

Forum 6

Gesundheit !!! – Für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige

Der Blick auf die gesunde Seite – ein Paradigmawechsel in der Psychotherapie?

Horst Baumeister

Ich möchte hier einige Facetten der Vielschichtigkeit von Salutogenese aufzeigen, und zwar einerseits aus dem Blickwinkel, wo Salutogenese offensichtlich in Erscheinung tritt, andererseits aber auch, wo Salutogenese verschlüsselt und versteckt ist. Krankheit drängt sich uns ja auf, sie ist das Störende, das Gefährliche, mit dem es fertig zu werden gilt; Krankheiten lassen wir behandeln. Das Geheimnis der Gesundheit jedoch liegt im Verborgenen (Gadamer, 1993). Sie bietet sich nicht von selbst an. Man kann sie in Wahrheit auch nicht messen. Trotz ihrer Verborgeneheit kommt sie jedoch zutage in einer Art Wohlgefühl, einem Wohlgefühl, das uns unternehmensfreudig, weltoffen macht. Sie kommt zutage in dem Gefühl, dass wir Mühen und Anstrengungen auf uns nehmen und unser Dasein sinnerfüllt erfahren. Bereits im Altertum gab es schon eine Medizin, die zwar noch nicht viel von Pathogenese verstand, jedoch schon viel von Salutogenese. In den alten Tempelkrankenhäusern, wie zum Beispiel in Epidaurus oder Pergamon, gab es das Theatron für das dramatische Spiel, das Odeon für die musikalischen Aufführungen und das Stadion für die Bewegungsaktivitäten. Im Tempelzentrum selbst widmete man sich dem Heilschlaf, der heilenden Kraft der Götter und der rechten Lebensführung, heute auch Diätetik genannt. Darüber hinaus ging es um die Aufrichtung der Seele, was mit Sinnesfreuden verbunden war. Heilung und Kunst waren untrennbar zur Heilkunst verbunden.

Antike Philosophen wie Epikur, Zenon und insbesondere Seneca zeigten sich schon damals als Meister der rechten Lebensführung und Heilkunst. Zum Leiden und Heilen schrieb Seneca: „Es geht darum, zu lindern, was mich in Angst und Schrecken versetzt, zu bändigen, was mich aufreizt, Einhalt zu gebieten der Genussucht und zu bekämpfen die Habsucht... Doch welcher Arzt kuriert schon im Vorbeigehen? Denn kommt das Übel nicht von außen, so sitzt es tief in den Eingeweiden“. Zur Therapie empfiehlt er weiter: „Man solle den Umgang mit wohl wollenden, zur Heiterkeit neigenden Menschen suchen, den mit Unfrohen aber meiden. Man dürfe einen Lebensstil der Selbstbezüglichkeit, der Unaufrichtigkeit und der Zurschau-

stellung nicht pflegen. Denn glücklich ist ein Leben, das mit dem eigenen Wesen übereinstimmt“ (Seneca, 1983).

Sie sehen, schon in der Antike praktizierte man in den Tempelkrankenhäusern das, was wir heute in der Sporttherapie, Maltherapie, Tanztherapie und Musiktherapie fördern wollen. Das Heilsame der schöpferischen Kraft erkannte man schon damals, da Kreativität und Bewegung eng mit Gesundheit verbunden sind.

Wenn wir über Krankheit und Gesundheit sprechen, geht dies nicht zuletzt auch über Definitionen von Krankheit und Gesundheit.

Würde man sich einem biomedizinischen Dogma verpflichten, wäre psychisch Kranken, die keinen organopathologischen Befund aufweisen, der Status des Krankseins versagt. Würde man Gesundheit unter sozialwissenschaftlichen Gesichtspunkten alleine definieren wollen, wie das von dem Soziologen Parson vorgenommen wurde, so würde sich zum Beispiel Gesundheit auch unter gesellschaftlichen Wertvorstellungen bemessen; dementsprechend definiert Parsons Gesundheit als den Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist (Parsons, 1967). Wenden wir uns also der Frage zu, wer ist gesund oder wer ist krank, so werden weder im soziologischen noch im biomedizinischen Krankheitsmodell die subjektiven Zuschreibungen, ob sich jemand als krank oder als gesund bezeichnet, berücksichtigt. Aufgrund eines Karzinoms, das zufälligerweise entdeckt wurde, kann ich mich durchaus noch gesund fühlen, auch kann mich ein Arzt durchaus für krank befinden, ich selbst jedoch nicht die geringste Krankheitseinsicht haben. Bei Formen der pathologischen Weltzuwendung, wie zum Beispiel der Manie, wird es Ihnen wenig nutzen, auf den Maßverlust hinzuweisen und auf Krankheitseinsicht zu hoffen; ähnlich verhält es sich mit den ich-synthonen Charakterpathologien, wie zum Beispiel dem pathologischen Narzissmus. Also, das subjektive Wohlfühlen und die medizinische Diagnose als alleiniges Kriterium des Krankseins oder Gesundseins reichen nicht aus.

Gesellschaftliche Wertmaßstäbe wie Normalität und Konformität spielen eine ebenso große Rolle. Ist der Normale, gesellschaftlich Taugliche gesund? Aus sozialpsychologischer Perspektive kommt Erich Fromm zu dem Befund, dass der so genannte Normale, der Überangepasste weniger gesund ist als der Neurotische, er ist nur besser tauglich auf Kosten seiner selbst, welches er aufgab, um nach Möglichkeit so zu werden, wie man es von ihm erwartete (Fromm, 1979). Die so genannten Supernormalen sind nicht unbedingt die Gesundesten und manchmal ist der Wahnsinn auch die Norm (Foucault, 1969)- die Geschichte und die politische Gegenwart legen ausreichend Zeugnis davon ab. Gerade das bewusste Leiden an gesellschaftlichen Missständen oder traumatisierenden äußeren Gegebenheiten kann auch ein Zeichen von seelischer Gesundheit sein. Leiden ist also auch ein Zeichen von Gesundheit, wobei Leiden dann aber nicht als bloßes Widerfahrenes erlebt werden darf, sondern auch als Fähigkeit und Bereitschaft, sich etwas zur Erfahrung werden zu lassen, sich von Missständen treffen zu lassen.

Das Verständnis von Gesundheit muss mehrperspektivisch wahrgenommen werden und zeigt, dass es mit der inneren Verbundenheit des eigenen Lebenszusammen-

hangs, von kulturellen Vorstellungen, von wissenschaftstheoretischen Positionen, von persönlichen und gesellschaftlichen Wertungen abhängig ist, dass Gesundheit von Entfaltungsmöglichkeiten, sowohl der inneren, wie der äußeren Realität und deren Umsetzung in kommunikative Prozesse abhängt.

Salutogenetische Perspektiven fragen hauptsächlich nach den gesundheitserhaltenden und auch wiederherstellenden Faktoren trotz schwer wiegender Belastungen (Antonovsky, 1979, 1987, 1993a). Wie aber mit derartigen Belastungen umgegangen wird, hängt davon ab, welche Potentiale und Ressourcen der Einzelne hat. Es hängt ab von seiner Ich-Stärke, seiner Abwehrstruktur, von genetischen Dispositionen, von seiner Vulnerabilität, Vitalität, von den erlebten Sozialisierungserfahrungen. Gesundsein und Kranksein sind aber keine zeitüberdauernden stabile Größen, sondern unterliegen auch einem Wandel. Sie sind dem persönlichen Lebenskontext unterworfen und auch dem historischen Zeitkontinuum, denn es gibt nun mal Kriegskinder, Nachkriegskinder, Wohlstandskinder, Fernsehkinder und Computerkinder. Kranksein und Gesundsein können wir, wie schon angedeutet, nicht gesellschaftspolitisch unabhängig sehen; denn es ist ja auch nicht mehr übersehbar, dass wir in einer Kultur leben, die ein narzisstisch gestimmtes Weltverhältnis prägt. Der moderne Homo Faber, der in sich und in seinen Machbarkeitswahn verliebt ist, fühlt sich weder krank, noch wird er im Allgemeinen für krank gehalten.

Sehr häufig haben wir es mit Menschen mit einer schwer beschädigten Identität zu tun. Durch Traumata ist bei diesen Menschen die persönliche Reizverarbeitungskapazität zusammengebrochen, wodurch es zu existentiellen Ängsten, Hilflosigkeit, Schmerz, Scham und Demütigung gekommen ist. Bei derart erlebten Makro- und kumulativen Mikrotraumen entwickeln diese Menschen Fähigkeiten, sich in unterschiedlicher Weise durch Abwehrvorgänge zu schützen, wie zum Beispiel durch so genannte Dissoziationszustände. Während eines Traumas oder der atmosphärischen Wiederbelebung eines zurückliegenden Traumas spalten sie ihr Körpererleben ab, ziehen sich ganz weit in sich zurück, wo kein Schmerz und keine Demütigung mehr sie treffen kann. Hier wird Gesundes im Kranken wirksam, und wir sollten diesen Schutzmechanismus würdigen. Wir müssen Einsichten in die Gesetzmäßigkeit der pathologischen Position gewinnen, ihren Sinn entfalten und die Bearbeitungsform der toxischen Lebenserfahrung als ungewöhnliche Fähigkeit erkennen; denn der Abwehrvorgang ist die Kraft, Unerträgliches abzuwehren. Das Problem ist also nicht die Abwehr selbst, sondern ihre Fixierung. Wenn unerträgliche Gefühlswelten abgewehrt werden, so schützen sie vor dem Gefühl der totalen Vernichtung, sie haben also eine protektive Funktion. Über die gesamte Lebensspanne hinweggesehen sind solche Bewältigungsstrategien jedoch meist untauglich geworden, deren Behandlung jedoch auch nicht ohne weiteres erfolgreich. Nicht zuletzt auch deshalb gilt es, grundsätzlich die Perspektive einzunehmen, dass einerseits Krankheiten reparative Leistungen darstellen, andererseits der Mensch nicht nur krank ist und durch Pathologie bestimmt wird, sondern auch über Begabungen und Fähigkeiten verfügt, die gefördert werden sollten (Petzold, 1993).

Der 1992 verstorbene israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky fragte sich, wie es kommt, dass auch unter schweren Belastungen immer nur ein Teil der Men-

schen erkrankt, andere aber gesund bleiben. Entgegen dem traditionellen medizinischen Konzept der Pathogenese galten seine zukünftigen Untersuchungen nicht den Erkrankten selbst, sondern jenen Menschen, die bei identischer Belastung gesund blieben. Im Laufe seiner Untersuchungen ist es ihm gelungen, diese widerstandsfähigen Menschen in bestimmter Weise zu charakterisieren. Er konnte Ressourcen bei diesen Individuen identifizieren, die er zunächst als generelle Widerstandsquellen bezeichnete und die er später zu dem Konstrukt des „Sense-of-Coherenc-Erlebens“ spezifizierte (Antonovsky, 1987).

Auf der Suche nach generellen Widerstandquellen kam er auf Grund eigener Forschungsarbeiten zunächst auf eine Reihe von Faktoren, die am ehesten mit dem Begriff von intakten Sozialstrukturen und guter sozialer Unterstützung umschrieben werden können. Weiter zählt Antonovsky dazu: ausreichende materielle Absicherung, Wissen und Intelligenz, Ich-Identität und kulturelle Stabilität. Diese Faktoren stärken die Überzeugung des Menschen, so dass die Stimuli der eigenen Umwelt sinnvoll interpretierbar sind. Die Betonung liegt hier auf den Kognitionen und er nannte später diese Komponente „Das Gefühl der Verstehbarkeit“.

Als zweiten Faktor der heilsamen Ressourcen identifizierte Antonovsky die Befähigung zum instrumentellen Vertrauen, d. h. zu der Überzeugung, dass die Karten des Lebens nicht gegen einen gemischt sind, was die Befähigung unterstützt unter Belastung innere und äußere Ressourcen zu mobilisieren, was wiederum zu dem Gefühl führt, dass ich die Dinge beeinflussen kann. Diese zweite Komponente beschrieb Antonovsky mit dem Begriff des „Gefühls der Handhabbarkeit“.

Die dritte Komponente der heilsamen Ressourcen fasste Antonovsky unter dem Begriff des Gefühls der Sinnhaftigkeit zusammen. Das kognitive Element des Verstehens und das Pragmatische der Handhabbarkeit wurde ergänzt durch den wichtigen emotionalmotivationalen Aspekt. Jemand muss bewältigen wollen und das geht in der Regel nur, wenn er die Anforderungen der Umwelt als emotional sinnvoll, als Herausforderung, an der er wachsen kann, erleben kann.

Diese drei Ressourcen fasst Antonovsky unter dem Oberbegriff des Kohärenzgefühls zusammen.

Seine Hypothese lautet: Je stärker das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto erfolgreicher wird sie die unausweichlichen und der menschlichen Existenz inne wohnenden Stressoren bewältigen können. Das Kohärenzgefühl ist also kein spezifischer Copingstil, sondern eine übergreifende Fähigkeit potentiellen Stressoren so zu begegnen, dass sich die Entwicklung in Richtung Gesundheitswohl bewegt. Dieses Kohärenzgefühl beschreibt eine generelle Lebenseinstellung, die gekennzeichnet ist von existentieller Zuversicht und der Überzeugung, dass Probleme prinzipiell lösbar sind und ich auch die Fähigkeit habe, Ressourcen zu erkennen und zu nutzen und an der Gestaltung der eigenen Existenz aktiv mitzuwirken. Mit anderen Worten, es drückt den Glauben an ein verstehbares, beeinflussbares und sinnvolles Leben aus (Antonovsky, 1979, 1993a, 1993b).

Wenn wir Krankheit und Gesundheit in den Blick nehmen, können wir das nicht ohne Einblick in die eigene Identität tun, denn wir haben ein Bedürfnis zu wissen, was uns ausmacht, wer wir sind, was unsere Lebensziele sind. Wissen wir dies nicht,

sind wir unsicher, irritiert, möglicherweise werden wir krank oder sind zumindest gefährdet. Unsere Identität entsteht aber nicht aus unserem einsamen Ich heraus, sondern erwächst aus sozialen Beziehungen und aus den Gesellschaftsstrukturen, in denen wir leben. Je nachdem kommt es zu einer gelungenen oder beschädigten Identität. In diesem Zusammenhang muss aber auch die Frage aufgeworfen werden, inwieweit relatives Gesundsein des einen auf Kosten des anderen geht; in der harmloseren Form wäre dies der tyrannische Chef, der noch kompensiert ist, seine Mitarbeiter schon dekompensiert. Viel gravierender ist dies jedoch beim sexuell missbrauchten Kind, das krank wird, sein Täter aber kompensatorisch gesund bleibt. Bei dem Täter wird eher die strafrechtliche Verantwortlichkeit diskutiert und nicht die Frage, ob er krank ist. Auch die bereits angesprochene gesellschaftspolitische Struktur und die jeweilige sich ableitende soziale Situation des Patienten darf nicht unberücksichtigt bleiben, denn ein falsch verstandener Subjektivismus wird zu einer falsch verstandenen Pathologisierung.

Nicht alles ist neurotische Angst, sondern auch Ausdruck nackter Wirklichkeit. Gesellschaftliche Probleme schlagen um in Ängste, Depressionen, Konflikte; gesellschaftliche Krisen erscheinen jedoch mehr denn je als individuelle. Therapie-schulen, die Pathologien nur auf Symptome reduzieren, greifen zu kurz. Wo sich Therapien nur auf das Symptom konzentrieren, manövrieren sie die psychosoziale Dimension aus dem psychotherapeutischen Geschehen hinaus und nehmen somit teil an der Entfremdung, durch welche gerade Krankheit auch entstanden sein kann. Aufgabe der Psychotherapie kann und darf es nicht sein, nur auf eine funktional anpassungsorientierte Verhaltensflexibilität hinzuarbeiten (Pritz, 1992).

In therapeutischen Prozessen ist darauf zu achten, dass wir Gesundung nicht verhindern, bzw. Gesundsein nicht überdecken. Im Allgemeinen kennt der Therapeut sich in der Pathologie aus, im Negativismus, im Pessimismus, dort ist er zu Hause. Meist versteht er die Krankheiten und deren Zusammenhänge besser als der Patient selbst – kennt er sich aber auch im Land der Gesundheit aus? Nötig ist es, dass der Therapeut den Patienten in einer Synthese von Gesundheit und Krankheit einbindet. Dem Patienten erscheint Gesundheit meistens notwendiger Weise lediglich als das Gegenteil von Krankheit. Die beiden Zustände Gesundheit und Krankheit sind jedoch nicht dichotom zu sehen und schließen sich nicht aus, sondern sind in eine Synthese überzuführen. Es geht nicht bloß um den Kampf gegen das Negative, sondern gerade bei chronisch Kranken um das Erhalten und den Aufbau von Gesundheit und das Bejahen des Positiven trotz aller Schwierigkeiten. Jemand ist nicht nur Gefangener seiner eigenen Vergangenheit, seiner Schicksalsschläge, sondern er kann auch sagen: Ich will mein Leben anders gestalten, anders ausrichten. Es stellt sich also die existentielle Frage: „Was mache ich aus dem, was andere aus mir gemacht haben.“ Der Einzelne kann jedoch nur gesund bleiben oder gesund werden, wo ein aussichtsreiches Leben möglich (Baumeister, 1995) sein wird. Wenn jedoch einem die Arbeit verwehrt wird, nicht zuletzt weil die gesamtgesellschaftlich notwendige Arbeit von immer weniger Menschen verrichtet werden kann, wird ein aussichtsreiches Leben nicht ohne weiteres möglich sein, es sei denn, es gelänge, nicht lohnabhängige Arbeit auch umzubewerten, damit der Arbeitslose nicht in Interes-

sen- und Initiativlosigkeit abgeleitet. Unsere Gesellschaft definiert sich jedoch als Arbeitsgesellschaft und somit wird Arbeit sehr hochbewertet (Honneth, 1990). Für die Griechen zum Beispiel wäre es unmöglich gewesen, den Menschen über Arbeit zu definieren, Arbeit war für sie etwas Sklavisches. Das Menschsein fing dort erst an, wo man sich von Arbeit befreien konnte. Welcher Klasse man zugehörte, zeigte sich im letzten Jahrhundert auch daran, ob man arbeitete oder ob man so genannten freien Tätigkeiten nachging, wie zum Beispiel der Politik, dem Sport, dem Spiel und der Jagd. Wir in der Therapie müssen uns also unter salutogenetischer Perspektive Gedanken darum machen, gerade z.B. im Hinblick auf die strukturelle Arbeitslosigkeit, wie eine alternative Welterschließung (Taylor, 1995) für den Einzelnen möglich ist, anstatt in Apathie, Langeweile und Selbstzweifel zu fallen. Wir haben es sicher auch hier selbst noch mit Orientierungsprozessen zu tun, aber ich denke, wir müssen einen veränderten Zugang zu einer veränderten Realität gewinnen lernen. Die zentrale Frage, die in einem therapeutisch geleiteten Arbeitslosenprogramm einen hohen Stellenwert hat, ist die Frage der Selbstbestimmung, durch die man Handlungs- und Lebensalternativen finden lernt. Zu denken wäre hier an so genannte freiwillige Mitarbeit in Menschenrechtsorganisationen, in nationalen Hilfsorganisationen, Vereinen, Verbänden oder zum Beispiel in den Selbsthilfegruppen; denn es ist ja nicht mehr zu übersehen, dass unser gesamtes Gesundheitssystem, gäbe es das breite Kaleidoskop von Selbsthilfegruppen nicht mehr, wesentlich düsterer aussähe. Arbeit, auch als nichtlohnabhängige Arbeit, sollte auch von der subjektiven Überzeugung getragen sein, dass sich die Mühe lohnt. Kommunizieren statt konsumieren wäre das Motto.

Das Leben aus „zweiter Hand“ durch die geisttötenden Medienlandschaft sollte ersetzt werden durch Kreativität, Aktivität, durch ein Miteinandersprechen und ein Miteinandertun; denn Kommunikation und Kooperation führen zu einem Erkunden, Entdecken, Erschließen, Auseinandersetzen, Binden, Lösen und Bewältigen (Keupp, 1994).

Aus der entwicklungspsychologischen Longitudinalforschung ist bekannt, dass sowohl im Hinblick auf Protektion wie auch im Hinblick auf Kompensation das soziale Netzwerk, die soziale Unterstützung wesentlich zur seelischen Gesundheit beitragen.

Hier spielt insbesondere die subjektiv wahrgenommene Unterstützung bzw. Behinderung durch die soziale Situation eine nennenswerte Rolle. Die Bedeutung dieser Art von Informationen über die soziale Situation liegt darin, wie der Betroffene seine Situation einschätzt und erlebt, inwieweit seine Wahrnehmung zutreffend ist oder nicht, ob er seine soziale Situation als eher positiv im Sinne von Unterstützung oder eher negativ im Sinne von Behinderung erlebt. Wie die soziale Unterstützung im Einzelnen erfahren wurde, sollte erfragt werden im Sinne wie „Wer hat in der letzten Zeit mit Ihnen Freud und Leid geteilt? Gibt es Freunde, die Ihnen lange zuhören, gibt es jemanden, mit dem Sie sich richtig aussprechen können und wie hilfreich ist das für Sie? Würden Sie sich mehr Hilfsbereitschaft erwarten, mit wem könnten Sie auch Vergnügungen planen und auch durchführen?“ Auch sind Fragen bezüglich der Richtung der Interaktion wesentlich, wie zum Beispiel „Wenden sich

auch Freunde/Bekannte an Sie, um sich Rat zu holen? Erleben Sie das Verhältnis in Beziehungen als einseitig oder ausgeglichen?“ Da das aktuelle Lebensgefühl des Menschen einerseits von dem Erfahrungshintergrund, also von den Ketten positiver und negativer Ereignisse bestimmt ist, andererseits aber auch von der gegenwärtigen Lebenssituation, wird, besonders wenn die gegenwärtige Situation besonders belastet ist, der Blick auf die Vergangenheit auch eingetrübt, so dass selbst eine gute Vergangenheit überschattet erscheint, dass schöne und aufbauende Erfahrungen nicht mehr gesehen werden können. Gerade aufgrund der Forschungsbefunde zu den protektiven Faktoren ist es enorm wichtig, sich einerseits auf wichtige wohlmeinende Menschen wieder zu besinnen, andererseits auch auf wirkliche Lebensräume, in denen Heilsames stattgefunden hat (Petzold, 1996).

Da wir unter anamnesticher Perspektive eher gewohnt sind, nach Krankheiten zu fragen, also pathologiezentriert, ist es unter salutogenetischer Perspektive nicht mehr vernachlässigbar auch nach benignen Erfahrungen Ausschau zu halten. Im Rahmen der erweiterten Anamnese ist es sinnvoll, ein so genanntes zweigleisiges Lebenspanorama im Sinne von fördernden und belastenden biographischen Einflüssen herauszuarbeiten. Oftmals sind aus der Perspektive des Patienten die Lebenserzählungen ausschließlich auf der defizitären Seite und wir fördern diesen Blickwinkel durch unsere einseitigen Fragestellungen. Jedoch zeigen sich nicht nur pathogene Stimulierungskonstitutionen über die Lebensspanne hinweg, sondern durchaus auch multiple günstige Stimulierungskonstellationen und protektive Faktoren.

Wenn in einem therapeutisch erarbeiteten Lebenspanorama auch benigne Erfahrungen herausgearbeitet werden können, bietet sich die Chance einer Umbewertung bestimmter Lebensabschnitte, es kommt zu neuen sinnvollen Bezügen und zu einer Zukunftsperspektive, in der sich alte Muster, sprich Wiederholungszwänge, nicht mehr fortschreiben müssen. Solche Karrierepanoramen können auch im Rahmen beispielsweise der Ergotherapie bildlich dargestellt werden und führen dann nochmals zu einer besonderen szenischen und atmosphärischen Verdichtung; darüber hinaus hat man etwas in der Hand, worauf man immer wieder seinen Blick werfen kann. Man sollte allerdings auch nicht in den Fehler verfallen, positive und negative Ereignisketten über die Lebensspanne hinweg einfach im Sinne einer Plus-Minus-Rechnung zu betrachten, sondern man sollte die Qualität von den jeweiligen Ereignissen, die Qualität der inneren Archivierung (Schmitz, 1989) dieser gesamten Erfahrungen in den Blick nehmen und schauen, was war wirklich lebensbestimmend; denn eine warmherzige Oma kann nicht einfach gegen eine kalte Mutter aufgewogen werden.

Da uns insbesondere Menschen mit chronischen Erkrankungen aufsuchen, ist der protektive Megafaktor in der Psychotherapie und der Soziotherapie eine verlässliche, zeitüberdauernde emphatische Unterstützung. Der Therapeut selbst verkörpert den wichtigsten heilsamen Faktor im Sinne einer wertschätzenden und stützenden Bezugsperson, indem er dem Patienten hilft, sich weitere protektive Faktoren, wie zum Beispiel stabile soziale Netzwerke mit Kreativität und neu gewonnener Dialogfähigkeit, zu erschließen. Dies wird gelingen können in einem einzel- und gruppen-therapeutischen Prozess, der eingebettet ist in eine hinlänglich gute Umwelt und

eine akzeptierende Atmosphäre, in der Ermutigung, Zuspruch und Hoffnung Mittel sind, Wachstumspotentiale zu fördern. Somit können maligne Sozialisations-erfahrungen durch benigne ergänzt und korrigiert werden (Winnicott, 1974).

Ein weiterer salutogenetischer Faktor ist der Humor. Pathologiezentriert richten wir unsere Aufmerksamkeit auf Störungen, Verletzungen, Konflikte, die den jeweiligen Lebensweg begleiten. Der Humor jedoch sucht unter anderem den Weg zu dem unverletzten Kind. Humor ist eine Quelle kreativer Lebenskraft, Humor ist ein grenzüberschreitendes Phänomen, er überwindet normative Barrieren, er kümmert sich nicht darum, was ist richtig oder was falsch, er hebt das disziplinierte Denken auf, er ist eine kleine Revolte gegen den gesellschaftlichen Durchschnitt. In der Psychotherapie haben wir es sehr häufig mit Menschen mit ausgeprägten Schamgefühlen, mit Gewissensängsten und mit einem schuldbezogenen sozialen Regelgewissen zu tun. Durch unseren Humor, durch unser Lachen setzen wir uns über diese Hemmnisse hinweg, wir gehen auf Distanz zu unseren schmerzlichen Affekten. Lachen, insbesondere das gemeinsame Lachen, immunisiert gegen die Angst vor dem Ausgelachtwerden und hat häufig einen karthartischen Effekt. Im Humor lösen wir die Fesseln übermäßiger Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle. Wer seinen Humor wieder findet oder humorvoll wird, wird sein Selbstbild verändern, denn der Humor fängt damit an, dass man seine eigene Person nicht mehr ganz so ernst nimmt. Ein Therapeut, der mit hypertrophem Ernst und Leichenbittermiene seinen Patienten gegenübertritt, ist ein pathogener Faktor, er ist die personifizierte Kontraindikation, der Heilsames verhindert.

Therapie will Beschädigtes, Verletztes heilen; neben dem kurativen Aspekt wird der Begriff Heilung jedoch um die Dimension der Entwicklung von Kompetenzen und Ressourcen erweitert und in das therapeutische Handeln mit einbezogen; mehrperspektivische pathologiezentrierte Sichtweisen sind nötig, reichen jedoch nicht aus; denn der Patient ist nicht nur Kranker, sondern auch Gesunder mit Eigen- und Fremdbewältigungsressourcen, die bewusst gemacht und gestärkt werden müssen, um Gesundheit zu schützen und Heilung zu fördern. Neben der konfliktzentrierten Arbeit muss die therapeutische Arbeit ergänzt werden durch die Entwicklung von Kreativität, Phantasie und Sinnesfreuden mit dem Ziel der Persönlichkeitsentfaltung. In einem angstfreien, nicht wertenden, von Wertschätzung getragenen Klima werden im therapeutischen Alltag neue und alternative Erlebnis- und Beziehungsmöglichkeiten geübt und somit die heilende Kraft positiver Erfahrungen genutzt. Im Interesse der Gesundung des Patienten ist in die psychotherapeutische Behandlung die Soziotherapie zu integrieren. Gerade in Zeiten, wo äußere Faktoren die individuellen Probleme entscheidend mitbestimmen (Arbeitslosigkeit, Lebensstress, mangelnde Wertorientierung und anderes mehr) ist Solidaritätserfahrung und Engagement in der therapeutischen Wohngruppe ein weiterer Schritt auf dem Weg der Heilung, um dem Phänomen der multiplen Entfremdung auf dem Boden des persönlichen und gesellschaftlichen Kontextes entgegenzuwirken (Baumeister, 1994). Aus der Sensibilität für Entfremdungsvorgänge erwächst – therapeutisch unterstützt – Mut und Kraft zur Solidarität und wechselseitiger Hilfeleistung für die Not der Real-situation des Einzelnen.

Bei allen guten Vorsätzen, bei allem Engagement der helfenden Berufe bleibt die Sorge, dass im Hinblick auf die Entwürfe des Gesundheitsreformgesetzes und die politischen Eckdaten das Arbeiten schwerer, wenn nicht sogar unmöglich wird. All-eine wenn man bedenkt, dass Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen und Suchterkrankungen durch ausschließlich traditionelle medizinische Maßnahmen in der Regel in ihrer Krankheitskarriere gefördert werden und ein Behandlungskarussell in Szene gesetzt wird, das letztlich ein Hauptfaktor des Kostenanstieges im Gesundheitswesen ist, dann wird deutlich, dass eine Unterbrechung dieses Behandlungskarussells nicht nur für den Patienten selbst gut ist, sondern auch für die öffentliche Hand. Was das Fachgebiet Psychosomatik und Suchtmedizin anbetrifft, finden hier insbesondere im Hinblick auf das Rehabilitationswesen falsche Kurskorrekturen statt. Der Mensch, der durch Einschränkungen seiner Unabhängigkeit, seiner Beweglichkeit und seiner Phantasie in seinen privaten und beruflichen Möglichkeiten sowie in seinem sozialen Beziehungsnetz gestört ist, erfordert ein multimodales Behandlungsmodell mit der Kombination verschiedener therapeutischer Verfahren, welches den verschiedenen Entstehungsbedingungen von Krankheit und Gesundheit Rechnung trägt. Rehabilitation bedeutet die Wiederherstellung von selbstverantwortlicher Lebensführung und Selbstachtung, was jedoch nicht in drei bis vier Wochen zu erreichen ist.

Die salutogenetische Perspektive ist entgegen manch anderer Auffassung kein Paradigmawechsel, wenn man unter Paradigma eine erkenntnistheoretische Grundorientierung im Wissenschaftsprozess versteht; denn die mehrperspektivischen, pathologiezentrierten Sichtweisen werden nicht abgelöst, sondern um die Perspektive der Salutogenese erweitert. Eine neue Einseitigkeit können und dürfen wir uns nicht leisten.

Die Betonung der Blickrichtung hin zur gesunden Seite ist gerade bei schwer chronifizierten pathologischen Verläufe, deren Beeinflussungsmöglichkeiten häufig stark begrenzt sein, bedeutsam. Bisher war die Förderung gesundheitserhaltender Ressourcen zwar schon Gegenstand der Therapie, wurde aber zu wenig explizit betrieben.

Für die psychosomatische Medizin und die Suchtmedizin könnte das salutogenetische Denken in Ergänzung zum pathogenetischen wertvolle Dienste leisten und insbesondere auch neue Ansätze für die Prävention bereit stellen.

Literatur

- Antonovsky, A. (1979). Health, stress and coping. San Francisco: Jossey Bass
Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey Bass.
Antonovsky, A. (1993a). Gesundheitsforschung vs. Krankheitsforschung. In A. Franke, M. Broda (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept (S. 3-14). Tübingen: dgvt.
Antonovsky, A. (1993b). The Structure and properties of the sense of coherence scale; SOC. Sci. Med., 36, 725-733.
Baumeister, H. (1994). Der Mikrokosmos „therapeutische Wohngruppe“ – Chance für Neuerfahrung und Entwicklung. Münchwieser Hefte, 16, 3-12.