



Denis Mourlane

emotional
LEADING

Die Kunst, sich
und andere richtig
zu führen

dtv

Ausführliche Informationen über
unsere Autoren und Bücher
www.dtv.de



Dieses Buch ist auch als eBook erhältlich.
Originalausgabe
© 2015 dtv Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, München
Das Werk ist urheberrechtlich geschützt.
Sämtliche, auch auszugsweise Verwertungen bleiben vorbehalten.
Umschlagkonzept: Balk & Brumshagen
Umschlaggestaltung: Katharina Netolitzky
Gesetzt aus der Scala
Satz: Bernd Schumacher
Druck und Bindung: Kösel, Krugzell
Gedruckt auf säurefreiem, chlorfrei gebleichtem Papier
Printed in Germany · ISBN 978-3-423-26093-0

pour
Lou et Moe

Inhalt

I

Vorwort: Ein Sommerabend am Bodensee.....	13
Einleitung: Komplexität reduzieren	21
1 Die fünf psychologischen Grundbedürfnisse des Menschen	27
Das Bedürfnis nach Bindung.....	31
Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle	35
Das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung.....	38
Das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz	40
Das Bedürfnis nach Kohärenz	43
Das Streben nach Balance	46
Annäherung und Vermeidung im Vergleich.....	53
Ein Blick auf die Ursprünge	56
Der Einfluss unseres genetischen Erbes	56
Der Einfluss unserer Erfahrungen	58
Zusammenfassung	63
2 Wenn Gefühle lügen	66
Die Sprache der Emotionen	67
Glauben Sie nicht alles, was Sie fühlen	72
Zusammenfassung	85

3	Emotional Leading: Sie selbst	87
	Drei Wege, um sich selbst emotional zu führen	89
	Die Geschichte von Theo	89
	Weg 1: Analyse-Tools anwenden	99
	Weg 2: Die Komfortzone erweitern	102
	Weg 3: Akkurat denken = akkurat fühlen.....	110
	Drei wichtige Punkte bei der Befriedigung von Bedürfnissen	123
	Externe Angriffe auf die Bedürfnisse	123
	Bedürfnisse untereinander ausbalancieren	125
	Weitere Instrumente zur Bedürfnisbefriedigung.....	128
	Zusammenfassung	130
4	Emotional Leading: Mitarbeiter	132
	Das Modell der emotionalen Führung.....	132
	Die Studie Führung, Gesundheit und Resilienz.....	137
	Emotional Leading bei Google	142
	Mitarbeiter emotional führen	148
	Analyse des eigenen emotionalen Führungsstils	151
	Die Emotionen Ihrer Mitarbeiter neugierig und wertfrei wahrnehmen	153
	Emotionales und situatives Führen	159
	Emotionales Führen von Mitarbeitern, die nicht in der Balance sind	163
	Zusammenfassung	177
	Epilog: Über die Weisheit	179
II		
	Fragebögen und Übungen	185
	Analyse-Tool 1: Persönliche Bedeutung der Grundbedürfnisse.....	185
	Fragebogen zur Selbsteinschätzung	186

Fragebogen zur Fremdeinschätzung.....	190
Auswertung.....	194
Interpretation Ihrer Ergebnisse	195
Analyse-Tool 2: Offene Selbstreflexion zu den fünf Grundbedürfnissen	199
Analyse-Tool 3: Die Komfortzone verlassen.....	209
Analyse-Tool 4: Emotionen und Gedanken interessiert wahrnehmen	215
Das MBSR-Training.....	215
Die Holzbrücke – eine Übung	218
Analyse-Tool 5: Der Bedürfnis-Check-up	221
Analyse-Tool 6: Allgemeines bedürfnisbezogenes Verhalten	223
Fragebogen zum allgemeinen bedürfnisbezogenen Verhalten	223
Auswertung	226
Interpretation Ihrer Ergebnisse	226
Analyse-Tool 7: Emotionales Führungsverhalten.....	228
Fragebogen zur Selbsteinschätzung	228
Fragebogen zur Fremdeinschätzung.....	230
Auswertung	231
Interpretation Ihrer Ergebnisse	232
Analyse-Tool 8: Der »Google-Fragebogen«.....	237
Fragebogen zur Selbsteinschätzung	238
Fragebogen zur Fremdeinschätzung.....	239
Auswertung	241
Interpretation Ihrer Ergebnisse	243
Analyse-Tool 9: Direkte Selbstreflexion zum emotionalen Führungsstil.....	246
Fragen zur Selbstreflexion.....	246
Dank	249
Literaturverzeichnis	251

I



Vorwort: Ein Sommerabend am Bodensee

Im August 2005 saß ich mit meinem ehemaligen Kollegen, Dr. Daniel Nischk, im Garten seines Hauses am Bodensee. Es war ein wunderschöner Sommerabend. Wir lachten viel und unterhielten uns angeregt bei dem einen oder anderen kühlen Bier.

Daniel und ich waren seit unserer ersten Begegnung von Kollegen zu echten Freunden geworden. Kennengelernt hatten wir uns 1997, als wir beide als Therapeuten für die Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie in Münster arbeiteten. Wir hatten zu der Zeit gerade unser Psychologiestudium abgeschlossen, uns durch ein anspruchsvolles Bewerbungsverfahren mit Professoren der Universitäten Marburg, Münster und Oxford gekämpft und schließlich die Zusage für ein Stipendium der Dornier-Stiftung erhalten. Nach drei Jahren fing ich dann an, als Wirtschaftspsychologin tätig zu werden, während Daniel der Klinischen Psychologie treu blieb und mittlerweile als Leitender Psychologe in einer Klinik am Bodensee arbeitete.

Voller Stolz und Tatendrang hatten wir unsere Arbeit in der Christoph-Dornier-Stiftung aufgenommen, die damals wie heute zu den renommiertesten Therapieeinrichtungen Deutschlands gehört. Sie ist auf die Behandlung von Patienten mit schweren Angststörungen spezialisiert und bietet ein außergewöhnliches und sehr effektives Therapieprogramm an.

Menschen mit *sozialer Phobie* vermeiden soziale Situationen. Sie verspüren eine intensive Angst, dass sie sich z. B. durch einen Versprecher, ein Erröten oder eine zitterige Hand blamieren

könnten und ziehen sich immer mehr zurück. Dies kann so weit gehen, dass sie sich selbst im engsten Familienkreis nicht mehr trauen, beispielsweise beim gemeinsamen Essen, etwas zu sagen.

Bei *spezifischen Phobien*, wie z. B. einer Flugangst oder einer Spinnenphobie, ist es den Patienten häufig nicht mehr möglich, ihrem Beruf nachzugehen. »Flugängstliche« können keine Geschäftsreisen mehr unternehmen. Ein Kirchenorgelspieler, den eine Kollegin von mir behandelte, konnte sich aufgrund einer Spinnenphobie seinem Instrument nicht mehr nähern. Hinter der Orgel lebten Dutzende von Kreuzspinnen und hatten dort ihre Netze gesponnen. Sie taten ihm zwar nichts, aber alleine der Gedanke daran versetzte ihn in schiere Panik.

Wir behandelten vor allem Menschen, die an einem *Paniksyndrom mit Agoraphobie* erkrankt waren. Diese häufig sehr schwere, aber gut zu therapierende psychische Erkrankung zwingt die Betroffenen, ihren Lebensraum immer weiter einzuschränken. Meist beginnen sie aufgrund einer einmal erlebten Panikattacke, alle Orte zu meiden, an denen sie keine Hilfe erreichen kann bzw. von wo sie, im Falle einer Panikattacke, nicht fliehen können. Wenn Sie darüber nachdenken, werden Sie schnell merken, dass es zahlreiche Situationen und Orte sind, auf die diese Kriterien zutreffen.

Das als Konfrontationstherapie bezeichnete Therapieprogramm, welches wir mit diesen Menschen durchführten, bestand darin, die Patienten zwei Wochen lang bis zu zehn Stunden am Tag mit ihren Ängsten zu konfrontieren. Daniel und ich begleiteten unter strenger Supervision und einem klar strukturierten Therapieprozess folgend, jeweils einen Patienten.

Wir besorgten Vogelspinnen für Menschen mit Spinnenphobien, um ihnen diese so lange auf die Hand zu setzen, bis sie keine Angst mehr davor hatten. Wir organisierten Vorträge in Schulen, an Universitäten oder in Altersheimen für Menschen

mit Redeangst bzw. einer sozialen Phobie, bis diese in solchen Situationen relativ entspannt waren. Und wir reisten im Zug, im Auto, auf Schiffen, in Flugzeugen kreuz und quer durch Europa, durch Tunnels, über Autobahnen, absichtlich mitten in Staus und Vollsperrungen hinein, bestiegen Türme, fuhren stundenlang Aufzug und gingen in Fußballstadien und zu sonstigen Großveranstaltungen, um Menschen, die an einem Paniksyndrom mit Agoraphobie erkrankt waren, ihre Ängste so weit wie möglich zu nehmen.

Dieses Therapieprogramm ist natürlich mit Abstand das härteste, was sich ein Patient »antun« kann. Es ist aber auch außerordentlich wirksam, denn 80 Prozent der Personen, die es durchlaufen, sind danach dauerhaft frei von Beschwerden. Dies stellt bei Psychotherapien eine sehr hohe Erfolgsquote dar.

Auch für den Therapeuten ist dieses Programm nicht immer einfach, denn man erlebt permanent Menschen voller Angst, die man behutsam und immer wieder von Neuem überzeugt, in der Situation zu bleiben, die gerade Panik bei ihnen auslöst. So lange, bis der sogenannte *Habituationseffekt* eingetreten ist. Dieser natürliche und sehr hilfreiche physiologische Effekt führt dazu, dass der Körper die Angstreaktion irgendwann abstellt. Weil er ganz einfach nicht mehr kann und sich zudem an die Situation gewöhnt hat. Der Patient erlebt sich dann vollkommen angstfrei in einer Situation, vor der er zuvor manchmal richtige Todesangst hatte. Es gibt bei der Arbeit mit Menschen keinen schöneren Lohn, als in das glückliche und stolze Gesicht eines Patienten zu schauen, der beispielsweise jahrelang sein Haus kaum noch verlassen konnte und sich nach nur zwei Wochen Therapie bereit fühlt, alleine mit dem Flugzeug nach Paris zu fliegen und dort auf den Eiffelturm zu steigen. Aber 80 Prozent Erfolgsquote bedeutet eben auch, dass die Therapie bei einer von fünf Personen nur teilweise oder gar nicht anschlägt. Dies ist vor allem für den Patienten, aber auch für den Therapeuten

enttäuschend, und man muss als junger Psychologe lernen, damit umzugehen.

Daniel und ich unterhielten uns an diesem Abend über genau diese 20 Prozent, bei denen die Therapie keinen durchschlagenden Effekt gehabt hatte. Bis heute bin ich der Meinung, dass wir uns im Nachgang solcher Therapien zu wenig mit den Ursachen für den Misserfolg beschäftigen. Liegt nicht gerade darin ein riesiges Potenzial an Erkenntnissen, wie man das Therapieverfahren noch weiter verbessern kann?

Ich erzählte Daniel von einer Therapie, die mich besonders bewegt hatte. Es handelte sich um eine 35-jährige Frau, die panische Angst vor dem Alleinsein hatte. Ihren wohlhabenden und gebildeten Partner hatte sie bei der Arbeit kennengelernt, sie war seine Sekretärin gewesen. Einige Zeit nachdem die beiden zusammengezogen waren, bemerkte sie, dass es ihr immer schwerer fiel, alleine zu Hause oder in seinem Ferienhaus zu bleiben. Bald schon konnte sie auch nicht mehr alleine im Wald spazieren oder joggen gehen, was sie früher sehr gerne getan hatte. Warum ihr das schwerfiel, wusste sie nicht. Es handelte sich um das, was wir Psychologen als *Angst vor der Angst* bezeichnen: »Hoffentlich bekomme ich in dieser Situation nicht wieder Angst.« Als dies ein solches Ausmaß annahm, dass sie kaum noch die zwanzig Meter vom Parkplatz bis zum Haus ohne Panik alleine zurücklegen konnte, entschied sie sich, die Christoph-Dornier-Stiftung zu kontaktieren.

Ich war in üblicher Weise vorgegangen. Erstgespräch zum Kennenlernen und Erfassen der Problemstellung. Sechsstündige ausführliche Diagnostik. Einstündige kognitive, also gedankliche Vorbereitung auf das anstehende Therapieprogramm, mit detaillierter Schilderung, was zwei Wochen lang auf sie zukommen würde. Einwöchige Bedenkzeit, um zu- oder abzusagen.

Die Patientin hatte sich hochmotiviert für die Therapie entschieden. Wir starteten damit, all die oben beschriebenen Situa-

tionen aufzusuchen. Allerdings ohne durchschlagenden Effekt. Die Symptomatik besserte sich zwar ein wenig, aber nicht in dem Maße, das ich von anderen Therapien kannte. Nach der ersten Woche ließen wir die gemeinsame Arbeit noch einmal Revue passieren. Sie war sichtlich enttäuscht über die minimalen Fortschritte und gab sich selbst die Schuld. Wir entschieden uns, am folgenden Montag erst einmal mit einem ausführlichen Gespräch zu beginnen.

In diesem berichtete mir die Patientin, dass ihr in den vergangenen Tagen immer wieder ein Erlebnis beim Skifahren in den Sinn gekommen sei. Obwohl ihr Freund wusste, dass sie sich vor schweren Abfahrten fürchtete und sie ihn eindringlich darum gebeten hatte, schwarze Pisten zu meiden, führte er sie auf so einen Skihang. Da keine Möglichkeit bestand, wieder mit einem Lift ins Tal zu gelangen, musste sie abfahren, was ihr nur mit allergrößter Anstrengung und unter starken Angstgefühlen gelang. Sie fühlte sich nicht respektiert und richtiggehend erniedrigt. Diese Situation war für sie das beste Beispiel, wie die Beziehung zu ihrem Freund insgesamt lief. Er nahm sie, so empfand sie es, nicht ernst, lud sie nur selten ein, ihn auf Veranstaltungen zu begleiten, verheimlichte ihre Beziehung. Er schien sich dafür zu schämen, dass er »nur« mit einer »kleinen, ungebildeten Sekretärin« zusammen war.

Ich war schockiert über das Verhalten des Freundes und gab ihr auch eine entsprechende Rückmeldung. Wir reflektierten gemeinsam, ob ihre Angstsymptomatik mit diesem Erlebnis zusammenhängen könne, und es fiel ihr wie Schuppen von den Augen. Sie erkannte, dass ihre Angst nichts anderes als ein Ausdruck ihres verletzten Selbstwerts war. »Schau, ich habe Angst. Ich brauche dich, deine Zuwendung und deine Anerkennung. Hilf mir. Steh zu mir. Lass mich nicht alleine in unserem Haus«, versuchte sie ihrem Freund durch ihre Angstsymptomatik zu sagen.

Die Patientin entschied sich, umgehend mit ihrem Partner zu reden und ihm zu zeigen, wie sehr sie dieses Verhalten verletzte. Sie war auch entschlossen, ihm ein Ultimatum zu stellen. Entweder er stehe zu ihr und respektiere sie oder sie würde die Beziehung beenden.

Als wir uns zwei Tage später wiedersahen, war die Frau wie ausgewechselt. Sie hatte ihr Vorhaben in die Tat umgesetzt. Ihr Freund hatte mit großer Betroffenheit reagiert und ihr gestanden, dass er sich tatsächlich manchmal für sie und ihre Herkunft schämte. Er hatte jedoch eingesehen, dass dieses Verhalten nur etwas mit ihm und nichts mit ihr zu tun hatte, und ihr versichert, wie sehr er sie liebte. Die beiden hatten vereinbart, dass er sie nun allen Freunden vorstellen und versuchen würde, die zuvor gezeigten verletzenden Verhaltensweisen zu unterlassen. Wie Sie sich vielleicht bereits denken, verschwanden ihre Ängste danach sehr schnell.

Vor der Therapie hatte sie den Zusammenhang zwischen ihrem verletzten Selbstwert und der Angstsymptomatik nicht erkannt, also konnte sie sich dazu auch nicht verbal äußern. Ihre Emotionen aber zeigten, dass eines ihrer psychologischen Grundbedürfnisse, das Bedürfnis nach Selbstwertschutz und Selbstwerterhöhung, zutiefst verletzt worden war.

Nicht die Konfrontation mit den Ängsten, sondern die Entdeckung, dass ihre Emotion, die Angst, »nur« ein Symptom war, war der entscheidende Schlüssel zum Erfolg der Therapie. Ich hätte die Patientin wahrscheinlich monatelang mit ihren Ängsten konfrontieren können, und es hätte sie letztendlich nicht viel weitergebracht.

Nachdem ich Daniel dies alles geschildert hatte, fragte ich ihn, ob er vergleichbare Fälle kennen würde und vor allem, ob er mir diesbezüglich Literatur empfehlen könne.

Das Werk, das er mir dann nannte, sollte zum Grundstein dieses Buches werden und es beeinflusst meine Arbeit als Wirt-

schaftspsychologie bis heute maßgeblich. Es handelt sich um das kurz zuvor erschienene Buch ›Neuropsychotherapie‹ von Prof. Dr. Klaus Grawe.

Das aus meiner Sicht Bemerkenswerteste an diesem Buch ist, wie er die psychologischen Grundbedürfnisse herausarbeitet und ihnen ein solides neurobiologisches Fundament gibt. Diese fünf Grundbedürfnisse sind der entscheidende Schlüssel zu einer gelungenen Selbst- und Mitarbeiterführung und zu dem, was ich Ihnen mit dem Begriff *Emotional Leading* in diesem Buch näherbringen möchte.

In einer Zeit, in der die Fälle von Berufsunfähigkeit und die Fehltagelast aufgrund psychologischer Erkrankungen unaufhaltsam ansteigen, ist jeder Einzelne gefordert, aber auch jedes Unternehmen und deren Führungskräfte. Auch wenn man das Ende eigentlich nicht am Anfang erzählen soll: Grawe schreibt als allerletzten Satz in seinem Buch ›Neuropsychotherapie‹ Folgendes:

»Die beste Art, das Gehirn gesünder zu machen, ist eine bessere Bedürfnisbefriedigung.«

Dem kann ich nur beipflichten und möchte noch ergänzen, dass es ganz im Sinne des Satzes »Ein gesunder Geist steckt in einem gesunden Körper« nicht immer nur darum gehen sollte, einen Menschen wieder gesund zu machen, sondern vor allem, ihn gesund zu erhalten. Dafür ist sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenalter eine gute Bedürfnisbefriedigung durch uns selbst und durch unser Umfeld von entscheidender Bedeutung.

