



Zofferschnarre

„Warum wollen Sie gesund werden?“ Salutogenese im psychiatrischen Kontext

BARBARA DOSS

PatientInnen, die sich in psychiatrische Behandlung begeben, erleben (und suchen?) häufig den pathogenetischen Gesichtspunkt der Medizin: Sie erhalten Diagnosen, Medikamente und Aufklärung über ihre psychische Krankheit und geben allzu oft die Verantwortung für ihre Gesundheit bzw. *Gesundung* an die ExpertInnen im System Krankenhaus bzw. Psychiatrie ab, bzw. werden in der Akutpsychiatrie mitunter auch dazu gezwungen.

Die Salutogenese geht bekanntermaßen davon aus, dass auch in Zeiten von (psychischer) Krankheit jederzeit gesunde Anteile zu finden und zu fördern sind und stellt somit einen therapeutischen Auftrag dar, der in einer dreijährigen Forschungsarbeit auf seine Übersetzung in die multidisziplinäre therapeutische Praxis im Kontext der Psychiatrie untersucht wurde.

1. Forschungsteil:

Aktionsforschung nach Henri Desroches (1990)

„Was konkret bedeutet salutogenetisch orientiertes therapeutisches Handeln im Kontext der Psychiatrie? Arbeite ich als Therapeutin, die sich der Gesundheitsförderung und Salutogenese mit Leib und Seele verschrieben hat, tatsächlich salutogenetisch, oder hefte ich es mir als Selbstverständnis/Selbstverständlichkeit unreflektiert an die Fahnen? Woran darf man therapeutischen Erfolg messen und was bedeutet Heilung aus dem Blickwinkel der Salutogenese?“

Persönliche Fragen dieser Art führten zu der im Folgenden beschriebenen Forschungsarbeit, die im Rahmen meines Masterstudiums der Musiktherapie an der IMC FH Krems an der Donau / Ö durchgeführt wurde. Innerhalb des qualitativen Forschungsrahmens der Grounded Theory nach Strauss und Glaser (1967) sollte aus empirischen Daten, die mittels qualitativer Interviews und

einer Fokusgruppe gewonnen wurden, veranschaulicht werden, welches Verständnis, welche Haltungen, welche Handlungsstrategien, aber auch welche Ideen von Gesundheitsförderung sich beim Versuch, salutogene Prinzipien in die therapeutische Praxis im Feld der Psychiatrie umzusetzen, entwickeln können. Eine vorausgehende zweijährige Aktionsforschung nach Henri Desroche (1990), die zur theoretischen Sensibilisierung auf das Thema genutzt wurde, skizzierte meinen persönlichen Weg als Musiktherapeutin, wie ich die Salutogenese für mich und meine eigene Arbeit im und in den psychiatrischen Bereich übersetzte; welche Perspektiven (und Sinnzusammenhänge!) sie mir erschloss, aber auch welchen Missverständnissen und Fehlinterpretationen ich erlegen war: Salutogenese wurde von mir zunächst programmatisch (als WAS, als Methode bzw. therapeutisches Angebot) aufgefasst, und sollte auf ihre Übersetzung in die Praxis wie z. B. bei Langeland et al. (2006, 2007, 2016, 2017) erforscht werden.

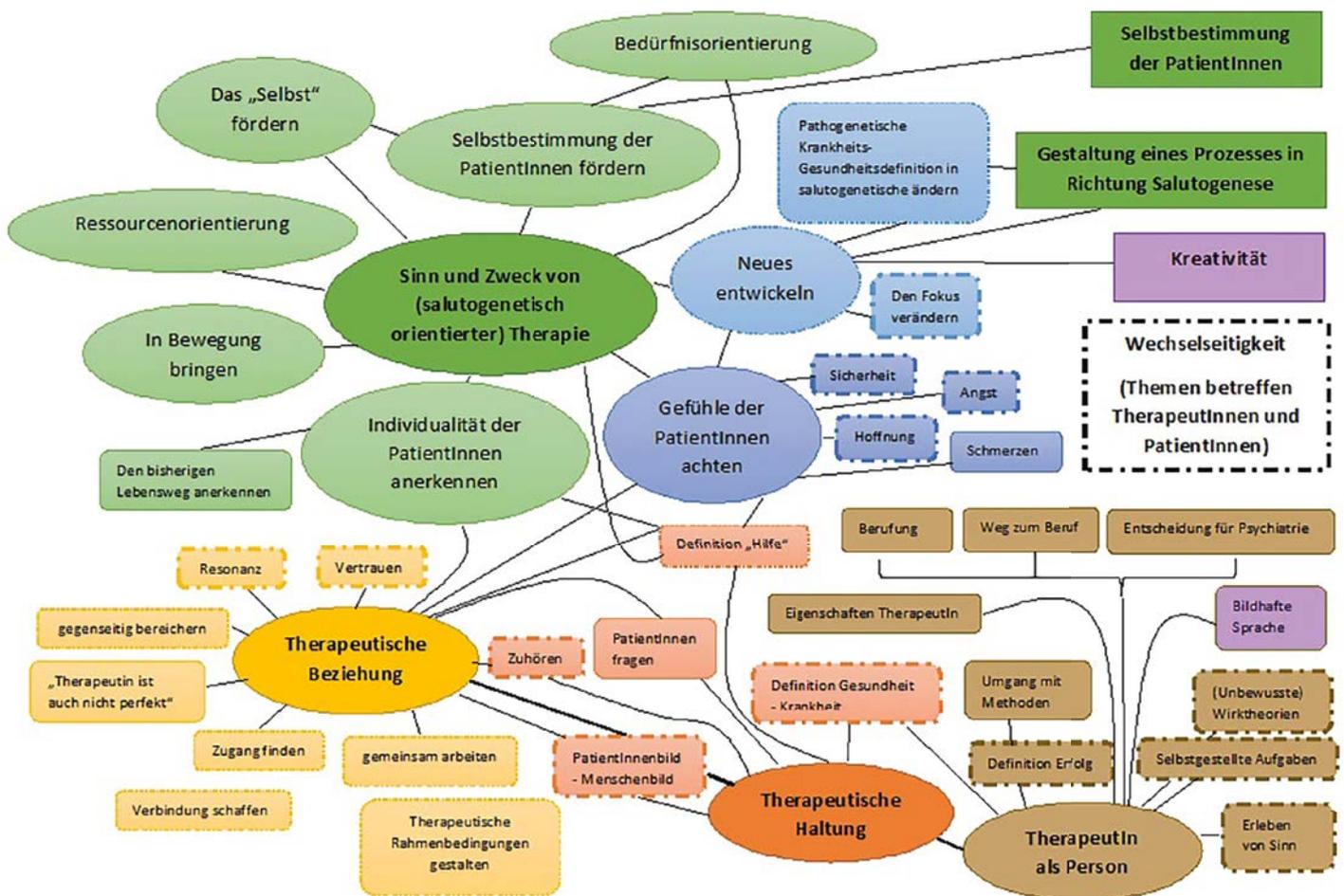
Durch das Aktionsforschungsprojekt konnte ich die Salutogenese jedoch sukzessive als Haltung, als WIE, begreifen, und es ging nicht mehr darum, sie ‚von außen‘ als Modell in die Praxis zu bringen und dessen Umsetzung zu evaluieren, sondern umgekehrt von der Praxis ausgehend herauszuarbeiten und emporzuheben, wie salutogenetisch orientiertes Handeln im psychiatrischen Kontext bereits gehandhabt wird; wie die Salutogenese von multidisziplinären TherapeutInnen verstanden wird und welchen Sinn diese in mentaler Gesundheitsförderung sehen; sprich, was Gesundheitsförderung für die TherapeutInnen im psychiatrischen Feld bedeutet.

2. Forschungsteil: Qualitatives empirisches Forschungsprojekt

In einem darauffolgenden einjährigen Forschungsprojekt, das in einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin stattfand, die im ländlichen Raum ein Einzugsgebiet von rund 200.000 Einwohnern versorgt, wurden TherapeutInnen aus verschiedensten therapeutischen Disziplinen (Musiktherapie N=2, Ergotherapie N=2, Sozialarbeit N=1, Verhaltenstherapie N=1, Gesprächstherapie N=1, Körperorientierte Therapie N=1) in acht qualitativen, leitfadengestützten Interviews u. a. hinsichtlich ihrer

Therapie- und Menschenbilder, therapeutischen Ansätze und Handlungsweisen, persönlichen Definitionen von Gesundheit und einer Einschätzung ihrer eigenen Qualitäten als TherapeutInnen befragt. Die Interviews, die auf Wunsch der InterviewpartnerInnen am Arbeitsplatz (unter größtem Bedacht der Wahrung der Anonymität) stattfanden, dauerten im Schnitt rund 44 Minuten und ergaben mittels Audioaufnahme insgesamt rund 322 Minuten Datenmaterial, das mit dem Programm MAXQDA transkribiert und mittels Kodierung nach der Grounded Theory (Strauss&Glaser) ausgewertet wurde:

Abbildung 1: Entwicklung der Kernkategorien aus den qualitativen Interviews

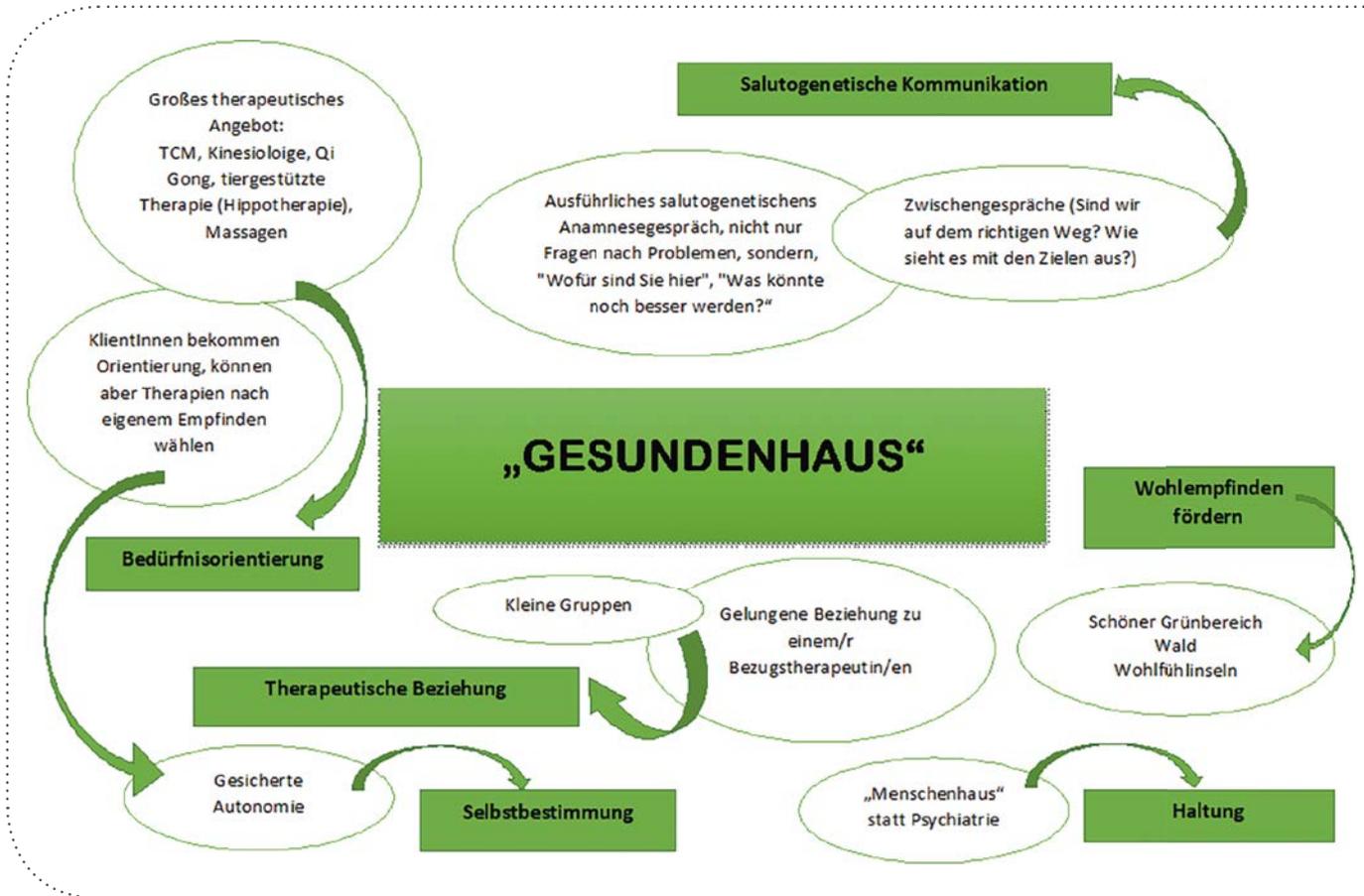


Anschließend wurde eine Fokusgruppe aus den InterviewpartnerInnen gebildet und nach erstem Auswerten und Vorkodieren, wie von der Grounded Theory gefordert, mit einem Abstand von zwei Wochen nach Durchführung aller Interviews abgehalten.

Die Dauer der Diskussion betrug 1 Stunde 50 Minuten und war leitfadengestützt. Prägnante Zitate und Schlüsselbegriffe aus den Interviews, die von der Fokusgruppenleiterin im Vorfeld auf Kärtchen geschrieben worden waren, wurden von den FokusgruppenteilnehmerInnen den beiden Begriffen „Salutogenese“ und „Pathogenese“ zugeordnet und diese Zuordnung gemeinsam

diskutiert. Fragen nach eigenen Konzepten und Ideen, wie Gesundheitsförderung im Kontext der Psychiatrie gelingen könnte, ergaben ein Bild eines „Gesundenhauses“, das von den TherapeutInnen entworfen wurde und Aufschluss darüber gab, wie ihrer Ansicht nach sinnvolle Gesundheitsförderung gestaltet werden könnte:

Abbildung 2: Bild der gesundheitsfördernden Psychiatrie, von den TherapeutInnen entworfen



In den Interviews betonten die TherapeutInnen sehr häufig, „ressourcenorientiert“ zu arbeiten. Bei vielen InterviewpartnerInnen wurde die Salutogenese per se als „Ressourcenorientierung“ verstanden; bekanntermaßen integriert das Konzept der Salutogenese jedoch noch viel mehr Ansätze, wie der ‚salutogenic umbrella‘ von Monika Eriksson illustriert:

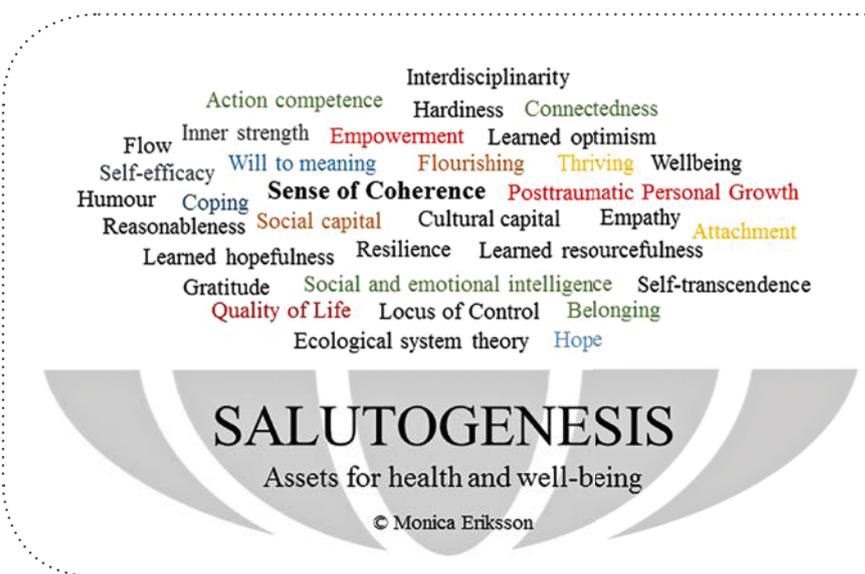


Abbildung 3: The salutogenic umbrella

Quelle: Eriksson Monica: The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health. In: Mittelmark, et al., 2016. The Handbook of Salutogenesis, New York: Springer, p. 103.

Ergebnis

Mittels der Kodierung nach der Grounded Theory nach Glaser & Strauss konnten aus den Interviews und der Fokusgruppe sieben Kernkategorien ausgewertet werden:

- Gestaltung eines therapeutischen Prozesses in Richtung Salutogenese
- Selbstbestimmung der PatientInnen
- Kreativität
- Wechselseitigkeit
- Salutogenetische Haltung – Bedürfnisorientierung
- TherapeutIn als Person
- Therapeutische Beziehung

Gestaltung eines therapeutischen Prozesses in Richtung Salutogenese

Da die PatientInnen im Kontext des Studienorts überwiegend akut in das Spital kommen, setzt zum Zeitpunkt der Aufnahme das ein, was in der Fokusgruppe als „*Maschinerie der Medizin*“ beschrieben wurde: Diagnosen werden gestellt oder adaptiert, Medikamente verschrieben, die Selbstbestimmung der PatientInnen eingeschränkt oder gar (vorübergehend) aufgehoben. Die PatientInnen geben die Verantwortung zu einem hohen Grad ab und legen ihr Schicksal mehr oder weniger in die Hände von ‚ExpertInnen‘, bzw. sind/werden dazu institutionell gezwungen.

Dies stellt grob zusammengefasst den Startpunkt des therapeutischen Prozesses dar. Dieser ist stark in der Pathogenese verhaftet, und wird, wie die StudienteilnehmerInnen beschrieben, nach Möglichkeit Schritt für Schritt in Richtung Salutogenese gestaltet. Das bedeutet folglich, dass die TherapeutInnen versuchen, Übergänge von z. B. pathogenetisch geprägten Erwartungen und Verständnissen der PatientInnen hin zu einer Erweiterung in die salutogenetische Richtung zu schaffen.

Eine teilnehmende Person beschrieb, dass auch sie selbst als Therapeutin bei jedem neuen Erstkontakt mit einem/r Patienten/ in einen Übergang von der Pathogenese zur Salutogenese durchlaufe; zunächst sei sie von der Haltung her eher pathogenetisch orientiert; die Diagnose sei beispielsweise in Sachen Selbstschutz, aber auch Angst („*Was erwartet mich?*“) und für eine erste Orientierung hilfreich. Dennoch muss, wie von allen InterviewpartnerInnen betont wurde, gerade in der Psychiatrie darauf geachtet werden, dass die Diagnose nicht allzu sehr „schubladisierend“ wirkt.

Die StudienteilnehmerInnen beschrieben, dass sie sich in der Anfangsphase des therapeutischen Prozesses im besten Falle genug Zeit nehmen (möchten), um die zugewiesenen PatientInnen kennenzulernen und sich auf sie einstellen zu können. Hier entstünden erste Eindrücke von möglichen Ressourcen, auf die später zurückgegriffen werden kann, und es wird auch versucht, die dringendsten Bedürfnisse der PatientInnen herauszufinden und diese, wenn notwendig, zu strukturieren.

Der Aufbau einer gelungenen therapeutischen Beziehung zu den PatientInnen wurde als essentiell erachtet, da insbesondere die Anfangsphase von einem starken gemeinsamen Arbeiten von TherapeutInnen und PatientInnen geprägt ist.

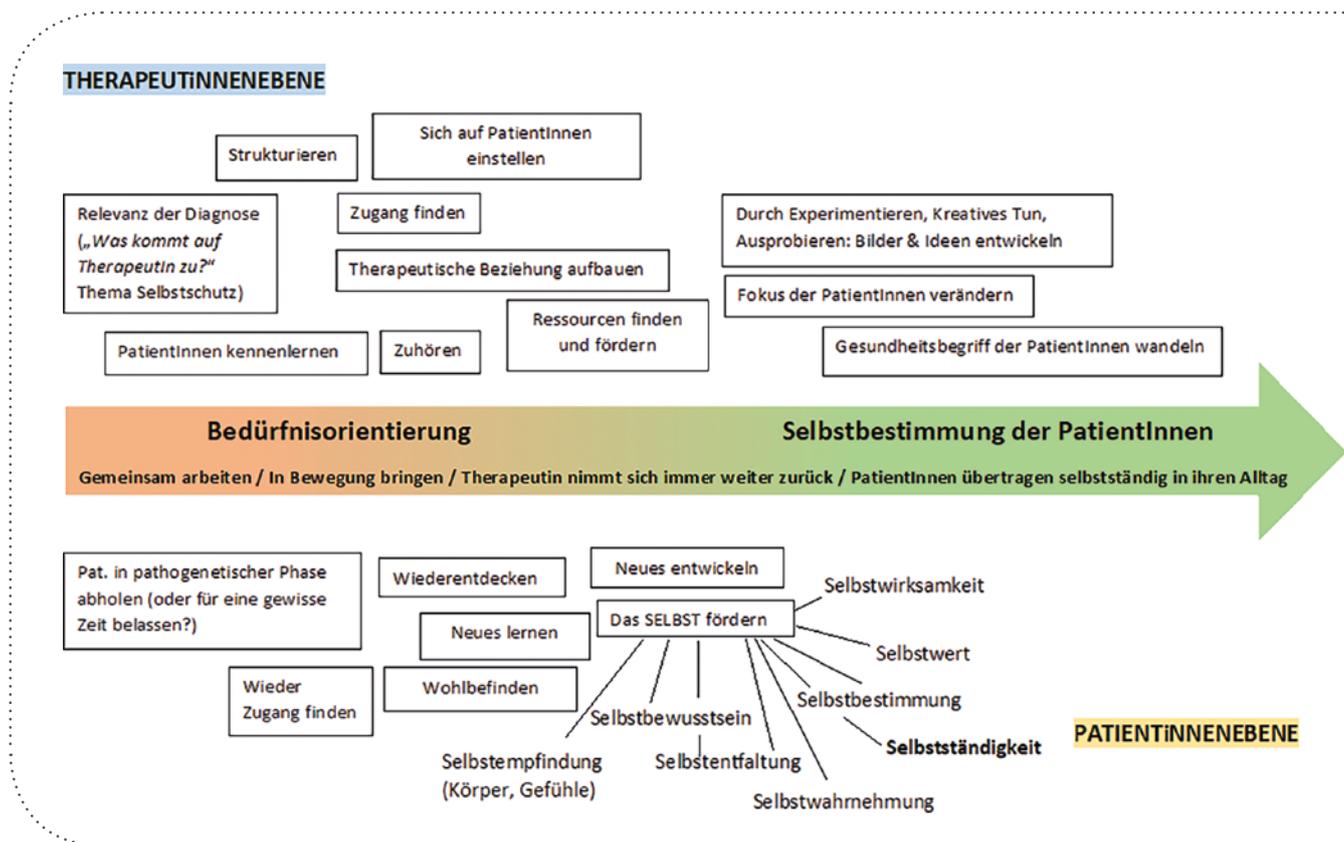
Dies vermittele den PatientInnen Hoffnung und das Gefühl, nicht allein zu sein und eine verlässliche Unterstützung zu haben. Die TherapeutInnen legten jedoch Wert darauf, sich sukzessive ‚zurückzuziehen‘ zugunsten der Förderung der Selbstständigkeit und Selbstorganisation der PatientInnen. Als Ziel wurde die eigenständige Anwendung und Übertragung von Therapieelementen in das Zuhause bzw. in den Alltag der PatientInnen genannt.

Je mehr sich der Prozess in Richtung Salutogenese bewegt, desto mehr Kreativität zeigt sich im therapeutischen Handeln: Es gibt weniger Vorgaben, die die PatientInnen erreichen sollten, als vielmehr die Entwicklung von ‚Eigenem‘: Durch die Stärkung des „Selbst“ in Form von Selbstbewusstsein, -wahrnehmung, -entfaltung, -wert, -empfinden (Körperempfinden, Empfinden von Gefühlen) und Selbstbestimmung, sollten individuelle Umgänge und Strategien im Umgang mit Symptomen, Krankheit, belastenden Lebensfaktoren aber auch individuellen Lebenskonzepten entwickelt werden.

Durch die Gestaltung eines druckfreien, stressfreien und experimentierfreudigen Therapierahmens, der ein Ausprobieren oder Probieren (durchaus mit Humor und Freude bei den PatientInnen) ermöglicht und begünstigt, können entweder verlorengegangene Ressourcen bzw. lange nicht mehr, aber früher gern ausgeübte Tätigkeiten (oder die Erinnerung daran) „wiedergefunden“ oder auch ganz Neues für sich entdeckt werden.

Speziell im Kontext der Psychiatrie wurde angeregt, in Bezug auf die PatientInnenbedürfnisse nicht von der (psychiatrischen) Diagnose („*Depressive brauchen XY*“) auszugehen, sondern von den individuellen Bedürfnissen der PatientInnen, die zu Beginn des Therapieprozesses herausgearbeitet und strukturiert wurden. Das Strukturieren-Wollen scheint im Kontext der Psychiatrie verständlich; viele Krankheitssymptome haben mit innerem „Chaos“ und nach außen wirkender Orientierungs- und Strukturlosigkeit zu tun; jedoch verläuft der therapeutische Prozess nach einer erfolgreichen ersten Stabilisierung selbst in eine gegensätzliche Richtung: Sukzessive werden Denkmuster, alte Ansichten, verinnerlichte Verhaltensweisen, das, worauf fokussiert wird usw., sprich, die vorhandene innere Struktur, reflektiert und sukzessive (kreativ) verändert und erweitert.

Abbildung 4: Gestaltung eines therapeutischen Prozesses in Richtung Salutogenese



Selbstbestimmung

Der Selbstbestimmung, gerade im Kontext der Psychiatrie, in der (nach wie vor) eine häufige Behandlung *gegen* den Willen der PatientInnen vollzogen wird, wurde sowohl in den Interviews als auch in der Fokusgruppe enorme Wichtigkeit beigemessen. Sie zeichnete sich sowohl durch die Freiwilligkeit der Teilnahme an den Therapien aus, als auch durch das Mitbestimmen und Mitgestalten von Therapieinhalten, das „Fragenstellen“ der TherapeutInnen und durch viele Therapieziele, die die (Wiedererlangung von) Selbstständigkeit der PatientInnen anstreben. Der Grad der Selbstständigkeit, oder, wie es formuliert wurde, „*sich selbst zurückzuerobern*“, sowie die zunehmende Unabhängigkeit von der Rolle der/des Therapeutin/en, stellte sogar ein zentrales Erfolgsmerkmal von psychiatrischer Therapie dar.

Wechselseitigkeit

Mit dieser Kategorie ist gemeint, dass viele Themen beide Seiten, TherapeutInnen wie PatientInnen, gleichermaßen betreffen, wie beispielsweise das Empfinden eines erfolgreichen Therapieverlaufs oder auch das Gestalten eines Übergangs von der Pathogenese zu Salutogenese. Beim Umgang mit der Diagnose kann sich dies auf das persönliche Gestalten des Übergangs von Pathogenese in Richtung Salutogenese in Zeiten von (eigener) Krankheit beziehen, auf das Bedürfnis nach Mitgestaltung und Mitbestimmung sowie generell menschlicher Bedürfnisse, wie die Wichtigkeit des sozialen Miteinanders, den Wunsch nach gelungener Kommunikation oder auch das Betroffen Sein bzw.

sich berühren lassen von Schicksalen. Das Bewusstsein um diese „Wechselseitigkeit“ hat nach Ansicht der Autorin direkten Einfluss auf die therapeutische Haltung und die Gestaltung einer ebenbürtigen therapeutischen Beziehung auf Augenhöhe.

Kreativität

Es darf im psychiatrischen Kontext nicht außer Acht gelassen werden, dass Kreativität einen wesentlichen Einfluss auf den Gesundheits- oder Gesundungsprozess einnimmt. Häufig führen psychiatrische Krankheiten wie z. B. Depressionen dazu, dass die ‚Ideen schwinden‘, wie der/die PatientIn sein/ihr weiteres Leben gestalten könne; und mit den Ideen schwinden auch die Gefühle von Hoffnung und Zuversicht. Die multidisziplinären TherapeutInnen beschrieben immer wieder, wie wichtig es sei, wieder Visionen, Bilder und Ideen zu entwickeln und die Fantasie anzuregen. Kreativität hat einen ‚weiten‘ oder ‚sich weitenden‘ Charakter; Enge und Festgefahrenes kann durch einen druck- und stressfreien Zugang, der in den Interviews immer wieder betont wurde, auf spielerisch-humorvolle Weise aufgebrochen und flexibler werden.

Kreativität bedeutet jedoch auch, dass die ProfessionistInnen selbst im Bereich der Psychiatrie aufgefordert sind, von den Bedürfnissen der PatientInnen geleitet, neue Behandlungsstrategien und Ideen zur Gesundheitsförderung zu entwickeln, was einen enormen Kontrapunkt zur sehr *manual*geleiteten und standardisiert-programmatischen Vorgangsweise in der Psychiatrie darstellt.

Die drei Kernkategorien **TherapeutIn als Person**, **Therapeutische Beziehung** und **Salutogenetische Haltung** standen in einem untrennbaren Zusammenhang.

Die qualitätsvolle Gestaltung der therapeutischen Beziehung und die Haltung der TherapeutInnen zu den PatientInnen wurde als ausschlaggebend für den therapeutischen Erfolg angesehen. Die **TherapeutIn als Person** ist insofern von eminenter Wichtigkeit, dass die im Gesundheitswesen Tätigen implizite Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit in sich tragen und sich innere Aufträge erteilen, wie z. B. das „Helfen wollen“, das sich als biografisch begründet herausarbeiten ließ. Dieser persönliche Zugang übte einen entscheidenden Einfluss darauf aus, welche Krankheits- und Wirktheorien von Therapie (implizit) entwickelt wurden, und, welches Krankheits- und Gesundheitsverständnis verinnerlicht wurde, das wiederum die therapeutische Haltung beeinflusst. Salutogenetisches Handeln ist demnach bereits intuitiv angelegt; ebenso wie Krankheits- und Gesundheitsdefinitionen, Menschenbilder, PatientInnenbilder, therapeutische Aufträge uvm., und kann mittels der Salutogenese wortwörtlich zur „Sprache“ gebracht werden, indem sie die dazu notwendigen Begriffe liefert.

Zusammenfassung und Diskussion

Als zentral für das Verständnis von Salutogenese im psychiatrischen Kontext stellte sich die Förderung der Selbstbestimmung der PatientInnen heraus. Diese soll nicht nur im Rahmen der Therapie gefördert werden, sondern auch im Therapierahmen selbst seine Umsetzung finden, indem die PatientInnen Therapieinhalte aktiv mitgestalten können und um ihre Wünsche, Ziele und Bedürfnisse gefragt werden, was auf die Bedürfnisorientierung der TherapeutInnen und deren therapeutische Haltung hinweist. Petzold (2011b) plädiert für Selbstbestimmung im Sinne einer autonomen Selbstregulation: „[...] eine Ethik des Anerkennens und Respektes der Autonomie aller kleineren Systeme. Für die Gesundheitsberufe bedeutet dies, die Selbstbestimmtheit der Patienten und Klienten zu achten. [...] Denn die Systemtheorie billigt jedem lebenden System eine autonome Selbstregulation zu, die es in allen Dimensionen zu respektieren gilt, wenn das Ganze – das Übersystem – sich jeweils mit seinen Subsystemen gesund entwickeln soll.“

Das Konzept des „**Empowerments**“, an das die Forschungsergebnisse erinnern, betont ebenfalls die Selbstbestimmung und hält den Grad an Autonomie als Maß für die Gesundheit von Menschen (vgl. Knuf, 2003).

In der Fokusgruppe entbrannte u. a. bezüglich der Gratwanderung der Selbstbestimmung/Selbstverantwortung versus dem „PatientInnen zu helfen“ eine heftige Diskussion, die ein nach wie vor pathogenetisch geprägtes Wesen der Psychiatrie offenlegte. Von ärztlicher Seite würden viel zu oft Therapieziele und anzustrebende Fähigkeiten in begrenzter Zeit von außen vorgegeben, schlicht „Menschliches“ pathologisiert, ein „Nein“ des/der Patienten/in als „non-compliant“ abgewertet, und die TherapeutInnen

fühlten sich sehr oft (wie auch die PatientInnen!) nicht gehört und ernst genommen bzw. in ihrem (therapeutischen) Gestaltungsbedürfnis eingeschränkt oder behindert. Selbst die genannte „Ressourcenorientierung“ oder das Herausarbeiten von PatientInnenbedürfnissen würde allzu oft zur Diagnoseuntermauerung pathogenetisch genützt. In der Fokusgruppe zeigte sich, dass aber auch die TherapeutInnen davor nicht gefeit sind; so wurde so manchem Menschenbild, das von InterviewpartnerInnen beschrieben und von der Fokusgruppenleiterin als gemaltes Bild zur Diskussion vorgelegt wurde, ebenfalls „Krankheit“ und „Behandlungswürdigkeit“ attestiert.

Ein erlebtes pathogenetisch geprägtes Klima scheint vor allem durch zu wenig und/oder suboptimale Kommunikation gestützt; dementsprechend wurde ein großes Bedürfnis nach einem „positiven“ Berichten über die PatientInnen im Team genannt, wofür es bislang weder Gehör noch die institutionellen Rahmenbedingungen dafür gäbe. Hier anzusetzen erscheint enorm wichtig, um ein institutionelles salutogenetisches Klima für alle Beteiligten zu fördern bzw. zu entwickeln.

Salutogenese findet den Weg in die therapeutische Praxis über die Haltung, nicht als Methode oder Programm. Die salutogenetische Haltung zeigt sich insbesondere in der Gestaltung einer ebenbürtigen, wertschätzenden und gleichberechtigten therapeutischen Beziehung, die einerseits das „gemeinsame“ Arbeiten betont, aber auch darauf bedacht ist, nicht zu einer Abhängigkeit zu führen, sondern sukzessive Eigen- und Selbstständigkeit der PatientInnen anzustreben. Wie die/der Therapeut/in als Person (selbst) Gesundheit und Krankheit definiert, welches Menschenbild er/sie verinnerlicht hat, welchen Sinn und Zweck von Therapie er/sie verfolgt; kurzum, die Annahme, dass salutogenetische Elemente als Haltung (unbewusst) bereits vorhanden sind, hat zur Folge, dass Salutogenese nicht „eingeführt“ oder „erlernt“ werden, sondern als Kern der gelebten Praxis den im Gesundheitswesen Agierenden bewusst gemacht und bewusst werden sollte, damit sie ihr Handeln mit (neuen) Begriffen und bewussten Sinnzusammenhängen, aber auch dementsprechender beruflicher Identität und im Sinne der Gesundheitsförderung gestalten können.

Selbstreflexion und ein Hinterfragen eigener therapeutischer und menschlicher Zugänge, verinnerlichter Menschenbilder usw. auch (oder besonders?) im Laufe der jahrelangen beruflichen Tätigkeit erscheint also als essentiell, und so bestand auch die „hidden agenda“ des Forschungsprojekts darin, die Salutogenese den Beteiligten (so wie der Autorin selbst!) bewusst(er) zu machen und ein weitergehendes Auseinandersetzen mit dem Thema zu fördern.

Salutogenetisch orientiertes therapeutisches Handeln weist ein stark kreatives Wesen auf. Kreativität soll nicht ein „anything goes“ und ein unstrukturiertes miteinander Tun implizieren, sondern es verlangt – geradezu im Gegenteil – ein großes therapeutisches Repertoire und dementsprechend Engagement und Kompetenz der TherapeutInnen, für die PatientInnen ihrer Le-

bensgeschichte und ihren individuellen Bedürfnissen und Zielen entsprechend ein ebenso individuelles Programm zu entwerfen und miteinander zu gestalten. In Zeiten von Manualen, genauem Einhalten von Richtlinien und häufig geforderten ‚Assessments‘ im psychiatrischen Krankenhausbereich stellt Kreativität geradezu einen Kontrapunkt zum (institutionell) geforderten therapeutischen Handeln dar. Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass sich die Kreativität im Zuge der Kodierung durch die Grounded Theory als Kategorie aus dem Datenmaterial herauskristallisierte, und nicht explizit von den Interviewten genannt wurde. Hier darf also angenommen werden, dass die Wichtigkeit von Kreativität noch in das Bewusstsein der TherapeutInnen rücken darf/soll, und die von den TherapeutInnen gewünschte institutionelle „Freiheit im therapeutischen Tun“, wie es formuliert wurde, genau das meint und (auch) im psychiatrischen Kontext unbedingt erhalten und gefördert werden muss, um salutogenetisches Arbeiten zu unterstützen.

Eine zentrale Erkenntnis, die sich im Zuge der Interviews entwickelte, war eine von den StudienteilnehmerInnen thematisierte Diskrepanz zwischen dem Krankheits- und Gesundheitsverständnis der PatientInnen, das insbesondere in der Anfangsphase des klinischen Aufenthalts tendenziell pathogenetischer Natur sei, im Gegensatz zu den eigenen Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen der TherapeutInnen, die fast vollständig der Salutogenese zugeordnet werden konnten.

Dies kann unter Umständen insofern zu (kommunikativen) Herausforderungen führen, dass salutogenetische geprägte (Gesprächs-) Angebote zu früh ansetzen können, weil dafür bei den PatientInnen Grundlagen noch nicht gefördert wurden, bzw. vorhanden sind, wie z. B. Vertrauen (in sich selbst, aber auch in die TherapeutInnen), dringendere Fragen noch nicht beantwortet wurden („Was stimmt mit mir nicht?“), Probleme noch nicht genug gehört wurden („Wissen Sie eigentlich, wie schlecht es mir geht? Wie können Sie da von Gesundheit sprechen?“) und/oder die Selbstorganisation noch nicht so stabil ist, dass salutogenetische Impulse integriert und ‚gehandhabt‘ werden können. Es erscheint also von größter Wichtigkeit, Therapie stets als prozesshaft wahrzunehmen, und Übergänge von der Pathogenese zur Salutogenese mit größter therapeutischer Behutsamkeit zu gestalten.

Zusammengefasst bedeutet mentale Gesundheitsförderung, auf die Bedürfnisse der PatientInnen kreativ und individuell einzugehen, durch eine ebenbürtige Gestaltung der therapeutischen Beziehung die Selbstbestimmung – insbesondere im psychiatrischen Kontext – der PatientInnen zu achten und zu fördern und mit den PatientInnen gemeinsam einen therapeutischen Prozess in Richtung Gesundheit zu gestalten. Die Kategorie der Wechselseitigkeit soll bewusst machen, dass Bedürfnisse von PatientInnen und ProfessionistInnen in ihrer Grundfigur sehr ähnlich sind, und von einem Vorfinden und Gestalten eines institutionell salutogenetischen Klimas, das wesentlich von aktiver und kreativer Selbst- und Mitbestimmung, aber auch wertschätzender und kohärenter Kommunikation geprägt ist, gleichermaßen profitieren.

Es erscheint von höchster Wichtigkeit, sich als TherapeutIn das eigene Menschen- aber auch Gesundheits- und Krankheitsbild mittels Selbstreflexion bewusst zu machen, da es das therapeutische Handeln (und auch die therapeutische Haltung) in hohem Maße beeinflusst. Es gilt zu beachten, was die PatientInnen selbst unter ‚Gesundheit‘ verstehen, um diese Konzepte in Bezug auf das gemeinsame Tun (und etwaige therapeutischen Ziele) mit den PatientInnen, aber auch innerhalb der Institution (!) kommunikativ ‚auszuverhandeln‘.

Die Forschungsarbeit konnte insofern einen neuen Beitrag zur vorhandenen Literatur leisten, dass die Salutogenese nicht in ihrer Umsetzung als Programm wissenschaftlich evaluiert wurde, sondern aufzeigt, wie Salutogenese bereits implizit im Feld der Psychiatrie gelebt und gehandhabt wird. Die sieben Kriterien salutogenetischen Handelns, formuliert vom Dachverband für Salutogenese¹, konnten in den Ergebnissen bestätigt und im psychiatrischen Kontext um zwei Elemente, der Selbstbestimmung der PatientInnen und der Kreativität, ergänzt werden.

Literatur

- Knuf, A. (2003): Empowerment fördern – Beispiel Psychiatrie. In: *Managed Care* (7), S. 17–19.
- Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B. R., Nortvedt, M. W., Kristoffersen, K., Wahl, A. K. (2006): The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems A randomised controlled trial. In: *Patient Education and Counselling* 62 (2), S. 212–219. DOI: 10.1016/j.pec.2005.07.004.
- Langeland, E., Wahl, A. K., Kristoffersen, K., Hanestad, B. R. (2007): Promoting coping: salutogenesis among people with mental health problems. In: *Issues in Mental Health Nursing* 28 (3), S. 275–295. DOI: 10.1080/01612840601172627.
- Langeland, E., Gjengedal, E.; Vinje, H. F. (2016): Building salutogenic capacity: a year of experience from a salutogenic talk-therapy group. In: *International Journal of Mental Health Promotion* 18 (5), S. 247–262. DOI: 10.1080/14623730.2016.1230070.
- Langeland E., Vinje H. F. (2017): The Application of Salutogenesis in Mental Healthcare Settings. In: Mittelmark, M. B., Lindström, B., Bauer, G. F., Espnes, G. A., Pelikan, J. M., Eriksson, M., Sagy, S. (Hg.): *The Handbook of Salutogenesis*: Springer, S. 299–305.
- Mittelmark, M. B., Lindström, B., Bauer, G. F., Espnes, G. A., Pelikan, J. M., Eriksson, M., Sagy, S. (Hg.) (2017): *The Handbook of Salutogenesis*: Springer. Online verfügbar unter <http://www.doabooks.org/doi/func=fulltext&rid=21310>.
- Petzold, T. D.: Grundlagen einer systemischen Kohärenzregulation. Dynamische und systemische Aspekte einer salutogenetisch orientierten Meta-Theorie für Gesundheitsberufe. In: Tagungsdokumentation der Tagung zur Zukunft der Hochschulbildung III der Hochschulen für Gesundheit: „Wie können aus Gesundheitsberufen Gesundheitsberufe werden?“ 26./27. Mai 2011 in Magdeburg, S. 12–27. Online verfügbar unter https://www.salutogenese-zentrum.de/cms/fileadmin/user_upload/Petzold-Theorie-1211-Salutogenese.pdf, zuletzt geprüft am 24.11.2019.

Barbara Doss

studierte Soziologie, Gesang, Gesangspädagogik und Musiktherapie und arbeitet als Musiktherapeutin in der Erwachsenenakutpsychiatrie und als Gesangslehrerin mit Jugendlichen. Sie lebt in Oberösterreich und ist glückliche Mama von vier Kindern.



Quelle: Autor

¹ vgl. <http://www.salutogenese-zentrum.de/cms/?id=167>