

Sozialpsychiatrische Informationen

2/2009

39. Jahrgang

Sonderdruck

**Salutogenese als Chance
für die Praxis von
Beratung und Therapie**

Renate Schernus

6–11

ISSN 0171 - 4538

Verlag:

Psychiatrie-Verlag GmbH, Thomas-Mann-Str. 49a, 53111 Bonn
www.psychiatrie-verlag.de, E-Mail: verlag@psychiatrie.de

Erscheinungsweise:

Januar, April, Juli, Oktober

Abonnement:

Printausgabe: jährlich 30,- € einschl. Porto, Ausland 35,- €. Einzelpreis: 9,90 €
e-paper: Jahresabo 27,- €, Einzelartikel 3,- €
Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.

Redaktionsanschrift:

Frau Gabriele Witte, Klinikum Region Hannover GmbH
Klinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie – Institutsambulanz;
Rohdehof 5, 30853 Langenhagen

Tel: 0511/73 00-590; Fax: 0511/73 00-518; gabriele.witte.langenhagen@klinikum-hannover.de

Redaktion:

Michael Eink, Hannover
Hermann Elgeti, Hannover
Helmut Haselbeck, Bremen
Gunther Kruse, Langenhagen
Sybille Prins, Bielefeld
Renate Schernus, Bielefeld-Bethel
Ulla Schmalz, Düsseldorf
Ralf Seidel, Mönchengladbach
Peter Weber, Celle
Dyrk Zedlick, Glauchau



Psychiatrie-Verlag

Salutogenese als Chance für die Praxis von Beratung und Therapie¹

Renate Schernus

»Glattes Eis,
Ein Paradeis
Für den, der gut zu tanzen weiß.«
Friedrich Nietzsche 1885

Pathogenese, das ist bekanntlich die Lehre von den ursächlichen Bedingungen der Entstehung von Krankheiten. Der Begriff setzt sich zusammen aus dem griechischen Wörtern *Pathos* für Krankheit und *Genesis* für Entstehung. Danach ist ein Mensch entweder krank oder gesund. Die pathogenetische Frage nach den Verursachungen von Krankheiten ist äußerst wichtig. Wir alle wollen wissen, was hat mich/sie/ihn krank gemacht. Was ist die Ursache dieses Übels? Liegt es an Bakterien, Viren, funktionellen Störungen, Genen, sozialen Umständen oder woran auch immer? Hätten Ärzte so nicht gefragt, wären unter anderem die Erreger der Grippe, der Syphilis und die Bedeutung der Hygiene für die Entstehung von Krankheiten unentdeckt geblieben. Aber auch komplexe psychotherapeutische Theorien wie die Psychoanalyse, die Verhaltenstherapie oder sogar die Familientherapie verdanken sich der Frage nach der Ursache von Störungen. Mit solchen Theorien haben sich viele von uns bereits ausreichend befasst und sie fruchtbar in ihrer Alltagspraxis angewandt. Warum also jetzt noch über ein weiteres Fremdwort nachdenken – Salutogenese, die Lehre von der Entstehung der Gesundheit? (Griech.: Salus = Heil)

Im Allgemeinen können wir doch wohl davon ausgehen, dass jeder weg von der Krankheit und hin zur Gesundheit will, und wer in Gesundheitsberufen tätig ist, will das natürlich auch für seine Patienten oder Klienten. Ist es nicht gleich, von welcher Seite man in den Fluss springt? Vielleicht ist es gleich, von welcher Seite man springt, wenn man aber hineinspringt oder gar fällt, dann ist es nicht gleich, ob man schwimmen kann oder nicht. Das Bild eines reißenden Flusses stammt übrigens von dem Erfinder des Begriffs Salutogenese, Aron Antonovsky. Nach Antonovsky würde ein pathogenetisch ausgerichteter Therapeut versuchen, den mit Stromschnellen und Strudeln Kämpfenden vor dem Ertrinken zu retten, ein Therapeut hingegen, der der Blickrichtung der Salutogenese verpflichtet ist, würde vor allem versuchen, den Menschen das Schwimmen beizubringen. Denn nach Antonovsky gleicht das Leben einem Fluss, in dem wir alle schwimmen, umgeben von allen möglichen unvorhersehbaren und unvermeidlichen Gefährdungen.

Schon an diesem Bild lässt sich erkennen, dass die Blickrichtung der Salutogenese die der Pathogenese nicht überflüssig macht. Einem akut vom Ertrinken Bedrohten werde ich nicht

zurufen: »Jetzt lernen Sie erst mal schwimmen!« Nachdem er jedoch gerettet wurde, kann ich ihm diesen Vorschlag sinnvoller Weise machen. Falls er bereits ein wenig schwimmen kann, ließe sich mit ihm auch über Möglichkeiten, seine Schwimmtechnik zu verbessern, reden.

Die Frage nach den Ursachen von Krankheiten oder Störungen, so wichtig sie bleibt, verführt häufig zu einseitigen oder auch schädlichen Antworten. Zum Beispiel kann ein Arzt dabei stehenbleiben, ein Mensch habe deshalb Diabetes bekommen, weil er zu viel Süßes gegessen und sich zu wenig bewegt habe. Die Verordnungen, die sich nur darauf beziehen, werden aber wenig helfen, wenn nicht berücksichtigt wird, welche Geschichte, zum Beispiel von Armut, Arbeitslosigkeit und empfundener Sinnlosigkeit, dahintersteht. Oder: Ein Arzt diagnostiziert bei einer Patientin eine Depression, hält dies für eine fest umrissene Krankheit, verursacht durch eine Stoffwechselstörung des Gehirns und verordnet Antidepressiva. Dass die Frau ein chronisches Schlafdefizit hat, da sie morgens um halb fünf aufsteht, Zeitungen austrägt, hinterher putzen geht, um Mann und Kinder zu ernähren, von ihrem Ehegatten terrorisiert wird und außerdem noch eine pflegebedürftige Mutter betreut, kommt bei diesem Verursachungsmodell nicht in den Blick.

Oder: Eine alte Frau beschuldigt zunehmend häufig ihre Hausgenossen, dass sie ihr allerlei stehlen: Knöpfe, Sicherheitsnadeln, Taschentücher und Ähnliches. Sie wird immer misstrauischer und zieht sich zurück. Die Diagnose des Psychiaters ist schnell bei der Hand: »Paranoide« d. h. »wahnhaftige Entwicklung«. Genaues Hinsehen macht deutlich, dass die Dame vergisst, wie bei alten Menschen häufig, wo sie was hinlegt. Sie ist eine stolze Natur, sie weiß nicht und will nicht wissen, dass eine der Unbillen, die im Strom des Lebens ab einem bestimmtem Alter aufzutauchen pflegen, die Vergesslichkeit ist. Sie will zunächst einen Sinnzusammenhang, der uns allen ja leichter fällt, als das Erkennen der eigenen Schwäche, nämlich die Beschuldigung von anderen. Hilfe kann hier natürlich nicht die Behandlung einer Paranoia bringen, womöglich noch medikamentös, wodurch das Chaos im Kopf der alten Dame sicher komplett würde, sondern nur das Erkennen und Akzeptieren der Vergesslichkeit. Dafür braucht die alte Frau Begleitung und Unterstützung oder im Bild Antonovskys zu bleiben, dafür braucht sie Schwimmunterricht.

Psychologische Theorien, können natürlich ebenfalls durch Verabsolutierung von Ursache-Wirkungszusammenhängen zu groben und schädlichen Einseitigkeiten führen, so zum Beispiel das Konzept der schizophrenogenen Mutter, das in den Anfangsstadien der Kommunikations- und Familienforschung

entstand. Auch zahllose psychosomatische Theoriebildungen neigen zu schädlichen zum Teil abstrusen Verabsolutierungen angeblich psychologisch verursachter Krankheiten, so etwa, wenn als Ursache der Migräne eine Orgasmusstörung angenommen wird, und die Migräneanfälle als Orgasmus im Kopf interpretiert werden. Oder wenn verleugnete Feindseligkeit und Unfähigkeit zu Gefühlsausdruck als Ursache von Krebs postuliert wird. Angeblich stichhaltige Untersuchungen zu solch abstrusen Theorien lassen sich immer finden. Susan Sontag beschreibt in ihrem Buch *Krankheit als Metapher* wie abhängig vom Zeitgeist solche mit der suggestiven Aura von Wissenschaftlichkeit daher kommenden Beschreibungen von Krankheitsursachen sind.

Die veränderte Blick- und Fragerichtung, die Antonovsky einnimmt, beruht übrigens nicht auf einem unangefochtenen Optimismus, etwa als typisch amerikanisches »positive thinking«, nein im Gegenteil. Antonovsky, der jüdischer Abstammung ist, sagt von sich selbst:

»2000 Jahre jüdische Geschichte, die ihren Höhepunkt in Auschwitz und Treblinka fand, haben bei mir zu einem tiefen Pessimismus in Bezug auf Menschen geführt. Ich bin überzeugt, dass wir uns alle im gefährlichen Fluss des Lebens befinden und niemals sicher am Ufer stehen.« (7)

Das Bild des Flusses ist auch insofern bedeutsam, als Antonovsky nicht der Ansicht ist, man könne die Menschen davor bewahren, überhaupt in den Fluss zu geraten. Das würde im Sinne seiner Metapher bedeuten, einem Menschen vor dem Leben selbst bewahren zu wollen.

Zunächst noch einige kurze Angaben zur Person Aaron Antonovskys. Er wurde 1923 in Brooklyn geboren. 1994 starb er in Beer-Sheva/Israel. Seine akademische Ausbildung begann mit einem Studium der Geschichte und Wirtschaft an der Yale Universität. Während des Zweiten Weltkriegs diente er aufseiten der Amerikaner. Nach seinem Militärdienst kam er eher zufällig durch eine Nebenverdiensttätigkeit mit der Medizinsoziologie und der Stressforschung in Kontakt. Dies bestimmte seinen weiteren Weg als Medizinsoziologe. Einige Jahre unterrichtete er am Brooklyn College und wurde ab 1956 zum Leiter der Forschungsabteilung des Anti-Diskriminierungsausschusses des Staates New York berufen. Anschließend war er ein Jahr lang Fulbright Professor für Soziologie an der Universität Teheran. 1960 wanderte er mit seiner Frau Helen, einer Entwicklungspsychologin, nach Israel aus. Dort arbeitete er in Jerusalem am Institut für Sozialmedizin. Unter anderem hatte er Anteil an dem Aufbau einer gemeindeorientierten medizinischen Fakultät an der Ben-Gurion-Universität des Negev. (2)

Im Zusammenhang mit Stressforschung standen auch seine Studien zur Multiplen Sklerose, koronaren Herzkrankheiten und zur Verarbeitung der Menopause insbesondere bei Frauen, die die KZ der Nazis überlebt hatten. Die Triebfeder seines Denkens und Forschens war das Fragen. So formulierte er:

»Die Frage ist der Durchbruch. Wichtige Fortschritte werden mit der Formulierung neuer Fragen erzielt.« (7)

Es war vor allem das Staunen über das Wunder des Gesundbleibens eines hohen Anteils von Frauen, die die KZ überlebt hatten, das seine Blickrichtung veränderte und ihn neue Fragen stellen ließ. Wie war es möglich, dass es viele dieser Frauen trotz der durchlittenen, unvorstellbaren Qualen geschafft hatten, ihr Leben neu aufzubauen und liebevoll mit Menschen und konstruktiv mit den Anforderungen des Lebens umzugehen, d. h. ein weitgehend gesundes Leben zu führen? Zunächst versuchte Antonovsky eine Antwort, die noch sehr dem Pathogenese-Konzept verpflichtet war: Menschen, die unter erheblichem Stress erkranken, weisen einen Mangel an Widerstandsressourcen auf.

Erst allmählich kommt er zu der Anschauung, dass es angemessener ist, nicht von gesund und krank als strikt voneinander unterschiedener Zustände auszugehen, sondern von einem Kontinuum zwischen gesund und krank. Die Frage lautet jetzt für ihn: Was ist es, was es den Menschen gelingen lässt, sich auf diesem Kontinuum mehr in Richtung Gesundheit zu bewegen? 1979 erscheint sein erstes Buch unter dem Titel *Health, Stress and Coping*.

Gesundheit, Anspannung und Bewältigung. Wobei der englische Begriff *Stress*, der ursprünglich Druck oder Anspannung bedeutet gänzlich in unseren alltäglichen deutschen Sprachgebrauch übergegangen ist und zu einem Sammelbegriff für alle möglichen Belastungsfaktoren geworden ist. Der Begriff *Coping* wird, zumindest in den Sozialwissenschaften, auch nicht mehr verdeutscht. Er bezeichnet die Art und Weise, wie jemand Krankheit oder andere Belastungsfaktoren zu bewältigen versucht. Der Begriff des *Coping* steht im Zentrum von Antonovskys Forschungsinteresse. So formuliert er:

»Sollte ich die wichtigste Konsequenz des salutogenetischen Denkens in einem Satz zusammenfassen, so würde ich sagen: Salutogenetisches Denken eröffnet nicht nur den Weg, sondern zwingt uns, unsere Energien für die Formulierung und Weiterentwicklung einer Theorie des *Coping* einzusetzen.« (2)

Auch hinsichtlich der Bedeutung von *Stress* geht es Antonovsky darum, von einer vornehmlich pathogenetischen Sichtweise wegzukommen. Stressoren seien nicht immer Risikofaktoren, die reduziert oder vermieden werden sollten. Sie haben zunächst einmal, jenseits jeder Wertung, einen funktionalen Charakter. Sie mobilisieren Körper und Seele.

Ob ein Stressor gesundheitsfördernd oder gesundheitsschädigend wirkt, hängt von vielerlei Komponenten ab. Zum Beispiel kann ein hohes Maß an Stressoren bei gleichzeitig hohem Ausmaß an sozialer Unterstützung gesundheitsfördernd sein.

In der Psychiatrie haben etwa ab den 90er-Jahren unter dem Titel *Psychoedukation* Rückfallprophylaxeprogramme für an Schizophrenie erkrankte Menschen hohe Konjunktur. In ihnen geht es, eigentlich ganz im Sinne Antonovskys, um das Bemühen, Menschen zu einem besseren *Coping* zu verhelfen, etwa indem sie auf die ersten noch unspezifischen Anzeichen einer neuen Episode zu achten und die Stressoren zu iden-

tifizieren lernen, die zu Psychosen führen können. Solche Programme sind bisweilen nützlich. Jedoch auch sie stehen in der Gefahr, in eher verdeckter Weise doch wieder überwiegend pathogenetisch orientiert zu sein. So habe ich von Psychiatrie-Erfahrenen gelernt, dass sie bereits der Begriff der Psychoedukation stutzig macht. »Bin ich nicht in Ordnung so wie ich bin, muss ich als erwachsener Mensch erzogen werden?« Alle diese Programme beruhen auf dem Verletzlichkeits-Stressmodell. Sie sind insofern defizitorientiert als vor allem die Verletzlichkeit im Blick ist und nicht so sehr die Stärken und Fähigkeiten. Stress wird in diesen Modellen vor allem als Risikofaktor begriffen.

Dass Rückfallprophylaxe und das Bestreben, Krankheit auf Biegen und Brechen zu vermeiden, nicht alles sein können, drückt der Psychiater Karl Jaspers, der von Kindheit an durch schwere Bronchiektasien geplagt war, in einer Weise aus, die Antonovskys Auffassung sehr genau entspricht. Jaspers schreibt:

»Methodisch absolut zweckmäßige Lebensführung unter medizinischem Gesichtspunkt war unerlässlich. Aber sie hätte das Leben selber unerfüllt gelassen. ... Die Berührung mit der Welt forderte das Risiko von Krankheitszuständen. Der Kranke braucht die Freiheit, die medizinische Ordnung zu durchbrechen. Für die Krankheit zu leben, hebt das Leben selber auf, lässt es in Isolierung und Erfahrungslosigkeit geraten.« (3)

Antonovsky hält eine eher pessimistische Weltsicht durchaus für angezeigt. Er meint, die pathogenetische Orientierung verführe zu der zwar optimistischen, aber wenig realistischen Einstellung, im Leben könne man Stressoren aus dem Wege gehen, wenn man sich nur in Acht nehme oder einem psychoedukativen Programm folge. Er hingegen ist der Meinung:

»Die eher pessimistische Salutogenese bringt uns dazu, uns auf das umfassende Problem der aktiven Adaption an eine unweigerlich mit Stressoren angefüllte Umgebung zu konzentrieren.« (2)

Vermutlich würde er sich von dem polnischen Aphoristiker Jerzy Lec verstanden fühlen, der einmal formulierte: »Ich bin Optimist. Ich glaube an den erlösenden Einfluss des Pessimismus.«

Was aber ist nun Antonovskys Antwort? Wie zu erwarten, beruht sie nicht auf der Erforschung von krank machenden Faktoren, sondern auf der Beschäftigung mit Personen, deren Gemeinsamkeit es ist, dass sie trotz erlittener schwerer Traumata erstaunlich gut zurechtkommen. Das, was diese Personen seiner Meinung nach bis zu einem gewissen Grade alle aufwiesen, war eine Lebenshaltung des Vertrauens und zwar Vertrauen darauf, dass die Ereignisse des Lebens verstehbar, handhabbar und sinnhaft sind. Eine Grundorientierung, die das Vertrauen auf Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit dessen, was mir im Leben auch zustoßen mag beinhaltet, ist das was Antonovsky als Sense of Coherence, als Kohärenzgefühl, beschreibt. Hierbei misst er der Dimension der Sinn- und Bedeutungshaftigkeit das größte Gewicht

bei und erkennt darin die Ähnlichkeit seiner Gedanken zur Logotherapie Viktor Frankls. Auch für Frankls Konzeptbildungen spielte übrigens das Konzentrationslager, das er selbst überlebt hatte, eine entscheidende Rolle für seinen späteren therapeutischen Ansatz. Bei beiden ist Sinn nicht misszuverstehen als bloß kognitive Erkenntnis. Sinnsuche ist eher prä-reflexiv zu verstehen und hängt mit dem Bedürfnis nach Hingabe an sinnvolle Aufgaben, mit dem Bedürfnis gebraucht zu werden, mit dem Bedürfnis zu lieben und sich selbst vergessen zu können zusammen.

Eine der eindrucksvollsten subjektiven Beschreibungen einer solchen Grundorientierung findet sich wiederum bei Karl Jaspers. Er erzählt, dass sein Gymnasialdirektor beim Abschied von der Schule zu ihm gesagt hätte: »Aus Ihnen kann ja nichts werden, da sie organisch krank sind.« Auch bei Jaspers lässt sich ein salutogenetischer Perspektivwechsel ausmachen. Ihn interessiert nicht das Woher der Krankheit, sondern die Frage, die auch Antonovsky umtreibt:

»Woher (kommt) die Kraft aus dem Versagen doch ständig wieder zu sich zu kommen? Woher, wie war es möglich, der Würdelosigkeit der Situationen, des Eindrucks auf die Umwelt in schlechten Zeiten und Stunden, des Sinkens unter das eigene »Niveau« innerlich Herr zu werden? Woher das unreflektierte Vertrauen zu einem »Sinn«? Stets ergriff ich die Gegenwärtigkeit ohne viel erwarten zu dürfen. Ich lebte für den Augenblick und bezog ihn doch auf etwas Fernes. ... Ich war für meine Person selten enttäuscht, vielmehr überrascht, was mir von innen und außen vergönnt war. Der klare Verzicht auf das wirklich Unmögliche, ließ einen Spielraum, in dem mehr Chancen lagen, als ich vorher denken konnte.« (3)

Soweit, zur Veranschaulichung des Kohärenzgefühls, Karl Jaspers.

In den Termini von Antonovsky kann man sagen, dass sich Jaspers dank seines ausgeprägten Kohärenzgefühls auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit weit in Richtung Gesundheit bewegen konnte, obgleich die Symptome seiner Krankheit ihn Zeit seines Lebens weiter plagten. Jaspers benennt als Quellen dieser Kraft schlicht den Schutz und die Geborgenheit, die er als Kind durch seine Eltern erfahren habe und die Liebe zu seiner Frau.

Was Gesundheit eigentlich sei, hat Antonovsky nie richtig definiert.

Deutlich wird bei ihm lediglich, dass Gesundheit nicht die Abwesenheit von Krankheit, Verletzungen und Behinderungen bedeutet, sondern eine Umgangsweise mit alledem; eine Umgangsweise, die die Wahrung der eigenen Würde beinhaltet. Statt einer Definition von Gesundheit lasse ich in diesem Sinn die schwer krebserkrankte Schriftstellerin Maxie Wander zu Wort kommen. Sie schreibt:

»Es sind keine verlorenen Wochen, es ist mein Leben, das ich möglichst ehrlich und intensiv zu leben habe. Ich habe angefangen, meine verschütteten Quellen freizulegen ... einfach das Nächstliegende tun.« (11). ...

»Mir ist, als hätte ich neue Augen mit einem ruhigen, tieferen, zärtlichen und brennenden Blick! Ich empfinde mich als einen Menschen, der in keiner Weise bemitleidenswert ist, jedenfalls nicht von den Lahmen und Blinden.« (11)

An einer anderen Stelle schreibt sie:

»Ich darf ein paar Tage Leben probieren! Jeden Tropfen Leben werde ich auskosten, ... aber sicherlich hab ich mehr davon als viele andere Menschen, die nicht wissen, was Leben eigentlich ist.« (11)

»Was soll ich mit dieser Krankheit machen?«, schreibt sie in ihrem letzten Brief, bevor sie nach einem langen Leiden stirbt. Genau diese Frage, so einfach sie sich anhören mag, ist es, um die es geht. Dies scheint unsere menschliche Möglichkeit zu sein, die Wirklichkeit, so wie sie uns im Fluss des Lebens begegnet, zuzulassen, auch in ihren verletzenden und kränkenden Aspekten. Wir können sie als Herausforderung begreifen und erkennen, dass wir zwar zu weiten Teilen nicht die äußere Gestalt unseres Geschicks bestimmen können, aber die Art, wie wir ihm begegnen.

Das salutogenetische Paradigma, so formuliert es die Psychologin Alexa Franke, mache es möglich, den Tod mit ein-zubeziehen.

»Im pathogenetischen Paradigma geht es um die Beseitigung von Krankheit und Leid, der Tod wird ausgespart. Im salutogenetischen Modell jedoch wird nicht nur akzeptiert, dass niemand von uns trockenen Fußes am Ufer des Lebensflusses stehenbleiben kann, sondern auch dass wir alle im Fluss sind und mit ihm ans Ende kommen.

Der Tod ist damit nicht letztes Versagen von Reparaturmöglichkeiten, sondern Bestandteil des Lebens.« (5)

Es gibt übrigens zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen zu der Frage, mit welchen als krank geltenden klassischen diagnostischen Kriterien, das Kohärenzgefühl korreliert. Werden Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl weniger krank? Korreliert es also mit dem was gemeinhin unter Gesundheit verstanden wird? Hier zeigte sich nun, dass Personen mit unterschiedlichen organischen Erkrankungen durchaus kein niedrigeres Kohärenzgefühl hatten als Gesunde. Ganz andere Befunde gab es allerdings bei seelischen Erkrankungen.

»In zahlreichen Studien wurde ein enger Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit respektive Krankheit und dem SOC (Kohärenzgefühl) festgestellt.« (5)

Nun könnte man an dieser Stelle sagen. Das ist ja banal. Das wussten wir auch schon vor den ganzen komplizierten Untersuchungen, dass eine seelische Erkrankung den Lebenssinn verdunkeln, die Sinne verwirren, Kontinuitäten unterbrechen und das Selbstwertgefühl sowie den Glauben an die eigene Kraft erheblich unterwandern kann.

Wichtiger als das Feststellen von Korrelationen scheint mir an Antonovskys Ansatz das Loslassen einer auf Defizite und Symptome fixierten Haltung. Dies nun ist ganz besonders wichtig bei seelischen Erkrankungen, denn sie unterliegen zusätzlich zu ihrer subjektiven Komponente gesellschaftlichen

Vorurteilen, die Genesung sehr erschweren bis unmöglich machen können. Susan Sontag formuliert einmal:

»Jede Krankheit, die man als Geheimnis behandelt und heftig genug fürchtet, wird als im moralischen, wenn nicht wörtlichen Sinne ansteckend empfunden. ... Schon dem bloßen Namen solcher Krankheiten wird magische Macht zugeschrieben.« (9)

Sontag beschreibt dies in Bezug auf Krebs. Ich glaube auf seelische Erkrankungen zum Beispiel auf den Namen *Schizophrenie* trifft dies noch mehr zu.

Die konsequente Verfolgung der Frage, was einen Menschen ein wenig weiter auf dem Kontinuum in Richtung Gesundheit bewegen kann, ist gerade auf dem von Tabus, Ängsten und Heilungs-Resignation gekennzeichneten Gebiet der seelischen Erkrankungen besonders wichtig. Wenn ich Krankheit lediglich als zu bekämpfende Panne ansehe, und sie nicht aus der Kontinuität einer Lebensgeschichte heraus zu verstehen suche, werde ich womöglich die Integrität der Person selbst bekämpfen, anstatt ihr zu helfen, ihre ganz persönlichen, einmaligen Möglichkeiten des Umgangs mit ihrem Schicksal zu finden.

In der Psychiatrie steht Antonovsky allerdings mit seinen Impulsen zu einer veränderten Blickrichtung keineswegs alleine da. Etwa zur gleichen Zeit wie sein Buch *Health, Stress and Coping* wurden mehrere große Langzeitstudien zum Verlauf der Schizophrenie veröffentlicht, die Studien von Manfred Bleuler (1972) und Ciompi und Müller (1976) sogar etwas früher. Diese Arbeiten haben wesentlich dazu beigetragen, mit dem Mythos der Unheilbarkeit der schizophrenen Psychosen aufzuräumen. Aus ihnen ergaben sich wichtige Hinweise darauf, dass es weder die Diagnosen noch die Symptome sind, aus denen man die Prognose der Krankheit vorhersagen kann, sondern in hohem Maße die sozialen Umstände, die vor der Erkrankung bestanden und/oder die im Zusammenhang mit der Krankheit entstehen, dass ferner auch die positiven Erwartungen nahestehender Personen höher mit einem positiven Ausgang der Erkrankung korreliert sind als die Diagnosen. Spätere Studien zum Beispiel die von Richard Warner (1998) ergaben unter anderem Hinweise darauf, dass es Zusammenhänge zwischen Wirtschaftskrisen und schlechten Verlaufsdaten gibt. Alles das trug dazu bei, sich mehr darauf zu konzentrieren, wie Gesundheit unterstützt und erhalten werden kann, als darauf, Defizite genau zu katalogisieren und Patienten schlechte Prognosen zu stellen, die wie selbst erfüllende Prophezeiungen wirken und die Betroffenen entmutigen. Konzepte des sog. Empowerment (Ermutigung, insbesondere zu den eigenen Kräften zur Selbsthilfe und zur Selbstbestimmung) und des sog. Recovery (Heilung, Wiederherstellung) wurden in der Psychiatrie zu neuen Devisen. Während Antonovsky mit seinem Salutogenese-Konzept stark auf Forschung ausgerichtet war, sind diese neuen Ansätze für die Psychiatrie insofern wichtig, als sie mehr auf praktische Anwendung hin orientiert sind.

Dass sich etwa seit 1990 immer stärker salutogenetisch orientierte Konzepte im Umgang mit psychisch kranken Menschen Geltung verschaffen, verdankt sich zum großen Teil der Erstarkung der Selbsthilfebewegungen in der Psychiatrie. Noch in den 80er-Jahren hätte es kaum jemand für möglich gehalten, dass Menschen, die an Psychosen oder an Borderline erkrankt waren oder auch die sogenannten Stimmenhörer sich selbst organisieren, untereinander stützen, Vorträge halten, Bücher schreiben, Fortbildungen auch für Professionelle durchführen und für ihre Rechte eintreten können. In Bielefeld zum Beispiel bieten Mitglieder des Vereins Psychiatrie-Erfahrene unter anderem Beratung für ebenfalls Betroffene an und sie gehen in Schulen, um dort durch Erfahrungsberichte und Informationen an der Überwindung von Vorurteilen mitzuwirken. Den Prozess, der hinführt zu dem Mut, die eigenen Möglichkeiten und Gestaltungsspielräume zu nutzen, bezeichnet man als Empowerment. Gleicherweise bedeutet Empowerment, auf professionelles Handeln bezogen, die Ermutigung zu eben dieser Haltung. Im Sinne Antonovskys lässt sich auch sagen, die Betroffenen entdecken Sinn und Bedeutung in ihrem Leben. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft verlieren die verwirrende und ängstigende Unverständlichkeit und erweisen sich als interpretierbar. Krankengeschichten wandeln sich zu erzählbaren Lebensgeschichten. Das eigene Befinden ist, zumindest in Grenzen, durch die Betroffenen selbst beeinflussbar. Die Abhängigkeit von Diagnosen und Behandlungsvorschlägen von Ärzten und Therapeuten aller Art wird geringer. Damit wären in etwas anderen Worten die drei Säulen des Kohärenzgefühls nach Antonovsky beschrieben.

Schaut man sich das Konzept des Recovery, ein ursprünglich in den USA entwickeltes Rehabilitationskonzept, das im Augenblick in der deutschen Sozialpsychiatrie wie eine Neuentdeckung begrüßt wird, etwas näher an, merkt man sofort die Verwandtschaft zu Antonovsky. Als wesentliche Elemente des Recoverykonzepts werden z. B. beschrieben:

1. Hoffnung
2. eine positive Identität gewinnen
3. sich von der psychiatrischen Etikettierung lösen
4. Symptome beeinflussen
5. ein Unterstützungssystem aufbauen
6. Sinn und Bedeutung im Leben gewinnen (6)

Sehr schöne Beispiele für eben solche heilsamen und heilenden Prozesse aus dem deutschen Sprachraum finden sich in dem von der psychiatrie-erfahrenen Autorin Sibylle Prins herausgegebenen kleinen Buch *Vom Glück – Wege aus psychischen Krisen*. (8) In diesem beschreiben 26 psychiatrie-erfahrene Menschen, was ihnen ihrer Meinung nach im Laufe ihres Lebens zu neuen Wendungen, zu neuer Kraft oder zur Aussöhnung mit bleibenden Schwierigkeiten oder Behinderungen verholfen habe. Bei manchen haben Medikamente unterstützend gewirkt, bei manchen auch Psychotherapie, bei den meisten jedoch waren es Ereignisse, die sich im Strom des Lebens ergaben wie zum Beispiel wichtige menschliche

Begegnungen, Änderungen der Wohnverhältnisse, sportliche Aktivitäten, Engagement in Selbsthilfegruppen, passende Arbeit oder andere sinnerfüllende soziale oder künstlerische Tätigkeiten, bisweilen auch religiöse Erfahrungen oder Meditation.

So schreibt zum Beispiel Trudi N.:

»Ich bin ... immer wieder ziemlich fassungslos darüber, dass mein neues Leben, Er-Leben einem Riesensammelsurium von schicksalhaften Begegnungen zu verdanken ist, von Glück. ... Dass ich aus dieser ganz furchtbaren Krise herausgekommen bin, ist wirklich eine Verkettung von allen möglichen Umständen. Wo aus unglücklichen Umständen glückliche geworden sind.« (8)

Dass Psychotherapie in diesen Erfahrungsberichten zwar eine gewisse Rolle, aber keine Hauptrolle spielt, ist in unserem Zusammenhang insofern interessant, als Antonovsky der Ansicht war, dass die Stärke des Kohärenzgefühl vor allem durch »einschneidende, langfristige lebensverändernde Ereignisse« beeinflussbar sei. »Psychotherapie schien ihm weder langfristig noch einschneidend genug, solche Veränderungen zu bewirken.« (5)

Noch etwas ist mir wichtig. Ich knüpfe dafür noch einmal bei Trudi N. an. Sie formuliert:

»Ich hatte einfach viel Glück und ich bin hochgradig dankbar dafür – das macht auch demütig. Aber ich habe so viele Menschen gesehen, die davon nicht einen Hauch hatten, die ein ziemliches Desaster erleben müssen.« (8)

In diesen Sätzen steckt die Frage: Was ist mit denen, deren Schwimmkünste nicht ausreichen, um im Strom des Lebens mit den Stromschnellen fertig zu werden? Die in Gegenden verschlagen werden, in denen ihnen nicht so viel Glück zustößt wie Trudi N.? Hier scheint eine Gefahr auf, die es bei allen auf Gesundheit, aktive Selbstbestimmung und Selbstverantwortung gerichteten Konzepten zu berücksichtigen gilt. Die Gefahr, dass Selbstverantwortung und Selbstbestimmung zur Pflicht gemacht werden, dass jeder seines Glückes Schmied zu sein hat. Dabei wird dann vernachlässigt, dass es nicht nur darauf ankommen kann, alle Menschen zu Toppschwimmern zu machen, sondern auch erheblich darauf, Flussläufe so zu gestalten, dass es auch unsportlichen Schwimmern oder solchen, die auf Schwimmwesten angewiesen sind, möglich ist durchzukommen.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass manche Menschen mit dem selber Schwimmen so schlechte Erfahrungen gemacht haben, dass sie auf alles, was optimistisch und hemdsärmelig als ziel- und erfolgsorientiertes Schwimmtraining daher kommt, allergisch reagieren. Häufig ist es gerade der bewusste Verzicht auf solche Trainingsversuche, der dazu beiträgt, einem Menschen die Möglichkeit zu geben, von sich aus die zu ihm passenden Bewegungsformen und für ihn nützlichen Hilfsmittel zu finden. Wer sich lange aus welchen Gründen auch immer – als Nichtschwimmer definieren musste, für den kann es eine Frage der Selbstachtung sein, bei diesem Thema nicht gleich nachzugeben. Eine Voraussetzung dafür,

andere zum Schwimmen zu ermutigen ist es, selbst mit ins Wasser zu steigen, um sich über Kälte, Untiefen, gefährliche Quallen oder was sonst noch so an gefährlichen Lebewesen im Fluss schwimmt zu orientieren. Wer sich als Schwimmlehrer betätigen will, muss viel Zeit und Geduld mitbringen und auch akzeptieren können, dass mancher sich mit bloßem Plantschen im Fluss und viel Herumliegen am Ufer begnügen möchte. Denn wie schon Immanuel Kant 1783 in einem Brief an Moses Mendelson feststellte:

»Jeder Mensch hat seine besondere Art gesund zu sein, an der er ohne Gefahr nichts ändern darf.« (10)

Außerdem ist es für manche Menschen viel besser, wenn sie nicht im Hauptstrom mitschwimmen müssen, sondern sich auf verschlungenen Seitenarmen langsam in ihrem ganz eigenen Tempo fortbewegen können. Es ist wichtig, sie darin zu ermutigen, dass sie auch auf diese, ihre eigene Weise ankommen können und so vielleicht viel mehr von den Schönheiten der Landschaft mitbekommen.

Auch von einigen gut ausgestatteten Rettungsboten sollten wir uns meiner Meinung nicht ganz verabschieden.

Nun will ich aber diese Fluss- und Schwimmmetaphern verlassen und etwas ziemlich Banales zum Schluss sagen. *Salutogenese, Empowerment, Recovery* – solche und ähnliche Worte klingen sehr Respekt einflößend. Das macht vielleicht nichts, denn dadurch wird man neugierig und fragt sich, was mag an Geheimnissen dahinter stecken. Beschäftigt man sich damit, lassen sich gewendete Sichtweisen, neue Anstöße, Ideen, Handlungsimpulse gewinnen. Irgendwann jedoch entdecken wir auch, dass das Wichtigste bei alledem etwas ist, das wir eigentlich immer schon wissen, und das uns dennoch im Alltag, auch und gerade im Alltag der helfenden Berufe, immer wieder verloren zu gehen droht. Dieses Wichtigste ist die Erkenntnis, dass das was uns selbst und den Menschen, die wir lieben, guttut, was wir unseren Verwandten und Freunden wünschen, dass dies *allen* Menschen guttut, seien sie nun körperlich oder psychisch krank. Es lohnt sich, solche Neuentdeckungen des Selbstverständlichen immer wieder als Chance für die Praxis von Beratung und Therapie zu nutzen.

Allerdings sind wir durch diese sehr allgemeine Erkenntnis nicht von der Aufmerksamkeit für Differenzen entlastet, für Unterschiede zwischen meiner Geschichte und deiner Geschichte, zwischen meiner sozialen Herkunft und der deini- gen, zwischen meiner Begabung und deiner Begabung, zwischen meinen Gebrechen und deinen Gebrechen, zwischen meiner Physiologie und deiner Physiologie. Jede Person in ihrer Besonderheit wahrnehmen können und unseren Umgang von dieser Besonderheit bestimmen lassen – das muss dazukommen.

Anmerkung

- 1 Leicht überarbeitete Fassung eines Vortrags vom 29.02.08 beim Institut für Kirche und Gesellschaft Iserlohn – Haus Villigst Schwerte

Literatur

- 1 AMERING M, SCHMOLKE M (2007) *Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn
- 2 ANTONOVSKY A (1997) *Salutogenese – Zur Emystifizierung der Gesundheit*. Tübingen, S. 13 ff., 27, 30
- 3 CERMAK I (1991) *Klagelied und Freudenhymne – Begegnungen mit der Krankheit in Selbstzeugnissen schöpferischer Menschen*. Frankfurt/Berlin, S. 52 ff.
- 4 FRANKL VE (1994) *Logotherapie und Existenzanalyse.*, München
- 5 FRANKE A (1997) Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogeneskonzepts. In ANTONOVSKY A *Salutogenese – Zur Emystifizierung der Gesundheit*. Tübingen, S. 181, 182, 190
- 6 KNUF A (2007) Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus – Eine Annäherung an das Recovery-Konzept. www.beratung-und-fortbildung.de
- 7 LAMPRECHT F, JOHNEN R (Hg.) (1994) *Salutogenese – ein neues Konzept in der Psychosomatik*. Frankfurt, S. 63, 64
- 8 PRINS S (2003) *Vom Glück – Wege aus psychischen Krisen*. Bonn, S. 7
- 9 Sontag, S (1996) *Krankheit als Metapher*. Frankfurt, S. 7, 8
- 10 THOMA D (2000) *Zweitausend zierliche Zitate*. München
- 11 WANDER M (1981) *Leben wär' eine prima Alternative – Tagebuchaufzeichnungen und Briefe*. Darmstadt, S. 58, 33, 41)

Anschrift der Verfasserin

Renate Schernus

Bohnenbachweg 15

33617 Bielefeld

www.renate-schernus.kultursver-nrw.de