., S. 71f.). Und der dritte Effekt des Lachyogas bestehe darin, dass Teilnehmer mehr und mehr anfangen, über sich selber zu reflektieren. Eine gewisse Vertrautheit in der Gruppe und eine innere Öffnung zu der Gruppe, die durch das gemeinsame Lachen entstehe, würden dazu beitragen, dass Teilnehmer untereinander auf verbaler, sowie nonverbaler Ebene, viele Rückmeldungen erhielten und verteilten. (vgl. ebd., S. 65).

Diese drei Wirkfaktoren sollen nun auf das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit bezogen werden. Die affektive Distanzierung von Problemen, die ich aufgrund von eigenen Erfahrungen in der Einleitung bereits erwähnt habe, ist aus vielerlei Gründen, ein gewinnbringender Effekt des Lachyogas für Menschen mit einer chronischen Erkrankung. Auf der Grundlage zu den Erläuterungen über die Lebenswelt der Zielgruppe in Kapitel 3.4.2 kann davon ausgegangen werden, dass ein Großteil der Betroffenen aufgrund der Krankheit mit einschränkenden Veränderungen der gesamten Lebenswelt, konfrontiert ist, sodass Betroffene fortlaufend und ständig mit negativen und identitätsbedrohenden Veränderungen zu tun haben. Deshalb kann es äußerst entlastend sein, einen Umgang mit all diesen Sorgen zu finden, der die eigene Ergriffenheit und das Gefühl des „Ausgeliefert-Seins“ reduziert. Die Fähigkeit, sich von äußeren Umständen geistig und leiblich zu distanzieren, kann zur Begrenzung der Gefühle der Ohnmacht, der Handlungsunfähigkeit und des Kontrollverlustes führen. Durch den Perspektivenwechsel, der mit der affektiven Distanzierung von Problemen einhergeht, verändern sich nach Lindzus die Haltung bezüglich persönlicher Probleme. Dies führt nicht nur zu mehr Gelassenheit, sondern auch zu der Fähigkeit, Ressourcen, Freiräume und Handlungsspielräume erneut wahrzunehmen. Es kann angenommen werden, dass das sozialarbeiterische Ziel adäquate Bewältigungsmuster und damit auch die Lebensqualität zu stärken, durch den Effekt der affektiven Distanzierung gefördert wird.

Als zweites Resultat der Studie war die Fähigkeit, Gefühle und Bedürfnisse schneller zu erkennen, und damit eine stärkere Verbindung zu sich selbst aufzubauen, benannt. Auch von dieser Wirkung des Lachyogas habe ich bereits in meiner Einleitung berichtet. Die tiefe Verbindung zum Inneren hatte ich mit „innerer Klarheit“ umschrieben. Um an dem Ziel zu arbeiten, dem Lebensplan so nah wie möglich zu kommen, wenn die Krankheit nicht ausgebrochen wäre, ist es hilfreich, wenn Klienten wissen, was sie wirklich wollen und in der Lage sind, in sich rein zu horchen, um den fundamentalen Interessen, Talenten, Wünschen

und Ideen auf den Grund zu kommen und dort anzusetzen. Aufgrund von eigener Praxiserfahrung weiß ich, dass es manchen Klienten mit einer chronisch psychischen Erkrankung schwerfällt, sich sowohl auf körperlicher als auch auf geistiger Ebene zu verbinden, da sie es erstens nie gelernt hätten und zweitens in der Regel unter ständigem Einfluss von Medikamenten stehen. Die eigene Verbindung zum Körper und zum Geist zu schulen, kann ein wichtiger Bestandteil sein, um Frühwarnsysteme für sich nutzen und Stressoren frühzeitig zu erkennen und darauf angemessen reagieren zu können.

Und der dritte Effekt der erhöhten Bereitschaft zur Selbstreflexion, sowie Rückmeldungen zu verteilen und anzunehmen, ist bezüglich sozialer Fähigkeiten nennenswert. Es kann gelernt werden, dass das eigene Verhalten bei anderen Menschen etwas bewirkt. Verantwortungsübernahme und Selbstwirksamkeitserwartung können so gesteigert werden. Zusätzlich wird die Fähigkeit, die eigenen Grenzen und Bedürfnisse, sowie die anderer Menschen, zu erkennen und zu respektieren, verbessert.

4.2.1.2 Forschungsarbeit 2

Die zweite qualitative Studie, die vorgestellt werden soll, wurde im Zuge einer Master-Arbeit im Studiengang „Soziale Arbeit in internationaler Perspektive“ von November 2014 bis Februar 2015 in Köln von Liisa-Joanna Blömker durchgeführt. Im Erkenntnisinteresse stand die Frage nach dem Nutzen des Lachyogas aus Sicht der Teilnehmer auf das physische/psychische Wohlbefinden (vgl. Blömker 2015, S. 42). Dazu wurden 15 *problemzentrierte Interviews* (Witzel 2000) mit Menschen, die alle regelmäßige Teilnehmer eines Lachclubs waren, geführt. Sie waren alle deutscher Herkunft und hatten nach eigenen Angaben weder eine psychische noch eine physische Erkrankung (vgl. ebd., S. 39). An den Interviews nahmen sechs Männer und acht Frauen im Alter zwischen 24 und 83 Jahren teil. Als methodisches Auswertungsverfahren wurde die *Qualitative Inhaltsanalyse* nach Philipp Mayring (2010) gewählt (vgl. ebd., S. 39ff.).

Nach dem Auswertungsprozess konnten sieben Hypothesen über den Nutzen des Lachyogas aufgestellt werden. Sie sollen im Folgenden benannt und jeweils im Anschluss direkt diskutiert werden.

1) Lach-Yoga wird in die Lebenswelt eingefügt und für individuelle Belange umstrukturiert.

Dies erfolgt durch die unbewusste Umstrukturierung einzelner Elemente und Übungen aus dem Lachyoga in den Alltag oder im Umgang mit belastenden Situationen. Langfristig führt das zu einer Einstellungs- und Verhaltensveränderung. Wie die Lachyoga-Übungen in die Lebenswelt eingebaut werden, hängt von persönlichen Bedürfnissen und individuellen

Belangen ab (vgl. ebd., S. 73). Dieser therapeutische Effekt des Lachyogas wurde bereits in *Kapitel 2.6 Warum und wie funktioniert Lachyoga - Eine neurologische Perspektive* erklärt.

Dieser psychologisch-neurologische Nutzen des Lachyogas deckt sich mit dem Ziel der Sozialen Arbeit, mit den Klienten an entlastenden Bewältigungsmustern zu arbeiten. Je nach Bedürfnissen der Klienten können die Übungen flexibel angepasst oder neu entwickelt werden. Dabei wird langfristig nicht nur eine neue adäquate Reaktion auf eine belastende Situation erlernt, sondern auch, dass Entscheidungsspielraum vorhanden ist. Dadurch kann vermehrt Verantwortung für das eigene Handeln und Befinden übernommen und Schuldzuweisung bei anderen verringert werden.

2) Lachyoga fordert und fördert soziale Fähigkeiten.

Soziale Kompetenzen werden durch regelmäßiges Praktizieren von Lachyoga gefördert. Hierzu gehören vor allem Empathie, Toleranz, Hilfsbereitschaft, gemeinschaftliches Denken und Handeln und Kommunikationsfähigkeit. Teilnehmerberichten zufolge, ver helfe das Lachyoga, auf sozialer Ebene mutiger zu werden, soziale Ängste abzubauen und mehr Offenheit gegenüber anderen zu entwickeln. In Bezug auf sich selber zählen mehr Selbstsicherheit und ein verbesserter Umgang mit Scham und inneren Widerständen zu den Ergebnissen. Außerdem steigt die Fähigkeit, eigene, aber auch die Bedürfnisse Anderer schneller zu erkennen, sie zu achten und dementsprechend zu handeln (vgl. ebd., S. 74).

Die verstärkte Offenheit und erhöhte Bereitschaft auf (fremde) Menschen zuzugehen, habe ich auch als selbst erlebte Erfahrung in der Einleitung notiert. Soziale Defizite und Ängste zu minimieren und soziale Fähigkeiten zu stärken und diese anzuwenden zu wissen, sind für den Aufbau und Erhalt eines wohltuenden und emotional stützenden sozialen Netzwerkes äußerst hilfreich und fallen in den Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit. Wenn bei chronisch psychisch kranken Menschen Verluste und Defizite in verschiedenen Lebensbereichen und viele erlebte Misserfolge zu Schamgefühlen und mangelnden Selbstvertrauen führen, dann kann der Nutzen von Lachyoga, mehr Selbstsicherheit und einen verbesserten Umgang mit Scham und inneren Widerständen zu gewinnen, zu einer enormen psychischen Entlastung führen. Die Bedürfnisse Anderer zu erkennen und zu achten, sind grundlegend für den Erhalt jeglicher sozialen Kontakte. Und wie bereits in der vorangegangenen Studie erwähnt, ist die Wahrnehmung und die Achtung der eigenen Bedürfnisse für das Erkennen der eigenen Frühwarnsysteme und damit der Psychoedukation ebenfalls hilfreich. In dieser Hinsicht hat dieser Nutzen des Lachyogas eine hohe Bedeutung für die Lebenslage und Betroffenheit der Zielgruppe, sowie für die damit verbundenen Ziele der Sozialen Arbeit.

3) Lachyoga lässt soziale Ressourcen und Netzwerke entstehen.

Durch die Lachyoga-Treffen werden viele soziale Kontakte und sogar neue Freundschaften gewonnen. Sie bieten sozialen Rückhalt, der über die Gruppentreffen hinausgeht. Generell nehmen die Teilnehmer ein Gefühl der Zugehörigkeit, des Vertrauens, des sozialen Zusammenhalts und der Sicherheit wahr. All das hat positiven Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden und die als angenehm erlebte Stimmung. Neben der hohen Anerkennung „wird oft der Aspekt genannt, es bestünde durch das Lach-Yoga ein verstärkter Wunsch des Sich Mitteilens und Teilens der Gefühle. [...] Es zeigt sich deutlich ein Wunsch nach Integration und Harmonie“ (ebd., S. 75).

Ähnliches habe ich bereits in der Einleitung erwähnt und dieser Nutzen des Lachyogas birgt für Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung enorm viel Potenzial, da sozialer Rückzug ein häufig vorkommendes Negativsymptom ist. In einer Einrichtung für Betroffene können durch Lachyoga-Stunden bestehende Beziehungen gestärkt werden und neue entstehen. Dadurch, dass Lachyoga im Gegensatz zu fast allen anderen Angeboten in der psychiatrischen Versorgungslandschaft auch außerhalb kostenlos und für alle Menschen zugänglich angeboten wird, muss sich die Festigung sozialer Ressourcen und Netzwerke nicht nur innerhalb der Einrichtung beschränken. Auch außerhalb der „Psychiatrie-Gemeinde“ kann von diesem Nutzen Gebrauch gemacht werden. Hier muss natürlich vorausgesetzt werden, dass sich Betroffene trauen, an einem sozialen Lachclub teilzunehmen. Allerdings könnte die Vertrautheit, Offenheit und die Toleranz, die unter dem Miteinander der Teilnehmenden herrschen, hilfreich sein. Hinzu kommt, dass die meisten Teilnehmer der öffentlichen Lachclubs ein Alter von 50 bis 60 Jahren haben (vgl. ebd., S. 85). Aus meiner Praxiserfahrung weiß ich, dass viele chronisch psychisch kranke Menschen, die sozialarbeiterische Hilfen in der psychiatrischen Versorgungslandschaft in Anspruch nehmen, in einem ähnlichen Alter sind. Zusätzlich konnte aus der Interviewstudie von Blömker die Tendenz festgestellt werden, dass der Großteil der Teilnehmer verschiedener Lachclubs persönliche Gründe wie Wunsch nach Veränderung, Krise, Erkrankung, negatives Gedankenkreisen oder besondere Belastungen nannte, die ausschlaggebend für die Entscheidung waren, einen Lachclub zu besuchen (vgl. ebd., S. 49ff.). Ich kann diese Tendenz aus Erfahrungen zahlreicher eigener Besuche in öffentlichen Lachclubs bestätigen. Es kann also davon ausgegangen werden, dass das ähnliche Alter, sowie die persönliche Vorbelastung der Teilnehmer öffentlicher Lachclubs zwei zusätzliche Aspekte sind, die für chronisch psychisch kranke Menschen hilfreich sein können, einen nicht allzu fremden und risikobehafteten Zugang und Einstieg in soziale Lachclubs zu finden. Sie bieten eine gute Möglichkeit sich ein Stück weit raus aus

der „Psychiatrie-Gemeinde“ in die Gemeinde zu bewegen und der gesellschaftlichen Verrandständigkeit zu entkommen.

Nach aktuellem Forschungsstand hängt das persönlich empfundene Glück und die Lebensqualität eng mit einem dichten Netzwerk aus emotionalen Verbindungen und guter Beziehungen zusammen (Kataria 2012, S. 269). Zusätzlich seien in ein gemeinschaftliches Netzwerk eingebundene Menschen fähiger mit Stress umzugehen und bemerkenswert widerstandsfähig gegenüber emotionalen und körperlichen Übeln (vgl. ebd., S. 177). Kataria sagt: „Gemeinsames Lachen fördert ein starkes Gefühl der Einigkeit, das zu familienähnlichen Banden führt und soziale Interaktion und Vernetzung fördert – essentielle Voraussetzungen, um glücklich zu sein.“ (ebd., S. 183). Da Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung häufig mit brüchig gewordenen familiären und sozialen Beziehungen zu tun haben, kann Lachyoga hier eine gute Plattform bieten, um das soziale Kapital⁴ und die damit zusammenhängende Lebensqualität, sowie eine entlastende Handhabbarkeit mit Problemen zu stärken.

4) Lachyoga hat einen Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden.

Das Lachen ist nur ein Grund für dieses Resultat. Viel wichtiger sind jedoch die diejenigen Elemente, die durch das Lachen ermöglicht werden.

[...] das Phänomen Lachen erlaubt besondere Gruppendynamiken und einen spezielleren Zugang zum Gegenüber. In einer Art nonverbaler kommunikativer Verbindung entstehen Interaktionen mit den anderen TeilnehmerInnen in der Gruppe. Genau diese Interaktion ist für die Befragten elementar und erzeugt ein Wohlgefühl (ebd., S. 76).

In der Einleitung habe ich bereits erwähnt, dass auch ich die Erfahrung gemacht habe, dass Lachyoga das subjektive Wohlbefinden steigert. Das Wohlbefinden wird oft mit Konstrukten wie der Lebenszufriedenheit gleichbedeutend verwendet und kann generell mit der „Bewertung des eigenen Lebens sowie das Verhältnis von angenehmen und unangenehmen physischen und psychischen Empfindungen zusammengefasst“ werden (Lischetzke/Eid 2005, S.413; zitiert nach Blömker 2015, S. 20). Bei Menschen, die über ein hohes subjektives Wohlbefinden verfügen, lässt sich auch eine stark ausgeprägte Zufriedenheit über das eigene Leben feststellen. Zusätzlich beeinflusst das subjektive Wohlbefinden die Gesundheit und das

⁴ Soziales Kapital: „Das Vertrauen in soziale Beziehungen und unterstützende Netzwerke, auf die man sich bei weiteren gemeinsamen Lösungen stützen kann“ (Jost 2013, S. 20)

Gesundheitsverhalten positiv (vgl. Lischetzke/Eid 2005, S. 420f.; aus Blömker 2015, S. 21). All das sind maßgebende Ziele der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Zusammenhang, sowie in Zusammenarbeit mit der Zielgruppe.

5) Lachyoga wirkt indirekt auf die Gesundheit.

Alle Befragten sind der Überzeugung etwas für ihre Gesundheit zu tun. Auf körperlicher Ebene ist Lachyoga eine physisch anregende Veranstaltung, die den Körper allerdings nicht negativ belastet, sondern aufgrund von Bewegungs- und Atemanforderung, Entspannung auslöse und Fitness und Vitalität produziere. Das Lachyoga ermöglicht den Teilnehmern jedoch nicht nur aufgrund von körperlicher Tätigkeit geistige Entspannung und Wohlbefinden zu erfahren, sondern auch auf psychosozialer Ebene durch die Integration in eine soziale Gemeinschaft. In Momenten der Belastung ist diese soziale Unterstützung extrem hilfreich, da sie Stress und psychische Last beim Individuum minimiert. Auch wenn auf wissenschaftlicher Basis gesundheitliche Effekte des Lachyogas nicht hundertprozentig belegt sind, gibt es in den Interviewaussagen eine Übereinstimmung darin, dass Lachyoga psychisch entlastet, für ein körperliches Wohlfühl sorgt und soziale Bedarfe erfüllt werden und somit indirekt die bio-psycho-soziale Gesundheit fördert (vgl. ebd., S.76f.).

Dieser Nutzen ist für die Soziale Arbeit als gesundheitsfördernde Profession von Belang. Aus eigener Praxiserfahrung ist mir bekannt, dass viele Betroffene durch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten mit starker Gewichtszunahme und einem mangelnden Körpergefühl zu kämpfen haben. Lachyoga als leichte Körperübung kann eine Möglichkeit bieten, etwas für den eigenen Körper und für ein verbessertes körperliches Wohlbefinden zu tun oder aber auch zu einer gelasseneren Haltung zu dem Übergewicht (oder Untergewicht) beitragen.

Für die Soziale Arbeit von viel größerer Relevanz ist jedoch nicht die körperliche, sondern die psychosoziale Gesundheit. Wie wichtig die Integration in eine soziale Gemeinschaft in Bezug auf Stressbewältigung und Lebensqualität ist, wurde bereits erwähnt und soll hier nicht noch einmal als sozialarbeiterisches Ziel angeführt werden. Viel bedeutsamer in Bezug auf die Zielgruppe ist, dass Lachyoga den Annahmen der Studie zufolge, die bio-psycho-soziale Gesundheit indirekt positiv beeinflusst. Denn für Betroffene, bei denen sich Symptome der Krankheit im Laufe der Zeit in vielen unterschiedlichen Lebenslagen manifestiert haben, stellt dieser multifaktorielle gesundheitliche Nutzen des Lachyogas großes Potenzial dar, die gesunden Anteile verschiedener Lebensbereiche - und damit im ganzheitlichen Sinne - zu fördern. Es geht bei chronisch psychisch kranken Menschen nicht um die vollständige Heilung der Krankheit (die ja aus salutogenetischer Sichtweise eh nicht möglich ist), sondern

um die Linderung von Symptomen und um die Verlängerung von beschwerdefreien Phasen. Hierzu ist es besonders wichtig, alle gesunden Anteile zu stärken, um ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die gesunden Anteile zu erreichen.

6) *Lachyoga steigert die Selbstwirksamkeitserwartung*⁵.

Der Datenerhebung zufolge, konnte festgestellt werden, dass der Glaube in die eigenen Fähigkeiten durch die regelmäßige Teilnahme am Lachyoga ansteigt. Zusätzlich wächst die Bereitschaft, sich Herausforderungen zu stellen und sie mit Motivation versuchen zu bewältigen. Auch die Fähigkeit zur Selbstreflexion nimmt zu und Erfahrungen werden auf einer kognitiven Ebene bewusst bearbeitet. Als Grund zur Steigerung der Selbstwirksamkeit werden die verbale und soziale Unterstützung genannt, die in Form von ausgesprochenen Komplimenten und positivem Zuspruch, aber auch durch den sozialen Zusammenhalt und Integration aller Teilnehmer geschehen. So entsteht nach innen als auch nach außen das Gefühl der Sicherheit (vgl. ebd., S. 77f.).

Wie bereits in Kapitel 3.4.2 erwähnt, verlieren chronisch psychisch kranke Menschen im Laufe ihrer Krankheit häufig das Gefühl von Selbstwirksamkeit. Da der Selbstwirksamkeitserwartung im Umgang mit alltäglichen Aufgaben, eine wichtige Funktion zu kommt und zugleich eine persönliche Ressource der Bewältigung darstellt, ist es im Interesse der Sozialen Arbeit die Selbstwirksamkeit zu fördern.

Das Konzept der Selbstwirksamkeit ist ähnlich wie das Modell der Salutogenese, welches bereits ausführlicher beleuchtet wurde, nur eines von mehreren Gesundheitskonzepten. So gibt es unter anderem noch das Konzept der „Hardiness“ (Kobasa 1982) im Sinne von Widerstandsfähigkeit, die Langzeitstudien zu „Resilienz“ (Stressresistenz) (Werner; Smith 1982) oder die Sinnfrage in der Logotherapie (Frankl 1975, 1987) (vgl. Schmolke 2001, S. 31).

7) *Lachyoga ist eine psychosoziale Gruppenmaßnahme.*

Das Lachyoga vereint Faktoren einer bewegungsorientierten und verhaltenstherapeutischen Maßnahme und ist zusätzlich in einen sozialen Rahmen eingebettet. Diese Kombination kommt der Bewältigung von Belastungssituationen im alltäglichen Leben zu Gute (vgl. Blömer 2015, S. 78). Trotz der Tatsache, dass es in öffentlichen Lachclubs keine professionelle therapeutische oder sozialarbeiterische Anleitung gibt,

⁵ „Mit Selbstwirksamkeitserwartung bezeichnet man [...] das Vertrauen in die eigene Kompetenz, auch schwierige Handlungen in Gang setzen und zu Ende führen zu können. Vor allem die Überwindung von Barrieren durch eigene Intervention kommt darin zum Ausdruck“ (Schwarzer/Jerusalem 2002, S. 39, zitiert nach Blömker 2015, S. 23). Zur vertiefenden Literatur zur Selbstwirksamkeit siehe Bandura 1995.

finden gruppensdynamische Prozesse statt, die für das einzelne Individuum Auswirkungen haben und neben Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit und anderen Aspekten, psychosoziale Prozesse anregen. Demnach liegt dem Lach-Yoga ein hohes Potential inne, es für professionelle Settings abzuwandeln und es beispielsweise als präventive Methode im Gesundheitsbereich zu nutzen (ebd., S. 78).

Neben den Wirkfaktoren, die der psychosozialen Gruppenmaßnahme zugrunde liegen, wie Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und des Wohlbefindens, die für die Ziele der Sozialen Arbeit relevant sind, wurde dem Lachyoga mit dieser Hypothese ein hohes Potenzial zugeschrieben, es für professionelle Settings abzuwandeln. Lachyoga kann demnach, wie in Kapitel 2.4 bereits erwähnt, auch in vielen sozialarbeiterischen Settings Anwendung finden. In Bezug auf diese Arbeit könnte Lachyoga in der ambulanten Psychiatrie in einem sozialpsychiatrischen Zentrum (SPZ) als tagesstrukturierende Maßnahme mit ressourcenorientierter Haltung und salutogenetischem Verständnis als auf Freiwilligkeit beruhendes Angebot verortet werden. Dabei können die niederschweligen Zugangsbarrieren des Lachyogas für Mitarbeiter, sowie für Klienten bei der Umsetzung hilfreich sein. Denn seitens der Mitarbeiter oder der Einrichtung fallen nur sehr geringe Kosten an. Die Ausbildung zum Lachyogaleiter beläuft sich auf ein Wochenende und die Kosten beschränken sich auf etwa 300 Euro (Global Laughter Yoga Conference 2017). Zusätzlich entstehen keine laufenden Kosten, da kein Material, sondern lediglich ein Gruppenraum zur Verfügung gestellt werden muss, der innerhalb einer bestehenden Einrichtung vorzugsweise vorhanden ist. Und seitens der Klienten ist Lachyoga ebenfalls niederschwellig. Beim Lachyoga darf bedingungslos gelacht werden – unabhängig von Situation, Intellekt, Sinn für Humor oder Ähnlichem. Humor und Witz spielen keine Rolle und dementsprechend gibt es auch keine Ausgrenzungsstrukturen, da das Lachen aus einer in der Gruppe durchgeführten Körperübungen heraus entsteht (vgl. Birklbauer 2008, S. 17f.), die nach Bedarf an die körperliche Verfassung der Teilnehmer angepasst werden können. So kann Lachyoga auch im Rollstuhl oder generell im Sitzen durchgeführt werden (vgl. Dr. Kataria School of Laughter Yoga 2007, S. 13). Beim Lachyoga wird davon ausgegangen, dass jeder Lachen kann, und das Lachen in der menschlichen Natur verankert ist, und nur verlernt wurde (vgl. ebd., S. 7). Deshalb sei als größte Zugangsbarriere einer Lachyogastunde lediglich der eigene Wille zu nennen.

4.2.2 Quantitative Forschungen

Kataria behauptet: „Lachen ist bei stressbezogenen Störungen und psychischen Leiden therapeutisch wertvoll und wirkt daher als großartiges Heilmittel“ (Kataria 2012, S. 150). Mit der Zielsetzung herauszufinden, ob und inwiefern Lachyoga bei psychischen Krankheiten Wirkung zeigt und Nutzen bringt, wurden zwei Studien entworfen, die mit psychisch erkrankten Menschen durchgeführt worden sind. Nach jeder Darstellung des Forschungsdesigns und der Ergebnisse, werden die Resultate auf das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit diskutiert.

4.2.2.1 Forschungsarbeit 3

Als erstes soll auf eine in der Akut-Psychiatrie in Bonn Meckenheim 2013 durchgeführte experimentelle Vergleichsstudie eingegangen werden. Die Studie zielt auf einen Effektivitätsnachweis von Lachyoga im Zusammenhang von psychisch kranken Menschen in einer Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie gegenüber einer Kontrollgruppe ab. (vgl. Landmann 2014, S. 1).

Die Vergleichsstudie erstreckt sich über einen Zeitraum von neun Monaten. In diesem Zeitraum wurde Lachyoga einmal wöchentlich für eine Stunde als freiwilliges gruppentherapeutisches Angebot durchgeführt. Insgesamt nahmen über hundert Patienten an der Studie teil. Das Durchschnittsalter betrug 42 Jahre in einer Alterspanne von 18 bis 68 Jahren. 70% waren Frauen und 30% Männer. Davon gehörten fünfzig Patienten der Experimentalgruppe (Lachyoga) und fünfzig Patienten der Kontrollgruppe an. Die Experimentalgruppe besuchte neben dem klassischen Therapieangebot zusätzlich die Lachyogagruppe. Mit dem Testmodul ZUF 8 von Attikson & Zwick, USA 1982 (Client Satisfaction Questionnaire CSQ-8), wurde die Patientenzufriedenheit gemessen. Die Experimentalgruppe erhielt den Fragebogen stets direkt nach der Lachyogagruppe. Die Kontrollgruppe wurde vor ihrer Entlassung befragt (vgl. ebd. S. 2f.).

Von dem Höchstwert 50 kommt die Kontrollgruppe auf einen Punktwert von 25,5, welcher nach der Skala der Bewertung geringfügig besser als „gut“ entspricht. Die Experimentalgruppe erreicht einen um 1,8 höheren Punktwert von 27,3 (vgl. ebd., S. 4). Es kann im Gegensatz zur Kontrollgruppe auf eine messbare positivere Einschätzung über die Behandlung geschlossen werden (vgl. ebd. S. 6).

Zusätzlich zu den beiden Vergleichsgruppen wurden die Teilnehmer entsprechend ihrer Diagnose in drei Gruppen eingeteilt: Menschen mit Affekterkrankung, mit Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) und mit Psychosen.

Die Patienten der Kontrollgruppe mit einer Affekterkrankung erreichten 25,3 Punkte. Affekterkrankte Patienten aus der Experimentalgruppe hatten einen Punktwert von 27,5 und bewerten damit die eigene Therapie um 2,2 Punkte besser als die depressiven Menschen der Kontrollgruppe (vgl. ebd. S. 4).

Die Patienten in der Kontrollgruppe Psychose bewerten die Behandlung mit 24,9, Punkten. Psychose-Patienten aus der Experimentalgruppe bewerten die Behandlung mit 26,9, also mit einer Zunahme von 2,0 Punkten (vgl. ebd.).

Menschen mit einer BPS kamen in der Kontrollgruppe auf einen Wert von 23,2. Die vergleichbaren Patienten in der Experimentalgruppe erreichten einen um 3,2 höheren Punktwert von 26,4. Dieser Wert ist der größte Unterschied, der zwischen den einzelnen Diagnosen erreicht wurde (vgl. ebd.). Unabhängig von der diagnostischen Zuordnung, nimmt die Einschätzung der Patienten über die Zufriedenheit der angebotenen Behandlung bei allen durch die Teilnahme am Lachyogaangebot, messbar zu.

Dadurch, dass das Lachyogaangebot freiwillig erfolgte, konnte herausgefunden werden, welche Patientengruppe das Lachyoga für sich als nützlich erachtet. So nahmen 76,5% der depressiven Patienten, 17,7% der Patienten mit einer BPS und 5,8% an Psychose-Patienten an dem Lachyogaangebot teil (vgl. ebd., S. 5). Die Experimentalgruppe der depressiven Patienten interessiert sich gemäß den Zahlen im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen mit Abstand am meisten für das Lachyogaangebot. Psychose-Patienten zeigen wenig Interesse an dem Lachyogaangebot. Deshalb ist die Validität der Daten der Psychose-Patienten in der Lachyogagruppe durch die geringe Teilnahme stark beeinträchtigt (vgl. ebd. S. 6).

Durch die Interpretation der Ergebnisse wurden folgende Thesen aufgestellt:

1. Lachyoga ist bei psychischer Erkrankung nicht kontraindiziert.

2. Lachyoga beeinflusst die innere Befindlichkeit und führt zu einem messbaren positiven therapeutischen Effekt. Um diese These zu differenzieren, ist hier auf Aussagen der Patienten zu verweisen. Gemäß Berichten verhalf Lachyoga einigen Patienten, Gedankenkreisen und Grübeln zu unterbrechen. Andere „bedanken sich dafür, dass sie seit drei oder vier Jahren nicht mehr so herzhaft gelacht haben [...] das sie sich besser fühlen als zu Beginn der Gruppentherapie“ (ebd., S. 7). Aus weiteren Aussagen geht hervor, dass Lachyoga zu einer mentalen und körperlich empfundenen Tiefenentspannung führen kann. Diese wird als gesundes positives „Ausgleichsgefühl“ (Kohärenz) interpretiert (vgl. ebd.).

3. Lachyoga hilft Menschen mit depressiven Erkrankungen.

4. LY Übungen helfen bei der kognitiven Umstrukturierung als pantomimische „Überschreibungshilfe“. So gibt es Übungen beim Lachyoga, die außerhalb der

Lachyogastunde imitiert und unbewusst wiederholt werden. Genaueres zu dieser Thematik wurde in Kapitel 2.6 bereits erläutert.

Neben den als positiv zu bewertenden Ergebnissen, zeigt die Studie gleichzeitig, dass Lachyoga ebenfalls Potenzial hat, auch unerwünschte Effekte zu triggern. So kann lautes Lachen Flashbacks oder Hyperventilation auslösen. Bei BPS-Patienten wurde beobachtet, wie sie ihr Lachen „an- und ausschalten“ können, was zu Irritation bei anderen Gruppenteilnehmern geführt hat, weil diese Verhaltensweise parathym⁶ wirkt. Andere Patienten hatten eine Schamproblematik aus Angst, das Lachen könnte zu einem Weinen werden (vgl. ebd., S. 7f.).

Nun folgt die Diskussion der Studie für das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit. Zunächst einmal kommt sie zu dem Ergebnis, dass Lachyoga bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung generell nicht kontraindiziert ist. Neben dem immer individuell bestehenden Gefahren und Risiken kann Lachyoga also mit psychisch erkrankten Menschen durchgeführt werden. Allerdings kann aus dieser Studie nicht entnommen werden, ob Chronifizierungen der Krankheiten vorlagen. Darüber hinaus liegen keine Ergebnisse über Teilnehmer vor, die an anderen psychischen Erkrankungen außer affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen erkrankt sind.

Die zweite Hypothese beinhaltet die Beeinflussung der inneren Befindlichkeit und den messbaren positiven therapeutischen Effekt. Jene genannten konkreteren Auswirkungen wie Unterbrechung von Gedankenkreisen und Grübeln, sowie körperlich und mental empfundene Tiefenentspannung sind Faktoren, die zu einem subjektiv empfunden verbesserten Wohlbefinden führen, einem zentralen Ziel der Sozialen Arbeit „[...] social work engages people and structures to address life challenges and enhance wellbeing“ (IFSW 2014; zitiert nach Blömker 2015, S. 89).

Ein erhöhtes Potenzial des Lachyogas ist im Zusammenhang mit depressiven Menschen erkennbar. Denn diese Gruppe hat sich im Vergleich zu den anderen beiden Diagnosegruppen am meisten aktiv für das Lachyogaangebot entschieden. Es stellt sich die Frage, ob Lachyoga ein erhöhtes Potenzial für die Aktivierung der Selbstheilungskräfte bei depressiv erkrankten Menschen hat und deshalb vor allem für depressive Patienten eine erfolgversprechende komplementäre Behandlungsmethode sein kann. Auch Madan Kataria unterstreicht, dass das Lachen ganz besonders starke Auswirkungen auf Depressionen habe. Er führt dies einerseits auf die biochemischen Veränderungen des Körpers, und andererseits auf die sozialen

⁶ Der äußere Ausdruck steht im Gegensatz zum Gefühlten (z.B. Lachen auf einer Beerdigung)

Interaktionen und Kontakte, zurück (vgl. Kataria 2012, S. 201). „Viele Mitglieder, die unter Depression, Angst und chronischem Stress litten, haben berichtet, dass ihre lähmenden Angstzustände sich in eine positive mentale Einstellung umwandeln und sich dadurch ihre Lebensqualität verbesserte.“ (ebd., S. 178). Da auch Depressionen chronisch verlaufen können, ist diese Erkenntnis auch für diese Arbeit relevant. Aufgrund der vielversprechenden Wirkung von Lachyoga auf Menschen mit Depressionen, mag es sinnvoll sein, in diesem Bereich weitere Forschungen zu tätigen.

Und als vierte Hypothese wurde der Aspekt der kognitiven Umstrukturierung genannt, der auch mit der ersten Hypothese aus Blömkers Studie übereinstimmt. Dieser Nutzen des Lachyogas ist eine Möglichkeit adäquate Bewältigungsmuster zu entwickeln.

In der Studie von Landmann wurde Lachyoga als gruppentherapeutisches Angebot durchgeführt. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Lachyoga im therapeutischen Kontext sinnvoll sein kann. Allerdings scheuen sich Therapeuten und Ärzte teilweise davor, Lachen und Lachyoga in therapeutischen Settings umzusetzen, was zu einer erschwerten Verbreitung des Lachyogas in der Psychiatrie führen kann. Nach Stiewe (2013), deutscher Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, liegt das an verschiedenen Gründen. Erstens könnte es an der fehlenden Bekanntheit und damit einer schlechten Vermarktbarkeit des Lachyogas liegen. Zweitens wird vermutet, dass trotz der fachlichen Auseinandersetzung und Anwendung der Thematik des Lachens und des Lachyogas das Risiko bestehe, sich lächerlich zu machen. Drittens kann es bei einem echten Lachen zu einem starken Kontrollverlust kommen, der durch kognitive Fähigkeiten nur schwierig kompensiert werden kann. Und viertens wird die Sorge benannt, dass durch das Lachyoga erzeugte Zusammengehörigkeitsgefühl, soziale Hierarchien unterminiert werden und damit der Verlust des Status durch eine Gruppenmitgliedschaft auf gleicher Ebene zumindest zeitweise erfolgen kann. Unter diesen Umständen ist anzuerkennen, dass eine Lachyoga-Studie im gruppentherapeutischen Setting überhaupt durchgeführt worden ist.

In diesem Zusammenhang soll betont werden, dass Lachyoga in der Forschung von Landmann ein **Therapie**angebot in der Gruppe war. Sollte trotz der Hemmungen und Bedenken von Seiten des Psychiatriepersonals und aufgrund der positiv ausgefallenen Ergebnisse der Lachyogagruppe, eine Akzeptanz und Etablierung von Lachyoga im therapeutischen Kontext folgen, so wäre dies sicherlich sinnvoll und lohnenswert, aber es würde nicht in den Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit fallen! Günter Stiewe äußert sich auch diesbezüglich:

Ganz wichtig scheint aber wohl auch [...] zu sein, dass das Lachyoga nicht als Mittel der Stimmungsverbesserung angeboten wird, sondern lediglich als Trainingsmöglichkeit, bei der sich die Stimmung verändern darf. Es sollte auf keinen Fall der falsche Eindruck entstehen, als müsse ein depressiver nur einfach lachen, damit die Depression verschwände. Aus diesem Grund ist eine Einbettung des Lachyogas in ein therapeutisches Konzept unabdingbar (Stiewe 2013, S. 10).

Diese Äußerung zeigt erstens auf, dass die allgemeinen Wirkungen des Lachyogas Tendenzen sind und nie Garantie dafür gegeben werden kann, dass sich beispielsweise Depressionswerte bessern oder eine Steigerung des subjektiven Wohlbefindens eintritt. Trotz attraktiver Wirkfaktoren bleiben auch immer individuelle Effekte zu beachten, und zu respektieren, dass Lachyoga nicht für jeden Menschen eine Lösung oder Maßnahme für bestimmte Zwecke gesehen werden kann!

Und zweitens stellt sich die Frage, ob und inwieweit Lachyoga unter dem Umstand der therapeutischen Einbettung dann in die Soziale Arbeit integriert werden kann. Hier kommt es auf den Kontext an, in dem Lachyoga angeboten wird. Wird eine Lachyogagruppe wie in der Studie von Landmann im gruppentherapeutischen Kontext in der Psychiatrie durchgeführt, so sollte es unbedingt in ein therapeutisches Konzept eingearbeitet sein und von einem ausgebildeten Therapeuten mit entsprechenden Kompetenzen geleitet werden. Das Gleiche gilt für jede andere Art von therapeutischer Einbettung des Lachyogas (z. B. körpertherapeutische Einbettung, tanztherapeutische Einbettung, ...) Um die Lachyoga-Sessions, in den für jeden Menschen zugänglichen Lachclubs hingegen, zu leiten, ist lediglich - unabhängig von weiteren beruflichen Qualifikationen – die Ausbildung zum Lachyogaleiter notwendig. Nach Dr. Madan Katarias Verständnis von den sozialen Lachclubs muss kein Therapeut oder Arzt anwesend sein, auch wenn Lachyoga einen therapeutischen Effekt (z. B. kognitive Umstrukturierung) und einen gesundheitlichen Nutzen mit sich bringt.

So kann Lachyoga, sofern kein therapeutisches oder sonstiges Setting vorliegt, für das eine weitere Qualifikation vorhanden sein muss, im sozialarbeiterischen oder sozialpädagogischen Kontext durchgeführt werden. Eine einrichtungsbezogene Konzeption und die Lizenz zum Lachyogaleiter von dem anbietenden sozialpädagogisch ausgebildeten Mitarbeiter sind hier voraus zu setzen (Global Laughter Yoga Conference 2017). Dass Lachyoga beispielsweise in der ambulanten Psychiatrie in einem sozialpsychiatrischen Zentrum als tagesstrukturierende Maßnahme und freiwilliges Freizeitangebot verortet werden könnte, wurde bereits im Zusammenhang der psychosozialen Gruppenmaßnahme als einer der Nutzen aus der Studie von Blömker erwähnt.

4.2.2.2 Forschungsarbeit 4

Eine weitere quantitative Studie wurde 2011 von Shahidi et al. in Teheran, Iran durchgeführt. Da sich bei gesunden Menschen die Wirkung von Lachyoga auf die geistigen und körperlichen Aspekte als vorteilhaft erweist, sollte mit dieser Studie die Wirksamkeit von psychologischen Parametern bei psychisch kranken Menschen untersucht werden. Nach Wissensstand der Forscher lag bis 2011 keine Arbeit über die Auswirkungen von Lachyoga bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung vor (vgl. Shahidi et al. 2011, S. 1f.). In dieser Studie sollte die Wirksamkeit von Lachyoga in einer Gruppe älterer depressiver Frauen hinsichtlich Depressionswerte und Lebenszufriedenheit beurteilt werden. Die Depressionswerte wurden mittels *Geriatric depression scale* (GDS), und die Lebenszufriedenheit mittels *Diener Lebens-Zufriedenheits-Skala* (LSS) gemessen (vgl. ebd., S. 3). Die Untersuchung zielte darauf ab, die Wirksamkeit des Lachyogas auf die genannten zwei Parameter mit der *Bewegungstherapie* zu vergleichen, die als anerkannte Behandlungsmethode gilt (vgl. ebd.).

Für die Studie wurden 70 iranische Frauen zwischen 60 und 80 Jahren ausgewählt (Durchschnittsalter: 66,56 Jahre). Sie waren Mitglieder eines Kulturgemeinschaftszentrums für ältere Frauen in Teheran (vgl. ebd., S. 2f.). Sie alle waren an Altersdepression erkrankt und zeigten gemäß der GDS bei einer Spanne von null bis dreißig einen Depressionswert von mindestens zehn auf. Die Studie wurde allerdings nur mit 60 Frauen beendet (vgl. ebd., S. 4). Sie wurden willkürlich in drei Gruppen aufgeteilt: Lachyogagruppe (n=23), Bewegungstherapiegruppe (n=23) und Kontrollgruppe (n=24) (vgl. ebd.). Die Lachyogagruppe nahm an zehn Lachyogastunden teil. Die Bewegungstherapiegruppe erhielt zehn jeweils 30-minütige Bewegungseinheiten. Die Kontrollgruppe erhielt kein Angebot (vgl. ebd., S. 3f.). Die Depressionswerte und die Werte zur Lebenszufriedenheit wurden in allen drei Gruppen vor und nach den Interventionen gemessen.

Bezüglich der Depressionswerte konnte herausgefunden werden, dass die Teilnehmerinnen „sowohl in der Lachtherapie- als auch in der Bewegungstherapiegruppe eine signifikante Verbesserung ihrer GDS-Werte zeigten“ (ebd., S. 4). In der Lachyogagruppe sank der Wert von 16,0 auf 10,0 und in der Bewegungstherapiegruppe von 15,3 auf 11,1, während der Wert in der Kontrollgruppe bei 15,2 stagnierte (vgl. ebd., S. 6). Die Werte der Lebenszufriedenheit stiegen in den Experimentalgruppen gegenüber der Kontrollgruppe ebenfalls signifikant an. Der Wert der Lachyogagruppe stieg von 19,2 auf 25,9 und der Wert der Bewegungstherapiegruppe von 21,5 auf 24,3. Die Lebenszufriedenheit der Kontrollgruppe lag bei 20,2 und 20 (vgl. ebd.).

Aus den Zahlen der Studie kann geschlossen werden, dass Lachyoga im Vergleich zur anerkannten Bewegungstherapie ähnliche wünschenswerte Effekte in Bezug auf Depressionen und Lebenszufriedenheit bei älteren depressiven Frauen erzielt und damit mindestens genauso wirksam ist. Diese Studie zeigt, dass Lachyoga nicht nur bei gesunden, sondern auch bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung Wirkung zeigt (vgl. ebd., S. 9).

Allerdings sei kritisch anzumerken, dass diese Ergebnisse nicht auf alle Menschen mit einer psychischen Erkrankung übertragen werden können, da es sich bei dem Sample lediglich um depressive ältere Frauen gehandelt hat. Es kann noch nicht mal auf eine ähnliche Wirkung des Lachyogas bei anderen älteren depressiven Frauen im Iran geschlossen werden, da die Teilnehmerinnen Mitglieder einer Kulturgemeinschaft in Teheran waren, die sich von ihren kulturellen Gegebenheiten, sowie in ihrer Akzeptanz der Lachyogaübungen, gegenüber beispielsweise ländlichen Gegenden, stark unterscheiden könnten (vgl. ebd., S. 9). So sind weitere Studien erforderlich, die in verschiedenen Gebieten durchgeführt werden, und auch Männer berücksichtigen müssen. Um die Akzeptanz von Lachyoga-Therapie zu steigern, können zusätzlich Vergleichsstudien mit Psychotherapien oder Pharmakotherapien angesetzt werden. Und schließlich verhinderte das Studiendesign, die Untersuchung von Langzeiteffekten (vgl. ebd.).

Genau wie beim vorausgegangenen Text soll nun auch diese Studie in Bezug auf das Erkenntnisinteresse kritisch diskutiert werden. Die Forschung von Shahidi et al. ist als eine Studie, die sich mit der psychologischen Wirkung des Lachyogas bei psychisch kranken Menschen beschäftigt, von hoher Bedeutung. Allerdings ist sowohl bei der Studie von Landmann, als auch bei dieser Studie anzumerken, dass nicht klar ist, ob und wenn ja, wie viele chronisch verlaufende psychische Störungen vorliegen. Hinzu kommt, dass nur ältere depressive Frauen aus einer exklusiven Kulturgemeinschaft im Iran, an der Studie teilgenommen haben. Demnach ist eine Übertragbarkeit der Ergebnisse tatsächlich fragwürdig und weitere Forschungen werden benötigt. Nichts desto trotz sind die zwei gemessenen Parameter Depressionswerte und Lebenszufriedenheit für die Soziale Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen von hoher Relevanz.

Des Weiteren ist zu bemerken, dass die Wirkung von Lachyoga der erprobten Bewegungstherapie gegenübergestellt worden ist und vergleichbare genauso hohe wünschenswerte Ergebnisse erreicht worden sind. Deshalb stellt sich die Frage, ob Lachyoga eine Alternative für Menschen sein kann, die an einer Bewegungstherapie nicht teilnehmen können oder wollen (vgl. Stiewe 2013, S. 9). Oft wird mit Bewegungs- oder Sportgruppen Leistung und Anstrengung assoziiert, die bei manchen Menschen zu einer ablehnenden

Haltung dieses Angebots führt (vgl. Blömker 2015, S. 67f.). Dadurch, dass durch das Lachen beim Lachyoga viele Muskeln stimuliert werden und auch ein Herz-Kreislauf-Training einsetzt, ist die körperliche Betätigung vorhanden, aber die ablehnende Haltung könnte entfallen. Der Gedanke der Körperbewegung steht nicht im Mittelpunkt. Und trotzdem kann durch die Auseinandersetzung mit dem Körper, die Körperwahrnehmung beim Lachyoga mittels körpertherapeutischer Einbettung gefördert werden. Stiewe sieht die Möglichkeit Lachyoga als speziell konzeptionierte Körpertherapie anzuwenden (vgl. ebd., S. 10).

Dass die Möglichkeit Lachyoga auch für therapeutische Hintergründe anzuwenden besteht, bedeutet großes Potenzial für viele verschiedene therapeutische Zwecke, schließt aber wie schon diskutiert wurde, glücklicherweise eine Anwendung des Lachyogas im sozialarbeiterischen Bereich nicht aus.

5. Zusammenfassung und Relativierung der Ergebnisse

In diesem abschließenden Kapitel sollen die gewonnenen Erkenntnisse nicht nur zusammengefasst, sondern auch bezüglich des Erkenntnisinteresses dieser Arbeit kritisch diskutiert werden. Dazu noch einmal die Fragestellung: *Inwiefern können die Wirkfaktoren / kann der Nutzen von Lachyoga die Ziele Sozialer Arbeit in der Psychiatrie bezüglich chronisch psychisch kranker Menschen unterstützen?*

Hierzu wurden grundlegende Begriffe der Fragestellung dargestellt und nicht zuletzt vier Forschungsarbeiten zu den Wirkfaktoren und dem Nutzen des Lachyogas untersucht. In der Einleitung erwähnte eigene Erfahrungen wie die affektive Distanzierung von Problemen oder das subjektiv empfundene verbesserte Wohlbefinden haben sich in den Forschungsergebnissen wiedergefunden. Aus der Studie von Landmann ging hervor, dass Lachyoga mit psychisch kranken Menschen generell nicht kontraindiziert ist und sogar Nutzen bringt. Es wurden einige Parallelen zwischen dem Nutzen beziehungsweise den Wirkfaktoren des Lachyogas und den Zielen und Aufgaben, die die Soziale Arbeit unter Berücksichtigung der Lebenswelt chronisch psychisch kranker Menschen verfolgt, aufgedeckt.

Die stärkere Verbindung zu sich selbst, von der Teilnehmer aus den qualitativen Studien berichten, sei diesbezüglich die erste erwähnenswerte Parallele. Sie steht im engen Zusammenhang mit Bedürfniserkennung, mit Frühwarnsystemen des Körpers und der Psyche und dementsprechend mit Psychoedukation.

Die Förderung sozialer Fähigkeiten sei als weitere Übereinstimmung eines Nutzens des Lachyogas und eines Ziels der Sozialen Arbeit bezüglich der Zielgruppe zu nennen. Unter

sozialer Fähigkeit wurden beispielsweise Verantwortungsübernahme, Achtung der Bedürfnisse Anderer und Minimierung sozialer Ängste gefasst.

Eng einher mit sozialen Fähigkeiten, aber dennoch auch als einzelner Aspekt zu nennen, ist die Stärkung der sozialen Netzwerke oder des sozialen Kapitals. Dies kann nicht nur innerhalb der Einrichtung geschehen, sondern durch das öffentlich zugängliche Lachyogaangebot auch außerhalb. Lachyoga bietet Betroffenen deshalb eine große Chance, Kontakte auch abseits der „Psychiatrie-Gemeinde“ zu knüpfen und sich in eine sicherheitsgebende Gemeinschaft zu integrieren. Unter Berücksichtigung der Lebenswelt der Zielgruppe, die häufig durch defizitäre soziale Kontakte gekennzeichnet ist, ist die Stärkung sozialer Netzwerke als besonders bedeutsamer Punkt hervor zu heben. Stabile emotionale Beziehungen wurden als Baustein für das persönlich empfundene Glück genannt.

Zusätzlich wurden verbesserte Stressbewältigung und Widerstandsfähigkeit auf das Gefühl der Integrität in eine Gemeinschaft zurückgeführt. So ist der nächste Aspekt zu nennen, auf den die Soziale Arbeit abzielt und den das Lachyoga erzeugt: entlastende Bewältigungsmuster. Das kann in Form von affektiver Distanzierung oder kognitiver Umstrukturierung passieren. Entscheidend ist erstens, dass die Gefühle der Ohnmacht und des Kontrollverlustes nachlassen und mehr Handlungsspielräume, Selbstbestimmung, sowie Gelassenheit entstehen. Und zweitens, dass die Bewältigungsmuster in die Lebenswelt integriert werden und im Alltag Anwendung finden können und damit direkt der Lebensbewältigung dienen. So profitiert die Soziale Arbeit von diesem Effekt, da sie alltags – und lebensweltorientiert arbeitet.

Darüber hinaus ist das Potenzial des Lachyogas zur psychosozialen Gruppenmaßnahme zu nennen. Psychosoziale Prozesse und die Selbstwirksamkeitserwartung werden angeregt.

Und schließlich wirkt sich Lachyoga den Ergebnissen der Studien zufolge positiv auf die Gesundheit aus. Auf körperlicher Ebene ist das Lachyoga durch das intensive Lachen und Atmen, sowie durch die leichten Bewegungen ein körperliches Training. Viel wichtiger für die Soziale Arbeit sind jedoch die Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit, die sich beispielsweise in Form von verbesserten sozialen Ressourcen und Fähigkeiten, adäquaten Bewältigungsmustern, erhöhter Widerstandsfähigkeit oder Bedürfniserkennung kennzeichnen. Insofern wirkt sich das Lachyoga im ganzheitlichen Sinne positiv auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten aus und ist damit für die Soziale Arbeit als gesundheitsfördernde Profession von Bedeutung. Lachyoga hilft, gesunde Anteile und Ressourcen, die der Lebens- und Alltagsbewältigung dienlich sind, zu stärken. So kann Lachyoga bei chronisch psychisch kranken Menschen besonders hilfreich sein, da es durch die starke Ausprägung ihrer

Krankheit längst nicht mehr um Krankheitsbewältigung, sondern um Lebensbewältigung geht. Im sozialarbeiterischen Zusammenhang sollte Lachyoga in ein salutogenetisches Verständnis eingebettet werden. Unter Berücksichtigung des Ziels der Ressourcenaktivierung ist eine Anlehnung an das Modell der Salutogenese durchaus sinnvoll. Denn im Gegensatz zu pathogenetisch ausgerichteten Krankheitsmodellen steht die Frage „Was macht Menschen gesund?“ und nicht „Was macht Menschen krank?“ im Mittelpunkt.

Blömkers Beschreibung dazu, was Lachyoga für die (Praxis der) Soziale(n) Arbeit bedeutet, beinhaltet viele Ergebnisse dieser Arbeit und fasst gut zusammen:

Für die Methode des Lach-Yogas zeigte sich ein niedrigschwelliger Nutzen im Handlungsfeld Gesundheit. Es ist aufgezeigt worden, dass es sich ohne Neben- und Folgewirkungen effektiv in von Erkrankung betroffene Lebenswelten einbauen lässt. Durch die Schaffung sozialer Netze, werden individuelle psychosoziale Kompetenzen gefördert. Das Lach-Yoga kann eingebettet, in ein salutogenetisches Verständnis, Gesundheit erhalten und fördern, aber auch in einer begleitenden Variante Behandlungsprozesse unterstützen. (Blömker 2015, S. 97)
Lach-Yoga ist kostengünstig, gruppenorientiert, eine Form psychosozialer Unterstützung und somit ein passendes Konzept für die niedrigschwellige, gesundheitsbegleitende und präventive Soziale Arbeit. Die Erhaltung und Förderung von Gesundheit, speziell die psychosoziale Gesundheit, fallen in ihren Aufgabenbereich. (ebd., S. 89)

In Bezug auf diese Arbeit könnte Lachyoga in der ambulanten Psychiatrie in einem sozialpsychiatrischen Zentrum als tagesstrukturierende Maßnahme mit ressourcenorientierter Haltung und salutogenetischem Verständnis, als auf Freiwilligkeit beruhendes Angebot verortet werden.

Alle in dieser Arbeit aufgeführten Wirkfaktoren, sowie der Nutzen des Lachyogas führen letztendlich zur subjektiven Steigerung der Lebenszufriedenheit und der Lebensqualität, und damit zwei wichtigen Zielen der Sozialen Arbeit. Es kann vermutet werden, dass jene Wirkfaktoren und der Nutzen des Lachyogas die genannten Ziele und Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie bezüglich chronisch psychisch kranker Menschen unterstützt. Lachyoga scheint vor allem auf psychologischer und sozialer Ebene, Ziele der Sozialen Arbeit zu unterstützen und ressourcenaktivierende Wirkung zu haben.

Allerdings gibt es auch Grenzen des Lachyogas! Das Lachyoga kann einige, aber nicht alle Ziele, die die Soziale Arbeit bezüglich chronisch psychisch kranker Menschen verfolgt, unterstützen. Die Autonomie der Klienten zu fördern ist ein wichtiges Ziel der Sozialen Arbeit, auf das in Kapitel 3.5 hingewiesen worden ist. Die Forschungsergebnisse zeigen

jedoch, dass sich Lachyoga wenn überhaupt lediglich positiv auf mehr Autonomie hinsichtlich der eigenen Gefühlswelt, aber eher weniger hinsichtlich der Lebensführung auswirkt. In Bezug auf das Kohärenzgefühl, das begrifflicher Gegenstand in Kapitel 3.6 war, kann festgestellt werden, dass Lachyoga sich zwar positiv auf die Komponente *Handhabbarkeit* auszuwirken scheint, aber auf die Komponente *Sinnhaftigkeit*, die Antonovsky als die wichtigste ansieht, eher keine Auswirkungen hat. Dass Lachyoga Autonomie und Sinnhaftigkeit anscheinend nicht explizit fördert, möge exemplarisch dafür stehen, dass Lachyoga Grenzen hat und die Effekte und das Potenzial des Lachyogas auf keinen Fall verherrlicht werden darf! Lachyoga kann sich bei manchen Menschen äußerst positiv auswirken, ist aber kein Angebot, das allen Menschen gefällt und das bei allen Menschen nur Nutzen bringt. „Worauf sich Lachen heilend auswirkt, ist bei jedem unterschiedlich und abhängig von den jeweiligen körperlichen, emotionalen und mentalen Problemen und Bedürfnissen.“ sagt Kataria (Kataria 2012, S. 270). Wenn überhaupt, dann stellt Lachyoga ein ergänzendes / komplementäres Angebot dar (vgl. ebd., S. 150).

Abgesehen von den Grenzen, die das Lachyoga auf der Wirkungsebene aufweist, gibt es zusätzlich enorme Grenzen und Lücken hinsichtlich des Forschungsstandes. Es gibt zwar Studien über Lachyoga mit den verschiedensten Schwerpunkten und die Anzahl und das Interesse wächst, aber letztendlich sind noch nicht viele Studien vorhanden. Die wenigen vorliegenden Forschungen erlauben es nicht, Ergebnisse auf andere Populationen zu transferieren und schränken Übertragungen oder generalisierende Tendenzen extrem ein. Hinzu kommt, dass meines Wissens keine einzige Studie über den Nutzen oder den Effekt von Lachyoga bei chronisch psychisch kranken Menschen vorliegt. Es konnte sich lediglich auf zwei Forschungsarbeiten mit psychisch kranken, aber nicht explizit mit chronisch psychisch kranken Menschen bezogen werden. Es stellt sich deshalb die Frage, inwiefern die Ergebnisse dieser Arbeit tatsächlich valide sind. Immerhin kann dennoch als zentrale Erkenntnis dieser Arbeit hervor gehoben werden, dass sich eine Studie zu Lachyoga bei chronisch psychisch kranken Menschen im Zusammenhang der Sozialen Arbeit aber durchaus lohnen könnten, da die Effekte und der Nutzen des Lachyogas ein hohes Potenzial zeigen, in die Lebenslage chronisch psychisch kranker Menschen integriert zu werden und diese so zu verbessern. Unter gegebenen Umständen bleibt dieses Ergebnis jedoch vorerst eine Hypothese. Im Zusammenhang des lückenhaften Forschungsstandes sei anzumerken, dass Madan Kataria ursprünglich nie vorhatte, Forschungen durchzuführen. Erst als Lachyoga den globalen Norden erreicht hatte, wurden Forschungen über Lachyoga verlangt und populärer (Madan Kataria auf der Global Laughter Yoga Conference 2017).

Die Forschungslücken und die Tatsache, dass Lachyoga kein Allheilmittel ist, als das es oft angepriesen wird, können als zwei Grenzen des Lachyogas beziehungsweise der Lachyogabewegung genannt werden. Nichts desto trotz kann Lachyoga einen großen Nutzen für Menschen, also auch für chronisch psychisch kranke Menschen, haben, vorausgesetzt, eine gewisse Bereitschaft und Offenheit sind vorhanden.

Allerdings stellt sich im Zuge der aktuellen Entwicklung Deutschlands als eine moderne Industrie-, (Dienst)leistungs- und Wissensgesellschaft, die von der Bevölkerung zunehmend eine hohe Anpassungsfähigkeit aufgrund des schnellen gesellschaftlichen Wandels fordert, die Frage, ob Lachyoga ähnlich wie Yoga, Entspannungs- und Achtsamkeitskurse, Thai Chi, Mentales Training oder Ähnlichem, dazu dienen, „Menschen wieder für die ökonomische Zwangsmühle bereit zu stellen, als Teil der Gewinnung von Produktivität in einer ‚affective economy‘“ (Lindzus 2016, S. 76). Falls dem so ist, so würde „lediglich“ ein verbesserter Umgang mit Stress und Spannungen erlernt werden, nicht aber die Ursachen des Stressses bekämpft werden, die beispielsweise in den Anforderungen der Leistungsgesellschaft liegen.

An dieser Stelle soll noch einmal auf den Grundgedanke der *Heterostase* aus dem Modell der Salutogenese zurückgegriffen werden. Er besagt, dass der Mensch sich grundsätzlich im Ungleichgewicht befindet, das er ständig versucht, auszubalancieren. Das wird ihm mal mehr, mal weniger gut gelingen, aber er wird es nie schaffen, sich aus allen Spannungen zu befreien. Deshalb geht es bei der Salutogenese darum, ein guter Schwimmer zu werden, weil das gemütliche Spazieren am Ufer (*Homöostase*) nicht möglich ist.

Wenn es also nicht der Arbeitsdruck ist, der Stress und Spannungen bei einem Menschen erzeugt, dann werden andere Gegebenheiten Stress erzeugen. Chronisch psychisch kranke Menschen arbeiten häufig nicht auf dem ersten, sondern wenn überhaupt auf dem zweiten Arbeitsmarkt und dennoch sind auch sie nicht vor Stress und Spannungen gefeit. So gesehen ist Lachyoga für die Soziale Arbeit auf individuumsbezogener Ebene eine gute Interventionsmöglichkeit, ihre Klienten bei einem entlastenden und leidfreieren Umgang mit Stress und Spannungen, zu unterstützen – egal wo die Ursachen der Stressoren herkommen. Soziologe Walter Birklbauer sieht das Lachyoga im Vergleich zu vielen anderen Techniken wie Thai Chi, Meditation, Yoga oder mentales Training, als jene Technik an, die bezüglich Ressourcenaktivierung am effektivsten wirkt (vgl. Birklbauer 2008). Und im psychiatrischen Bereich ist es vor allem die Soziale Arbeit, die sich der Ressourcenaktivierung der Klienten annimmt.

Allerdings schließt das klientenzentrierte Arbeiten, die Ursachenminimierung von Spannungen und Stress auf struktureller Ebene nicht aus. Gleichzeitig ist es auch Aufgabe der

Sozialen Arbeit auf sozialpolitischer Ebene Einfluss zu nehmen – für möglichst wenige Stromschnellen, Strömungen, Gabelungen, und Verschmutzungen zu sorgen oder sich für große Steine im Fluss zu engagieren, auf denen eine Schwimmpause möglich ist.

Es ist eben immer beides notwendig: Soziale Arbeit auf individuumsbezogener-, sowie auf strukturbezogener Ebene. Dabei beeinflussen sich beide Ebenen gegenseitig. Lachyoga wirkt im ersten Schritt vor allem auf individuumsbezogener Ebene und nutzt damit primär dem einzelnen Menschen, indem er gestärkt wird. Im zweiten Schritt wirkt sich dies auch auf die Gesellschaft aus. Denn starke Individuen schaffen eine starke Gesellschaft!

6. Ausblick

In diesem letzten Teil der Arbeit soll thematisiert werden, wohin sich Lachyoga in der Sozialen Arbeit und anderen professionellen Bereichen entwickeln könnte. Mögliche Forschungsschwerpunkte, sowie Chancen und Kritik der Lachyogabewegung werden genannt.

Zunächst einmal sei auf zwei mögliche Forschungsschwerpunkte zu verweisen. Erstens konnte ein verstärkter Nutzen des Lachyogas bei depressiv erkrankten Menschen festgestellt werden. Deshalb kann es besonders sinnvoll sein, weitere Forschungen über Lachyoga hinsichtlich depressiver Menschen durchzuführen.

Und zweitens liegt die Vermutung nahe, dass Lachyoga das Kohärenzgefühl verbessern könnte. Das liegt einerseits an der Förderung der vielen gesunden Anteile durch das Lachyoga und andererseits an der sich verändernden Haltung zum Leben und gegenüber Problemen. Vor allem auf die Komponente *Handhabbarkeit* (die Überzeugung eines Menschen, dass Schwierigkeiten mit Hilfe der eigenen Ressourcen, sowie mit einer unerschütterlichen Zuversicht in die Welt gemeistert werden können) könnte Lachyoga einen positiven Einfluss haben. An dieser Stelle sind weitere Forschungen nötig, die anhand des bereits existierenden Fragebogens zum Ermessen des Kohärenzgefühls erleichtert werden. Falls diese Hypothese verifiziert werden kann, erachtet es sich als äußerst sinnvoll, Lachyoga in das Methodenrepertoire der Sozialen Arbeit aufzunehmen. Dies kann im psychiatrischen Bereich besonders nützlich sein, da der Leitgedanke der Salutogenese vor allem im Arbeitsfeld der Psychiatrie verbreitet ist. Hinsichtlich chronisch psychisch kranker Menschen verfolgt die Soziale Arbeit das Ziel, das Kohärenzgefühl ihrer Klienten zu verbessern und sollte dies zukünftig verstärkt tun (Grabert 2007).

Zusätzlich hat Lachyoga das Potenzial unter konzeptioneller und einrichtungsbezogener Einbettung in verschiedenen sozialarbeiterischen oder anderen professionellen Settings

genutzt werden zu können. Des Weiteren haben die Resultate dieser Arbeit gezeigt, dass neben der Möglichkeit, Lachyoga als gesundheitsfördernde Maßnahme in die Soziale Arbeit zu integrieren, ebenfalls ein hohes Potenzial zur therapeutischen Einbettung besteht. In Verbindung mit beispielsweise gruppen-, tanz- oder körpertherapeutischen Konzepten kann der Nutzen des Lachyogas für bestimmte Zwecke oder Zielgruppen spezialisiert und gesteigert werden.

Allerdings ist in diesem Zusammenhang kritisch anzumerken, dass durch die Kombinationen mit Therapien und anderen Heilmethoden, die Gefahr besteht, dass das Lachyoga, sein wertvolles Potenzial der Niederschwelligkeit und Leichtigkeit verliert. Denn Lachyoga in Kombination mit zusätzlichen professionellen Ansätzen erfordert ein höheres Ausbildungsniveau. Dadurch steigen die Kosten, sowie die Zugangsbarrieren für die anbietende Kraft. Und gegebenenfalls kann auch die Teilnahme an dem Lachyogaangebot durch erhöhte Kosten oder zusätzlich mitzubringende Voraussetzungen wie Diagnose oder ärztliches Rezept erschwert werden.

Meiner Meinung nach ist grundsätzlich nichts dagegen einzuwenden, wenn Lachyoga mit anderen Techniken kombiniert wird, sofern daraus resultiert, dass Menschen geholfen werden kann. Madan Katarias ursprüngliche Idee des Lachyogas in Form von öffentlichen Lachclubs in der Gemeinde, an denen jeder Mensch kostenlos teilnehmen kann, gerät allerdings durch die zunehmende Vermarktung, Kommerzialisierung und Spezialisierung in den Hintergrund. Beide Anwendungen des Lachyogas schließen sich nicht unbedingt aus. Wenn allerdings ein Lachyogaangebot zunehmend als zu bezahlende Dienstleistung und nicht mehr als ehrenwertes und unentgeltliches Engagement gesehen wird, dann entscheiden sich womöglich mehr Menschen dazu, mit Lachyoga Geld zu verdienen. Dabei sind die unentgeltlichen sozialen Lachclubs Madan Katarias Herzstück des Lachyoga, wie er auf der Global Laughter Yoga Conference in Frankfurt 2017 betonte.

Ich persönlich finde, dass genau diese mit Leichtigkeit verbundene und niederschwellige Form des Lachyogas großes Potenzial hat, viele Menschen zu erreichen, und einen Beitrag, Gesundheit als gesellschaftliche Querschnittsaufgabe in der Gemeinde zu gestalten, leisten kann und deshalb bewahrt werden muss. Soziale Lachclubs sind nicht nur Orte, wo Lachyoga praktiziert wird. Sie sind vielmehr Orte der Begegnung, der Vernetzung und einer integrativen Gemeinschaft, da Menschen unterschiedlicher Herkunft, verschiedener Milieus und mehrerer Generationen dort zusammen rücken.

Es ist eine Herausforderung, Lachyoga in professionellen Settings anzuwenden, und gleichzeitig dennoch die Eigenschaft der Niederschwelligkeit und Leichtigkeit und vor allem das Spiel, worum es im Kern des Lachyogas geht, zu erhalten.

7. Danksagung

Zu guter Letzt möchte ich einigen Menschen meinen Dank aussprechen, die zum Prozess des Verfassens dieser Arbeit einen unterstützenden Beitrag geleistet haben und mir stets beratend und mit einem offenen Ohr zu Seite gestanden haben.

Dieser Dank geht an die Dozenten Michael Bernsen und Bernd Ohnemüller. An sie konnte ich mich nicht nur immer wenden, wenn ich Redebedarf hatte – sie haben mich gefördert und durch sie habe ich im Rahmen der Sommerakademie überhaupt erst herausgefunden, dass Lachyoga mir mehr bedeutet als mir zu jenem Zeitpunkt bewusst war, und dass es sinnvoll ist, diesem Interesse nach zu gehen und ihm Raum zu geben. Danke auch an die Kritik und das Feedback, die mir bei der Entwicklung eines professionelleren Habitus hilfreich waren.

Ein weiterer Dank geht an Sozialpädagogen Bendix Landmann, der mir Einblick in die Akut-Psychiatrie in Bonn Meckenheim gewährt hat, in der Lachyoga im therapeutischen Kontext angewendet wird.

Ich möchte mich bei Jonas Kehrbaum und Gisela Dombrowsky bedanken – zwei Menschen die ihre Leidenschaft zum Lachyoga mit mir geteilt und mich angetrieben haben.

Der Dank geht Dank an all die jenigen, die Lachyoga eine Chance gegeben haben und mich damit ernst genommen haben. In diesem Sinne Danke Jürgen Schöppy und Saeed Mohajer.

Und ich danke jeglichen Stimmen der Kritik und der Rückmeldung. Und schließlich auch all den Menschen, die Lachyoga praktizieren und sich auf einen gemeinsamen Austausch einlassen und das Entstehen von neuen Ideen ermöglichen.

8. Literaturverzeichnis

Antonovsky, Aaron (1993): *Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung*. In: Franke, Alexa; Broda, Michael (Hrsg.): *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* (S. 3-14). Tübingen: dgvt-Verlag.

Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Dt. erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.

Bandura, Albert (1995): *Exercise of personal and collective efficacy in changing societies*. In: Bandura, Albert (Hrsg.) *Self-efficacy in Changing Societies*. Cambridge University Press.

Bennett, P.N. et al. (2014) Laughter and Humor Therapy in Dialysis. *Seminars in Dialysis*, 27 (5), 488-493.

Bibliographisches Institut GmbH (2017): Yoga. [Online] Verfügbar unter: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Yoga>, [Zugriff: 08.03.2017, 13:17 Uhr]

Birklbauer, Martin (2008): *Warum Lach-Yoga? Eine neurologische Perspektive*. Books on Demand GmbH: Norderstedt.

Blömker, Liisa. Joanna Raphaela (2015): *Lach-Yoga und Gesundheit – Eine qualitative Interviewstudie mit den TeilnehmerInnen eines Lach-Yoga-Kurses*. Master-Thesis der Kath. Hochschule NRW, Abteilung Köln.

Bosshard, Marianne; Ebert, Ursula; Lazarus, Horst (2010): *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. 4. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag.

BzgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (Hrsg.) (2001): *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. erw. Neuauflage. Köln.

C. Schmid, D. Su-Schroll, T. Brinkschmidt (2014). *Fördert Lachyoga das Gemeinschaftsgefühl innerhalb eines Schmerzbewältigungsprogrammes?* Algesiologikum

Abteilung für interdisziplinäre Schmerztherapie Harlaching, München. [Online] Verfügbar unter: <http://www.lachverband.org/Wissenschaft.53763.html>, [Zugriff am 14.07.2017, 10:40 Uhr].

C. Schmid, A.-M. Schneider, T. Brinkschmidt (2015). *Hat Lachyoga eine stressregulierende Wirkung auf Personen mit chronischen Schmerzen?* Algesiologikum – Abteilung für interdisziplinäre Schmerztherapie Harlaching, München. [Online] Verfügbar unter: <http://www.lachverband.org/Wissenschaft.53763.html>, [Zugriff am 14.07.2017, 10:40 Uhr].

C. Schmid, E. Metje, A.-M. Schneider, T. Brinkschmidt (2015). *Effektivität von Lachyoga im Rahmen eines stationären Schmerzbewältigungsprogramms. Eine 6-Monats-Längsschnittuntersuchung.* Algesiologikum – Abteilung für interdisziplinäre Schmerztherapie Harlaching, München. [Online] Verfügbar unter: <http://www.lachverband.org/Wissenschaft.53763.html>, [Zugriff am 14.07.2017, 10:40 Uhr].

Cho, E. A. und Oh, H.E. (2011) *Effects of Laughter Therapy on Depression, Quality of Life, Resilience and Immune Responses in Breast Cancer Survivors.* *Journal of Korean Academy of Nursing*, [Online] 41 (3), 285-293. [Online] Verfügbar unter: <http://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.4040/jkan.2011.41.3.285>, [Zugriff am 13.07.2017; 11:05 Uhr].

Clausen, Jens; Eichenbrenner, Ilse (2016): *Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen.* 2. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Čokolič, M. et al. (2013) *The inhibitory effect of Laughter Yoga on the increase in postprandial Blood Glucose in Type 2 diabetic Patients.* [Online] Verfügbar unter: <http://institut-za-smeh.si/en/10-english/60-medical-journal-diabetologia-croatica.html>, [Zugriff am 13.07.2017; 11:09 Uhr].

Dogloff-Kaspar, R. et al. (2012) *Effect of Laughter Yoga on Mood and Heart Rate Variability in Patients Awaiting Organ Transplantation: A Pilot Study.* *Alternative Therapies in Health and Medizin*, 18 (5), 61-66.

Dörr, Margret (2005): *Soziale Arbeit in der Psychiatrie.* München: Ernst Reinhardt Verlag.

Dr. Kataria School of Laughter Yoga (2007): *Handbuch für die Ausbildung zum zertifizierten Lachyoga-Leiter CLYL*. Übersetzt von Ines Schwarz, Version 10/2007. Mumbai, India.

Esch, Tobias (2014): *Die Neurobiologie des Glücks. Wie die Positive Psychologie die Medizin verändert*. 2. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Eschenröder, Christoph T; Titze, Michael (2011): *Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendungen*. 6. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Farifthe, S. et al. (2014) *The Impact of Laughter Yoga on the Stress of Cancer Patients before Chemotherapy*. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, [Online] 7 (4), 179–183. [Online] Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4307100/>, [Zugriff am 13.07.2017; 11:17 Uhr].

Finzen, Asmus (1985): *Das Ende der Anstalt. Vom mühsamen Alltag der Reformpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Finzen, Asmus (1998): *Das Pinelsche Pendel. Die Dimension des Sozialen im Zeitalter der biologischen Psychiatrie*. Bonn.

Frankl, Viktor (1975): *The Unconscious God*. Simon & Schuster: New York.

Frankl, Viktor (1987): *Logotherapie und Existenzanalyse*. Piper: München.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2017): *Kernaussagen 2.11 Psychische Gesundheit*. [Online] Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=25395&suchstring=&query_id=&sprache=D&fund_ty p=TXT&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=1&p_news=&p_spr achkz=D&p_uid=gast&p_aid=8049179&hlp_nr=2&p_janein=J, [Zugriff: 03.05.2017, 12:37 Uhr].

Gohdsbin, F. et al. (2015): *The Effects of Laughter Therapy on General Health of Elderly People Referring to Jahandidegan Community Center in Shiraz: A Randomized Controlled Trial*. *International Journal of Community Based Nursing Midwifery*, 3 (1), 31–38.

Grabert, Andrea (2007): *Salutogenese und Bewältigung psychischer Erkrankung. Einsatz des Kohärenzgefühls in der Sozialen Arbeit*. Düsseldorf: Jacobs-Verlag.

<http://www.lachverband.org/Wissenschaft.53763.html>, Europäischer Berufsverband für Lachyoga und Humortraining e.V. [Zugriff: 06.04.2017; 11:01 Uhr].

Jacobi, F., Rehm, J.; Wittchen HU, et al. (2011): *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. Eur Neuropsychopharmacol 21(9):655 to 679.

Jost, Annemarie (2013): *Gesundheit und Soziale Arbeit*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Landmann, Bendix (2014): *Effektivitätsnachweis von Lach Yoga als Gruppentherapie in der Akut-Psychiatrie*. [Online] Verfügbar unter: <http://www.skills-for-life.de/trainer/dipl-soz-paed-bendix-landmann/publikationen-downloads.html>, [Zugriff: 02.07.2017, 14:09 Uhr].

Laughter Yoga International 2017: *What is Laughter Yoga & How can it help you?*. [Online] Verfügbar unter: <http://laughteryoga.org/about-laughter-yoga/>, [Zugriff: 08.03.2017, 12:49 Uhr].

Laughter Yoga University (2017): *Your Happiness Guide. All you need to know about Laughter Yoga*. [Online] Verfügbar unter: <http://laughteryoga.org/download-laughter-yoga-guide/>, [Zugriff: 17.01.2017, 15:26 Uhr].

Lewin, Rüdiger et. al. (2017): *„Lachen hilft!“ Studie zur Untersuchung der Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen in der Nachsorge*.

Lindzus, Lisa (2016): *Lach dich gemeinsam frei! – Affektives Selbstmanagement durch Lachyoga..* Masterarbeit der freien Universität zu Berlin.

Lischetzke, T.; Eid, M. (2005) *Wohlbefinden*. In: Weber, H. und Rammsayer, T. (Hrsg.) *Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 413-422.

Kataria, Madan (2012): *Lach-Yoga. Lachen ohne Grund*. Bangalore: Dr. Kataria School of Laughter Yoga.

Ko, J. und Youn, C. (2011) *Effects of laughter therapy on depression, cognition and sleep among the community-dwelling elderly*. *Geriatrics & Gerontology International*, 11 (3), S. 267-274.

Kobasa, S.C. (1982): *The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health*. In: Sanders, G.S.; Suls, J. (eds): *Sozial Psychologie of Health and Illness*. Erlbaum: Hillsdale.

Köppel, Monika (2003): *Salutogenese und Soziale Arbeit*. Lage: Verlag Hans Jacobs.

Mayring, Philipp. (2010) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 11. Aufl. Weinheim: Beltz Verlag.

Mischke, Christoph (2011): „Wir sind glücklich, weil wir lachen“. [Online] Verfügbar unter: www.lachyoga-sonne.de/download/Blick_im_Lachclub_-_Maerz_2011.pdf, [Zugriff: 08.03.2017, 14:45 Uhr].

Obert, Klaus (2001): *Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze sozialpsychischer Handelns*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Patsch, Inge; Titze, Michael (2014): *Die Humor Strategie. Auf verblüffende Art Konflikte lösen*. 9. Auflage, München: Kösel.

Prütting, Lenz (2013): *Homo ridens. Eine phänomenologische Studie über Wesen, Form und Funktion des Lachens*. Band 3. München: Verlag Karl Alber.

Robert Koch-Institut (2017): *Psychische Gesundheit*. [Online] Verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Psychische_Gesundheit/Psychische_Gesundheit_node.html, [Zugriff am 04.05.2017, 09:59 Uhr].

Shahidi, M. et al. (2011): *Laughter Yoga versus group exercise program in elderly depressed women: a randomized controlled trail. International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26 (3), 322-327.

Shin et al. (2011) *Effects of Laughter Therapy on Postpartum Fatigue and Stress Responses of Postpartum Women. Journal of Korean Academy of Nursing*, 41 (3), 294-301. [Online] Verfügbar unter: <http://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.4040/jkan.2011.41.3.294>, [Zugriff am 13.07.2017; 11:01 Uhr].

Schmidt, J., Nübling, R., Lamprecht, F., Wittmann, W.W. (1994): Patientenzufriedenheit am Ende psychosomatischer Reha-Behandlungen. In Lamprecht, F.; Hrsg. Johnen, R.

Schmolke, Margit (2001): *Gesundheitsressourcen im Lebensalltag schizophrener Menschen. Eine empirische Untersuchung*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Schwarzer, R. und Jerusalem, M. (2002) *Das Konzept der Selbstwirksamkeit. Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft 44*, 28-53.

Staub-Bernasconi, Silvia (1994): *Systemtheorie, soziale Probleme und Soziale Arbeit: lokal, national, international. Oder: Vom Ende der Bescheidenheit*. Bern, Stuttgart, Wien.

Stiewe, Günter (2013): *Achtung, Ansteckungsgefahr! Lachyoga – ein neuer Baustein in der Therapie psychisch erkrankter Menschen*. [Online] Verfügbar unter: <http://www.lachenmacht-laune.de/lachyoga-im-therapeutisch-medizinischen-bereich/>, [Zugriff am 09.05.2017; 12:52 Uhr].

Thiersch, Hans (2015): *Soziale Arbeit und Lebensweltorientierung: Konzepte und Kontexte*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Titze, Michael; Eschenröder, Christoph T. (2011): *Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendungen*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Über, Heiner; Steiner, André (2006): *Lach dich locker. So lachen Sie sich erfolgreich, glücklich und gesund*. München: Wilhelm Goldmann Verlag.

Werner, E.E.; Smith, R.S. (1982): *Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. McGraw-Hill: New York.

Witzel, Andreas (2000) *Das problemzentrierte Interview*. [Online] Verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>, [Zugriff am 01.04.2015].

Yazdani, M. et al. (2014) *The effect of laughter Yoga on general health among nursing students*. *Iranian Journal of nursing and midwifery research*, 19 (1), 36-40.

Anhang

Anhang 1: Lachyoga-Übungen

- Die Lachcreme: Ausgangsposition ist der schulterbreite Stand. Ein Arm ist nach vorne gestreckt und die Handinnenfläche zeigt nach oben, sodass theoretisch etwas Kleines darauf abgestellt werden könnte. Es wird sich vorgestellt, dass sich in der anderen Hand eine kleine Dose befindet, die nun mit einem Lachlaut (z.B. „Hui“ oder „Ha“) auf die ausgestreckte Hand abgestellt wird. Weiter hat in der Vorstellung die Dose einen Schraubverschluss, der nun geöffnet werden soll. Das pantomimisch dargestellte Öffnen der Dose wird mit dem Lachlaut begleitet. Ist die Dose geöffnet, wird der Deckel wieder begleitet mit dem Lachlaut hinter die Schulter geworfen. Nun wird pantomimisch der eigene Körper mit der Lachcreme eingecremt und sobald in der eigenen Vorstellung die Lachcreme die Haut berührt, wird begonnen zu lachen. Wenn in der Gruppe Nähe und Vertrauen vorhanden ist, kann sich auch gegenseitig eingecremt werden.

- Der Lach-Motor: Zwei Leute stehen sich gegenüber. Sie geben sich die Hand und stellen sich vor, es befinde sich ein Lach-Motor - wie auch immer der in der Vorstellung aussehen mag – zwischen ihnen, den sie ankurbeln müssen. Dazu beginnen sie langsam die imaginäre Kurbel, die sie beide in der Hand halten, zu drehen. Die Drehbewegung wird mit dem Lachlaut „Ha“ begleitet, dessen Abstände immer kürzer werden, je schneller die Drehbewegung wird. Irgendwann ist die Drehbewegung so schnell geworden, sodass aus den Lachlauten ein echtes Lachen geworden sein sollte und der Lachmotor läuft.

- Die Lachdusche: Die Gruppe steht im Kreis und je nach Gruppengröße gehen eine oder mehrere Personen in die Mitte. Falls mehrere Personen in der Mitte stehen, sollten sie nach außen gucken. Der Außenkreis bildet die „Lachdusche“, die die im Kreis stehende(n) Person(en) „lachduschen“ soll. Hierzu bewegt sich der Außenkreis langsam auf die sich Duschenden zu. Angefangen wird mit einem Kichern und je näher die Lachdusche den/der innen stehenden Person(en) kommt, desto lauter wird das Lachen. Sobald der Außenkreis einen engen Kreis um die sich Duschenden gebildet hat, fängt er an, sich als Ganzes in eine Richtung um die innen stehende(n) Person(en) zu drehen. Währenddessen soll Blickkontakt zu den einzelnen Personen aufgebaut werden, damit sich möglichst viele Menschen anlachen.

Hat der Außenkreis die Umrundung beendet, wird er langsam wieder größer und entfernt der Mitte. Dabei wird das Lachen wieder ruhiger, bis es schließlich ganz aufhört.

Anhang 2: Entspannungsübungen

- Geführte Entspannung: Die Gruppenleitung bittet die Teilnehmer sich auf auf den Rücken zu legen. Dabei liegen die Arme mit etwas Abstand zum Rumpf neben dem Körper und die Handinnenflächen zeigen nach oben. Die Beine sind gestreckt und auch zwischen ihnen ist ein bisschen Abstand. Dann wird die Aufmerksamkeit auf die Atmung gerichtet. Dem eigenen Atem wird gefolgt, sodass er nach und nach ruhiger und tiefer wird. Ist der Atem ruhig und gleichmäßig, wird die Aufmerksamkeit auf den Körper gerichtet. Wo berührt der Körper den Boden? Wo nicht? Mit wie viel Druck berührt der Körper den Boden? Ist der Bodenkontakt der rechten und linken Körperseite gleich? Nach diesem einleitenden Fragen, wird sich nach und nach auf jedes einzelne Körperteil konzentriert. Durch die Vorstellung der Entspannung und des Loslassens jedes einzelnen Körperteils und Muskels, wird eine tiefe Entspannung des Körpers und des Geistes erreicht.

Es ist egal, ob bei dem Kopf oder bei den Füßen begonnen wird. Wichtig ist, dass sich im Laufe dieses sogenannten „Body-Scans“ alle Körperteile erwähnt werden. Je nach Umfang und verfügbarer Zeit werden nur größere Körperteile wie Füße, Beine, Po, Hüfte, Rumpf, Schulter, Arme, Finger, Nacken, Kopf und Gesicht oder auch kleinere wie Zehen, Ferse, Fußsohle- und rücken, Schienbein, Wade, Knie, ... erwähnt.

Ist der „Body-Scan“ abgeschlossen, so bleiben die Teilnehmer noch ein bis zwei Minuten entspannt liegen. Danach werden sie gebeten, sich wieder auf ihre Atmung zu konzentrieren, Fuß- und Handgelenke zu kreisen und sich langsam zu strecken. Danach bewegen sich die Teilnehmer von der Liege- und die Sitzposition (vgl Skript, S. 19). Optional kann, falls Bedarf besteht, eine Befindlichkeitsrunde angeschlossen werden.

- Summen: Die Teilnehmer nehmen einen tiefen Atemzug und Atmen in ihrer natürlichen Tonlage auf den Laut „Ham“ aus. Ist die Luft verbraucht, wird erneut tief eingeatmet und wieder gesummt. Dieser Vorgang wird fortgesetzt. Mindestens zehn Minuten werden empfohlen, damit sich die gewünschte Entspannung durch die Resonanz, die durch das gemeinsame Summen entsteht, einstellt. Da die Summlänge je nach Teilnehmer variiert, entsteht ein fortlaufender ununterbrochener Summton, der im besten Fall den Parasympathikus aktiviert, der sich begünstigend auf Entspannung auswirkt.

Während des Summens liegen die Lippen locker und ohne Druck aufeinander, damit ein Kribbeln und das Vibrieren in Mund- und Kopfbereich entstehen und gespürt werden kann (vgl. Skript, S. 19f.).

Anhang 3: SOC Fragebogen

Nach: Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke. Tübingen: dgvt.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Auf jede Frage gibt es 7 mögliche Antworten. Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt. Geben Sie auf jede Frage nur eine Antwort.

1. Wenn Sie mit anderen Leuten sprechen, haben Sie das Gefühl, daß diese Sie nicht verstehen?

1	2	3	4	5	6	7
habe nie dieses Gefühl						habe immer dieses Gefühl

2. Wenn Sie in der Vergangenheit etwas machen mussten, das von der Zusammenarbeit mit anderen abhing, hatten Sie das Gefühl, dass die Sache

1	2	3	4	5	6	7
keinesfalls erledigt werden würde						sicher erledigt werden würde

3. Abgesehen von denjenigen, denen Sie sich am nächsten fühlen – wie gut kennen Sie die meisten Menschen, mit denen Sie täglich zu tun haben?

1	2	3	4	5	6	7
sie sind Ihnen völlig fremd						Sie kennen sie sehr gut

4. Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?

1	2	3	4	5	6	7
äußerst selten oder nie						sehr oft

5. Waren Sie schon überrascht vom Verhalten von Menschen, die Sie gut zu kennen glaubten?

1 2 3 4 5 6 7
das ist nie das kommt immer
passiert wieder vor

6. Haben Menschen, auf die Sie gezählt haben, Sie enttäuscht?

1 2 3 4 5 6 7
das ist nie das kommt immer
passiert wieder vor

7. Das Leben ist

1 2 3 4 5 6 7
ausgesprochen reine Routine
interessant

8. Bis jetzt hatte Ihr Leben

1 2 3 4 5 6 7
überhaupt keine klaren Ziele sehr klare Ziele
oder einen Zweck und einen Zweck

9. Haben Sie das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden?

1 2 3 4 5 6 7
sehr oft sehr selten oder nie

10. In den letzten zehn Jahren war Ihr Leben

1 2 3 4 5 6 7
voller Veränderungen, ohne dass ganz beständig
Sie wussten, was als nächstes passiert und klar

11. Das meiste, was Sie in Zukunft tun werden, wird wahrscheinlich

1 2 3 4 5 6 7
völlig faszinierend sein todlangweilig sein

12. Haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen?

1 2 3 4 5 6 7
sehr oft sehr selten oder nie

13. Was beschreibt am besten, wie Sie das Leben sehen?

1	2	3	4	5	6	7
man kann für schmerzliche Dinge im Leben immer eine Lösung finden					es gibt keine Lösung für schmerzliche Dinge im Leben	

14. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, passiert es sehr häufig, dass Sie

1	2	3	4	5	6	7
fühlen, wie schön es ist, zu leben					sich fragen, warum Sie überhaupt da sind	

15. Wenn Sie vor einem schwierigen Problem stehen, ist die Wahl einer Lösung

1	2	3	4	5	6	7
immer verwirrend und schwierig					immer völlig klar	

16. Das, was Sie täglich tun, ist für Sie eine Quelle

1	2	3	4	5	6	7
tiefer Freude und Zufriedenheit					von Schmerz und Langeweile	

17. Ihr Leben wird in Zukunft wahrscheinlich

1	2	3	4	5	6	7
voller Veränderungen sein, ohne dass Sie wissen, was als nächstes passiert					ganz beständig und klar sein	

18. Wenn in der Vergangenheit etwas Unangenehmes geschah, neigten Sie dazu,

1	2	3	4	5	6	7
sich daran zu verzehren					zu sagen: „Nun gut, sei's drum, ich muss damit leben“ und weiterzumachen	

19. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?

1	2	3	4	5	6	7
sehr oft					selten oder nie	

20. Wenn Sie etwas machen, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,

1	2	3	4	5	6	7
werden Sie sich sicher auch weiterhin gut fühlen					wird sicher etwas geschehen, das das Gefühl verdirbt	

Item-Nr.	SOC-Komponente	Polung	Kurzform
1	V	negativ	
2	H	positiv	
3	V	positiv	
4	B	negativ	K
5	V	negativ	K
6	H	negativ	K
7	B	negativ	
8	B	positiv	K
9	H	positiv	K
10	V	positiv	
11	B	negativ	
12	V	positiv	K
13	H	negativ	
14	B	negativ	
15	V	positiv	
16	B	negativ	K
17	V	positiv	
18	H	positiv	
19	V	positiv	K
20	H	negativ	
21	V	positiv	K
22	B	positiv	
23	H	negativ	
24	V	positiv	
25	H	negativ	K
26	V	positiv	K
27	H	negativ	
28	B	positiv	K
29	H	positiv	K

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Köln, den 26. Oktober 2017

Mara Kehrbaum