

Chronisch krank und doch gesund – eine salutogenetische Orientierung

Ein dialogisches Verständnis von gesunder Entwicklung

Theodor Dierk Petzold

Kindersprechstunde

Es kommen viele Mütter (auch Väter und Großmütter) mit ihren Kindern in die Sprechstunde, wenn diese husten, fiebern, wegen Schmerzen schreien o.Ä. Bei den meisten geht es darum, die Eltern zu beruhigen, dass es ein normaler Infekt bzw. Zahnungsbeschwerden o.Ä. sei. Ein bisschen Hustensaft, ein paar homöopathische Kügelchen, Kräutertee oder Ruhe, dann sollte das Kind nach 3-5 Tagen wieder gesund sein. Die Eltern stellen sich auf die Erkrankung des Kindes ein und versorgen es etwas liebevoll zugewandter als gewöhnlich. Das Kind wird spätestens nach ein paar Tagen >wieder gesund<. Allerdings ist die Frage berechtigt, ob es zutreffend ist, von >wieder< zu sprechen? Oder wird das Kind ganz neu gesund? Hat sich in den Tagen der Erkrankung etwas

geändert? Hat sich die Beziehung zur Mutter, zum Vater, Geschwister oder Essen geändert? Hat das Kind vielleicht eine neue Gewissheit bekommen, dass die Mutter oder der Vater für es da ist, wenn es sie braucht? Diese inneren Vorgänge der Gesundung sind wenig untersucht (einen Anfang dazu habe ich 2000 und 2001 veröffentlicht). Wenn wir >gesund< nicht auf einen Zustand beziehen sondern auf die Selbstregulation in Richtung Gesundheit, dann können wir zutreffend auch von >wieder gesund< sprechen, denn durch die Zugewandtheit der Eltern gefördert kann die Selbstregulation wieder gesund dynamisch arbeiten, d.h. Wohlbefinden herstellen.

Wenn ein Mensch sich zum Teil in einer unbefriedigenden Kommunikation fixiert

Wenige Kinder werden nicht auf diese einfache Weise wieder gesund. Nach drei Tagen oder einer Woche oder noch später kommt die Mutter wieder mit dem Kind in die Sprechstunde. Manchmal dann auch über einen längeren Zeitraum wiederholt.

Fallbeispiel A

Die Mutter A. kommt mit ihrem 3-jährigen Paul nach vier Tagen zum zweiten Mal, weil Paul nicht recht >AA< machen kann, sich vor Schmerzen krümmt, wenn er zur Toilette gehen will. Seit einem halben Jahr ist das so problematisch – eine >chronische< Verstopfung. Vor vier Tagen war bei der Untersuchung der Bauch weich, am After eine leichte Rötung zu sehen – aber kein Befund zur Sorge. Mit einem Abführmittel war es lange einigermaßen gut gegangen. Viele Untersuchungen und mehrere medikamentöse Versuche hatten zu wechselhaften Ergebnissen geführt, zuletzt mit Klistieren, die furchtbares Geschrei ausgelöst hatten, ebenso wie zuvor Zäpfchen, die aber unter Riesen- geschrei wieder rausgedrückt wurden. Gestern hatte er wieder Schmerzen beim Toilettengang ohne Erfolg... >Ist es vielleicht besser, wenn er mal ins Krankenhaus kommt?<< schlägt die Mutter besorgt vor. – Das Kind schlängelt sich während unseres Gesprächs auf dem rechten Oberschenkel der Mutter unruhig und sehr (ängstlich) aufmerksam hin und her und quengelt gelegentlich: >Nach Hause.<<. Ich versuche in Ruhe die Stimmung und Dynamik zu

erfassen – was spielt sich da ab? Wer hat welches Bedürfnis bzw. Absicht? Ich erkläre der Mutter, dass wir aufgrund des Verlaufes (wechselnd Besserung / Verschlechterung) und weil schon viel untersucht sei, ohne dass ein Anhalt für eine gefährliche Organerkrankung gefunden sei, guten Grund haben, anzunehmen, dass es eine funktionelle Störung sei – ggf. im Zusammenhang mit den Nahrungsmittelallergien. Und dass es jetzt darum gehe, das Kind zu lassen, selbst gelassen zu bleiben, zu deeskalieren, zu entdramatisieren – auch wenn das Kind Schmerzen hat. Dass es nicht schlimm sei, wenn es mal zwei drei Tage keinen Stuhlgang habe, das würde sich von alleine regulieren, wenn man es denn lässt. Sie solle also bitte nichts unternehmen, was gegen den Willen des Sohnes ist, was ihm Schmerzen und Unangenehmes bereite, sondern solle ihn ruhig und gelassen begleiten – auch wenn er Schmerzen hat. Eine Medizin könne sie weitergeben (er nimmt sie ohne Probleme) und auch ein homöopathisches Mittel.

Hier war deutlich ein Kommunikationsmuster zwischen Mutter und Sohn erstarrt. Die Mutter fühlt sich für den Stuhlgang des Sohnes verantwortlich anstatt ihn Stuhlgang haben zu lassen (ggf. auch mit Schmerzen) und verfolgt die medizinische Strategie, dass man Störungen bekämpfen muss, ein Medikament nach dem nächsten... Diese medizinische Strategie bestimmt von nun an die Kommunikation mit ihrem Sohn. Anstatt aus ihrer eigenen mütterlichen empathischen Betroffenheit heraus antwortet sie aus einer medizinischen Strategie. Alle Dialoge, die mit Schmerzen und/oder Stuhlgang zu tun haben, werden von dieser Strategie dominiert; diese gibt den Rahmen für die Interpretation und folgenden Handlungen in dieser Beziehung. Diese Strategie ist von außen (der medizinischen Kultur) bestimmt, missachtet den ganzheitlichen Dialog als Mutter mit dem Kind und führt zu einem Kampf mit dem symptomtragenden Kind. Dabei hat der Sohn keine Chance, aus diesem Kommunikationsmuster zu entkommen. Er ist schon sehr erfinderisch, produziert wechselhafte und neue Symptome – aber vergebens: diese medizinische Strategie des Kämpfens gegen die Symptome macht ihn als Symptomträger zum Opfer, diese Vorgehensweise führt zwangsweise zu einer Eskalation des Problems und der Kommunikationsstörung.

Fallbeispiel B

Mutter B. kommt mit ihrem sieben Monate alten Säugling Bert mit starkem Husten wie ein Opa, von ganz tief, mit viel Schleim, den er wieder runterschluckt; kein Fieber; er hat noch keinen Zahn, nicht so wie die anderen Kinder. Er hatte ein Ekzem (Allergien), das jetzt aber ganz gut verheilt ist. Der Junge ist kräftig, hält das Stethoskop sehr fest – »Genau wie sein Vater.« sagt die sehr hübsche und zarte und ebenso selbstbewusste Mutter. Und etwas später – recht abwehrend: »Dass Jungs so schwierig sein müssen!« Ich frage sie, ob sie meine, dass es daran liege, dass es ein Junge sei? Dass alle Jungen so seien? Sie antwortet: »Ja. Meine drei älteren Töchter sind vollkommen unproblematisch!«

Man könnte meinen, dass sich hier zwischen Mutter und Sohn ein gegenseitig partiell abwehrendes Kommunikationsmuster festgefahren hat: Die Mutter sieht ihren Sohn in seinen Lebensäußerungen in der Linie der männlichen Ahnen anscheinend als grundsätzlich problematisch (>Husten wie Opa<, >stark wie der Vater<, >Jungs alle problematisch<). Der Sohn seinerseits, der nun einige Monate symbiotisch mit ihr war und an ihrer Brust genuckelt hat, hat eine überschießende Abwehr (=Allergie) gegen verschiedene Nahrungsmittel (u.a. Möhren aus dem eigenen Garten) entwickelt – zunächst als Ekzem (dieses hat die implizite Botschaft: »Rühr mich nicht an!< oder: »Rühr mich nur (mütterlich) fürsorglich mit Creme an!< und jetzt >protestiert< er mit anhaltendem Husten (gegen die problematisierende und auch abwehrende Haltung der Mutter?).

Ursachen und Schuld oder dialogische Entwicklung und Problemlösung?

Leser und auch Eltern, die im pathogenetischen Mainstream-Denken zu Hause sind und folglich ständig nach einer Ursache der Erkrankung des Kindes suchen, werden jetzt gleich denken oder fühlen, dass dann die Mutter und ihr hypothetisch angenommenes Problem mit Männern die Ursache für die allergische Bronchitis des Kindes sein soll. Das sehe ich ganz anders, wenn ich nicht nach einer Ursache für eine Erkrankung suche (eine ernsthafte Suche nach der Ursache ist >infinite<, also unendlich und endet entweder beim Urknall oder

bei einem Denkfehler Gottes – je nach Glaubensrichtung). Ich frage stattdessen pragmatisch nach einem Kontext der Entstehung der Erkrankung, der sich möglicherweise salutogen ändern lässt (eine >Ursache<, die in der Vergangenheit liegt, lässt sich nicht mehr ändern). Der Kontext bei dem Jungen ist zum einen seine genetische und konstitutionelle Verfassung (innerer Kontext, der sich bei dem Kind schlecht ändern lässt, wie z.B. die genetische Prädisposition zur Allergie) und zum anderen sein äußerer Beziehungskontext von Mutter, Vater, Geschwistern und Großeltern sowie Umwelt. Mit seinem inneren Kontext (seiner Konstitution) ausgestattet ist er im Dialog mit seinem äußeren Kontext. Er sucht in seiner Familie stimmige Verbundenheit, das bedeutet für ihn auch, liebevoll und wohlwollend angenommen zu werden so wie er ist, also auch mit seiner männlich lustvollen Testosteronproduktion, die im Säuglingsalter einen Höhepunkt erreicht, der erst wieder in der Pubertät übertrumpft wird. Wenn für die Mutter diese >männliche Energie< ein Problem ist, erlebt er eine Unstimmigkeit, bekommt er ein Problem: Er möchte von der Mutter geliebt werden und diese lieben und identifiziert sich mit ihr und stößt dabei auf eine subtile emotionale Abwehr seiner >problematischen< Männlichkeit. Das führt möglicherweise dazu, dass seine Körperabwehr hyperaktiviert wird – hier gegen Nahrung.

Natürlich ist die Mutter nicht schuld daran. Sie gibt ihr Bestes und ist bemüht, Probleme zu lösen, die sie in ihrer Familie erlebt hat. Möglicherweise hat es in ihrer Herkunftsfamilie Vergewaltigung oder anderen Missbrauch gegeben (das kann auch in der Großelterngeneration wie z.B. im Krieg gewesen sein) oder andere Gewalterfahrungen durch Männer. Dann ist ihre Familie und nun sie damit befasst, dieses gewaltsame Kommunikationsmuster aufzulösen und im Dialog mit ihrem Sohn neue zwischengeschlechtliche Kommunikationsmöglichkeiten zu entdecken. Eine neue Kommunikation, die von ihrem familiär und kulturell geprägten Männerbild losgelöst den Sohn in erster Linie als individuellen Menschen sehen kann und ihr gleichzeitig erlaubt, sich sicher zu fühlen auch angesichts des männlichen Geschlechts.

So verstehe ich jedes heutige Problem, jede Unstimmigkeit und Erkrankung als Folgeerscheinung von unendlich endlichen Schwingungs- und Kommunikationsmustern, die die Dynamik zwischen Individuum und Umgebung

prägen, die wir zunehmend bewusst dialogisch gestalten können. Das ist die (geistig) kulturelle Evolution. In diesem evolutionären Kontext sind sog. >chronische Erkrankungen< Ausdruck von erstarrten Schwingungs-/Kommunikationsmustern, wo die kommunikative Selbstregulation ins Stocken geraten ist. Langwierige Erkrankungen sind leidvolle Hinweise auf derartige Muster, die es jetzt mit allen Beteiligten stimmig zu lösen gilt.

Die Erwachsenenprechstunde

Im Prinzip finden wir das Gleiche bei den Erwachsenen. Nur dass hier die Eltern nicht mehr dabei sind, sondern die Beziehungserfahrungen, die Kommunikationsmuster aus der Kindheit, internalisiert wirksam sind. Diese sitzen im meist Unbewussten und wirken vollständig implizit.

Es gibt aber doch einen Unterschied: Die Erwachsenen finden sich viel häufiger mit der >Chronizität< ihrer Erkrankung ab, haben an der Krankheit resigniert. So hat der Arzt es scheinbar leichter: Er verordnet jeweils über Jahre die gleichen Medikamente, die die Messwerte (RR, BZ usw.) und andere Symptome halbwegs in Schach halten. Haben die Kinder beim Arzt noch geschrieen (weil sie eine Spritze bekommen haben und/oder andere unangenehme Dinge mit ihnen angestellt wurden, die sie nicht wollten und nicht mitbestimmen durften), so neigen dieselben Menschen als Erwachsene dann zu einem erhöhten Blutdruck beim Arzt vor Angst und Aufregung mit einem Gefühl des Ausgeliefertseins gegenüber dem Arzt (>Weißkittel-Hochdruck< – dies ist zunächst nur eine plausible Hypothese). Der Dialog des Patienten mit dem Arzt ist in der kindlichen Opferrolle in der direkten emotional-vegetativen Regulation im Stress-Symptom >Bluthochdruck< erstarrt. Aus einer überordneten Perspektive können wir diese Erstarrung, den Bluthochdruck, auch als implizite Fortführung des Dialogs in einer nonverbalen und stimmlosen Weise verstehen: Die Ärzte bekommen von den Erwachsenen implizit über das >chronische< Körpersymptom das rückgemeldet, was ihre Kollegen mit ihren medizinischen Strategien den Kindern beigebracht haben – im besten Glauben, sie würden ihnen etwas Gutes tun, wenn sie Anpassung an ihre medizinischen Konzepte fordern⁸.

An diesen Beispielen mag deutlich werden, zu welchem anderem Verständnis von >chronischen< Symptomen wir kommen, wenn wir Menschen in ihrer dialogisch-kommunikativen Kohärenzregulation verstehen; und welche anderen therapeutischen Möglichkeiten sich dadurch auf tun. Wir können versuchen, die dialogische gesunde Entwicklung wieder dort anzuregen und weiterzuführen, wo sie erstarrt ist. Darum geht es in der >Salutogenen Kommunikation< (s. meinen Beitrag im Teil 3).

In diesen Beispielen kam schon öfter die Rolle der Ärzte und ihrer Medizin ins Gespräch. Die Patienten – ob Kinder oder Erwachsene – sind nicht nur mit ihren Eltern bzw. anderen Angehörigen im Dialog sondern auch mit Ärzten, die zum einen individuelle Persönlichkeiten und zum anderen Vertreter einer bestimmten Medizinkultur sind. Bei der Betrachtung fiel unsere Aufmerksamkeit schon auf medizinische Strategien, die die Dialoge maßgeblich dominieren. Damit nehmen wir jetzt die kulturelle Dimension des Dialogs in Betracht. Dazu gehört an vorderster Stelle die Sprache. Kultur ist ein »Leben in der Sprache« (vgl. Maturana 1987).

So möchte ich hier kurz reflektieren, wie unsere Sprache unser Verhältnis zu langwierigen Erkrankungen prägt.

Eine meta-dialogische Perspektive auf

>chronische Erkrankungen< – etwas >chronisch Böses?

Mit dem Wort >krank< ist meist ein unangenehmes Empfinden verbunden, das einem den Handlungsspielraum einengt und aus dem alltäglichen Lebens- und Wirkzusammenhang herauswirft. Dieses Gefühl möchten wir in der Regel abwenden – es sei denn, es hilft uns, uns aus einer aktuell unangenehmen Umgebung zu entfernen. Das Gefühl >krank< mobilisiert unsere Abwehrkräfte, um diesen Zustand abzuwenden und zu überwinden – zu heilen. Die Aufgabe des Gesundheitswesens ist es, den Menschen dabei zu helfen, Erkrankungen abzuwenden – vorbeugend und heilend.

Nach dem Motto >Gefahr erkannt – Gefahr gebannt< haben Mediziner Diagnosen gestellt, indem sie den Beschwerden und Symptomen Namen (meist lateinische) gegeben haben wie >Karzinom<, >Lumbalgie< usw. – Krankheitsdiagnosen – um die Krankheit zu isolieren und zu bekämpfen. Die Einstellung

dahinter kam aus der christlich geprägten Kultur, die in der Krankheit einen Ausdruck des Bösen sah, das es galt auszutreiben. Theologen sehen in der Teufelsaustreibung, im Exorzismus, die vornehmliche Heilmethode des Christentums (s. Tremmel 2007). Im Mittelalter bis weit hinein in die Neuzeit (bis zum Ende des 18. Jhdts.!) wurden deshalb viele Frauen als Hexen verbrannt, weil sie u.a. als Verursacher von Krankheiten (nicht nur vom >Hexenschuss<) gesehen wurden. Kurz nach der letzten Hexenverbrennung zu Beginn des 19. Jhdts. wurde die Ursache von Krankheiten wie Syphilis und Tuberkulose dann nicht mehr den Hexen zugeschrieben sondern einem >unmoralischen Verhalten<, wofür der Psychiater Heinroth den Begriff >Psychoosomatik< geprägt hat (Bräutigam 1973, S.6). >Unmoral< ist natürlich auch ein teuflisch böser Akt, den es dann in den frühen psychiatrischen Kliniken auszutreiben galt (vgl. Dörner 1975). Im 18. Jhd. wurde auch der Begriff >morbus chronicus / >chronische Krankheit< als medizinischer Fachausdruck gebildet. Implizit und gefühlsmäßig war damit etwas chronisch Böses verbunden.

Die Diagnosen in der Traditionellen Chinesischen Medizin TCM mit einem taoistischen Hintergrund sind gänzlich anders: Sie bezeichnen die Regulation der Lebensenergie Qi und der beiden zusammenwirkenden Entitäten Yin und Yang und ihre Regulationsstörungen. Da gibt es nichts >Böses<, das es zu bekämpfen und auszurotten gilt, sondern nur unterschiedliche Kräfte und Energien, die es möglichst weise zu regulieren gilt.

Auf der grundlegenden (christlichen) Heilslehre der Teufelsaustreibung hat der Mainstream der westlichen Medizin aufgebaut, indem er versucht hat, Krankheiten zu isolieren und dann zu bekämpfen. Damit waren sie in Bezug auf z.B. Infektionskrankheiten, Vergiftungen und Verletzungen auch sehr erfolgreich, z.T. auch bei Tumorleiden. Auch psychologisch ist für einen Erkrankten der Glaube in einigen Fällen hilfreich, man könne die Krankheit isolieren und entfernen. Die Suche nach einer Ursache war gleichzeitig die Ursache nach einem Schuldigen. So wird heute noch gerne gesagt: »Du hast mich angesteckt!«, obwohl es korrekt heißen muss: »Ich habe mich bei dir angesteckt.«. So wollen auch heute sehr viele Patienten unbedingt eine Krankheitsdiagnose für ihre Beschwerden haben. Wenn der Arzt ihnen dann sagt, dass sie z.B. bei Rückenschmerzen eine >Lumbalgie< haben (was nichts

anderes heißt als >Rückenschmerzen<), sind sie zufrieden. Dann >haben< sie etwas, was ihnen durch den Fachausdruck schon ein Stück weit aus ihrem Einflussbereich genommen wurde und mit dem Gefühl verbunden wurde, dass es vom Arzt handhabbar sei. Ärzte waren und sind hierzulande dazu da, die Krankheiten >wegzumachen<. Dazu haben sie heute ein riesiges Arsenal an chemischen, mechanischen und physikalischen Waffen und Psychotechniken entwickelt. Angesichts der allen Techniken trotzenen Zunahme von so genannten >chronischen Erkrankungen< wird man dabei allerdings an den Kampf des tapferen Ritters Don Quijote gegen die Windmühlenflügel erinnert.

Der kulturelle Sinn von >Diagnosen<

>Diagnosen< sollen Medizinern helfen, sich über Erkrankungen auszutauschen, um sie besser behandeln zu können. In westlichen Medizinsystemen war damit ein Suchen nach helfenden Gegenmitteln verknüpft (*Antihypertonika, Antidepressiva* usw.). Wenn Diagnosen keine verbesserten Heilungsmöglichkeiten in Aussicht stellen, sind sie für die Medizin zumindest überflüssig, ggf. auch schädlich, wenn dadurch jemandem Krankheiten angehängt und Menschen krank geredet werden, wie dies heute in Massen der Fall ist (>Medikalisierung der Gesellschaft<; Blech 2004; 2013; s.a. Petzold & Lehmann 2007); z.B. fünf >Diagnosen< für Rücken- bzw. Herzschmerzen, ADHS (...). Nicht selten führen derlei >Diagnosen< auch dazu, dass überflüssige und sogar schädliche Mittel verabreicht werden. Ist jetzt die Diagnose >chronische Krankheit< eine weitere >schädliche< Diagnose, ein medizinisches >Nocebo<? Oder eröffnet sie uns neue heilsame Behandlungsmöglichkeiten?

Was hilft uns >chronisch<?

Mit dem kleinen Wort >chronisch< davor wird der unangenehme und deshalb abzuwendende >kranke< Zustand von der Medizin festgeschrieben. Den Abwehr- und anderen Heilkräften wird keine erfolgreiche Wirkmöglichkeit mehr zugetraut – >chronisch krank< bedeutet Resignation im Angesicht der Krankheit. Menschen werden zu >Chronikern< gemacht – zu hilflosen Opfern nicht nur von scheinbaren Krankheiten sondern auch von Krankheits-

diagnosen. Vor zwanzig Jahren – und von vielen noch heute – wurde unter einer >chronischen Erkrankung< jede Erkrankung verstanden, die länger als vier Wochen oder sechs Monate dauert (vgl. AOK-Lexikon u. Wikipedia). Das implizierte, dass diese Krankheiten länger dauern als eine normale Grippe und besondere Aufmerksamkeit brauchen, damit sie wieder heilen. Für viele derart >chronische Erkrankungen< wurden Heilungsmöglichkeiten entdeckt und gepflegt, wie z.B. Änderungen des Lebensstils zur Vorbeugung und auch Therapie von Diabetes, Gefäßverkalkung, Arthrose, Bluthochdruck u.a.m. (vgl. Schnitzer 1978; Ornish 1990; Petzold 2000).

Heute wird von maßgeblichen Medizinern mit >chronischer Erkrankung< eine lebenslange Erkrankung gemeint (s. Artikel von Stefan Wilm): Das bedeutet, es gibt keine Hoffnung auf Besserung und Heilung mehr. Das bedeutet in den meisten Fällen, dass die Resignation vor der Krankheit trotz Entwicklung der Pharmazeutika (oder als medizinische Unterstützung für die Indus-trie?) zugenommen hat, wie z.B. vor der Hypertonie, Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Arteriosklerose, Arthrose u.a.m. Dabei gibt es bei allen diesen Erkrankungen klinisch bestätigte Berichte von Genesungen und vielen Bes-serungen – sowohl subjektiv als auch messbar. Heute suchen medizinische Forscher dagegen auch nach Beweisen, dass diese Krankheiten nicht heilbar und damit chronisch sind (z.B. Deutsche Hochdruckliga). Heute werden >chronische Erkrankungen< regelrecht kultiviert. Sie werden auf allen gesell-schaftlichen Ebenen finanziell attraktiv und intensiv gefördert (vgl. Beitrag von Wilm). So ist es perverser Weise dazu gekommen, dass sich viele betei-ligte Menschen – Patienten, Ärzte, Klinikbetreiber, Forscher usw. – darum bemühen, >chronische Erkrankungen< zu bekommen anstatt sie loszuwerden (letzteres ist dann ja per Definition schon ausgeschlossen).

So erscheint es Not-wendig, auch eine Änderung der *Medizinkultur* vor-zunehmen, wenn wir langwierige Erkrankungen wieder einer gesunden Ent-wicklung zugänglich machen wollen. Das setzt eine Offenheit der maßgeben-den Vertreter der Medizinkultur für einen kreativen Dialog voraus.

Unsere salutogenetische Orientierung fokussiert nun die positiven Hei-lungs- und Linderungserfahrungen und versucht davon zu lernen. Das be-ginnt mit dem Anerkennen der *Heilungsmöglichkeiten*. Das bedeutet sehr

weitgehend einen Verzicht auf die Diagnose >chronische Krankheit< im Be-wusstsein dessen, dass mit einer solchen Diagnose auch chronische Erkran-kungen kultiviert werden – neben den ganzen gesellschaftlichen pekuniären Vorteilen auch durch die Schwächung der Hoffnung auf Genesung.

>Chronische Krankheit< als >Fehl-anpassung<?

>Chronische Erkrankungen< werden in jüngerer Zeit unter dem Lobenswer-ten Bemühen, Krankheit dynamisch zu verstehen, auch als >Fehl-anpassung< bezeichnet (vgl. Wilm in diesem Buch). Überhaupt wird besonders in der Psy-chosomatik und Medizinpsychologie wie auch in der Darwinschen Evoluti-onslehre häufig von >Anpassung< gesprochen. Dieser Begriff impliziert eine hierarchische Beziehung: Ein Individuum hat sich den gesellschaftlichen bzw. Umweltgegebenheiten anzupassen. Von Kindern und Jugendlichen wird oft ganz explizit gefordert, dass sie sich >gefälligst anpassen sollen<. >Anpassen< bedeutet, sich an äußere Bedingungen >angepasst< zu verhalten, in die Regeln der Gesellschaft zu passen.

Bei näherem Nachfragen wird von Psychologen allerdings eingeräumt, dass nicht nur gemeint ist, dass ein Mensch sich seiner Umgebung wie ein Chamä-leon anpasst. Es ist dabei auch gemeint, dass der Mensch bei diesem Anpassen seine eigene integrale Funktionsfähigkeit, also sein Wohlbefinden, seine inne-re Stimmigkeit aufrechterhält. So soll eine >Fehl-anpassung< auch paradox be-deuten können, dass sich ein Mensch so >gut angepasst< verhält, dass sein ei-genes Wohlbefinden leidet, ggf. auch, dass er >chronisch krank< geworden ist. Schon diese Doppeldeutigkeit und damit Missverständlichkeit des Begriffes >anpassen< macht ihn untauglich für eine Beschreibung des Vorgangs. Dazu kommt, dass der Begriff suggeriert, dass es ausschließlich um die Anpassung des Einzelnen an die Gesellschaft geht und nicht um einen wechselseitig-dia-logischen Prozess. Deshalb sollten wir von dialogischer Integration sprechen anstatt von Anpassung.

>Integration< drückt aus, dass es nicht ausschließlich um eine einseitige Anpassung an ein Übersystem geht, sondern immer um einen dialogischen Prozess, in dem sich auch das größere System, wie die Familie, die Firma, die Kultur mehr oder weniger merkbar verändert, also >anpassen< muss, wenn

ein neues Mitglied dazu kommt. Ein System ändert sich, wenn ein neues Teilsystem dazu kommt oder aus der Kohärenz herausfällt – auch wenn es nicht sofort bemerkt wird. Deshalb ist der Begriff >Integration< zutreffender. Am treffendsten wäre es, von einer andauernden dialogischen Integration zu sprechen. >Fehlpassung< wird dann als mangelhafte Anpassung an die Norm verstanden.

Wenn >Anpassen< bedeutet: eine >Passung< an etwas Äußeres finden – in Bezug zur Gesellschaft eine Orientierung in Richtung zur Norm – ist das hilfreich bei einer langwierigen Erkrankung? Wenn Stress jeglicher Form ein wichtiger Faktor für das Entstehen langwieriger Erkrankungen ist, wäre es kontraindiziert, eine stressvolle Anpassung zu fordern. Es ist nahe liegend, dass dadurch die Erkrankung noch fixiert und progredient wird.

M.E. sollten wir wegen dieser Bedeutung bei langwierigen Erkrankungen auf das Wort (Fehl-)Anpassung verzichten. Hilfreich kann vielmehr ein Blick nach innen sein: Das Wahrnehmen der eigenen Bedürfnisse und anderer Akteure, die Entfaltung der eigenen kommunikativen Fähigkeiten und das Reflektieren und Bewerten auch unter dem Aspekt: Was tut mir gut? Was tut mir nicht gut?

Eine mögliche salutogenetisch orientierte Sichtweise auf langwierige Erkrankungen

Im Bewusstsein dessen, dass wir mit unseren Begriffen Realitäten nicht nur bezeichnen sondern auch schaffen, soll eine Diagnose bessere Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen als ohnehin schon ohne eine >Diagnose< möglich sind. Wir müssen also einen Begriff finden, der 1. der Realität gerecht wird, dass es bei fast allen Erkrankungen Besserungs- und Heilungschancen gibt (auch wenn diese manchmal noch(!) sehr gering erscheinen); und 2. die Hoffnung auf Besserung und Heilung fördert (weil wir wissen, dass Hoffnung auch die realen Heilungsaussichten stärkt). Mit dem Wort >langwierig< ist zumindest nicht automatisch eine lebenslange und progrediente Erkrankung impliziert. Mit dem Wort >langwierig< wird aufgezeigt, dass es angebracht ist, dass die Beteiligten sich auf einen längeren Vorgang einstellen, wie z.B. auf eine langfristige Umstellung der Ernährung, der Beziehungen o.a. Lebensgewohn-

heiten in Bezug auf Umgang mit Stress. Dadurch werden die Heilungsaussichten erhöht.

Eine weitere hilfreiche Sichtweise ist es, langwierige Erkrankungen als *verbesserungsbedürftige Selbst- und Kohärenzregulation* zu verstehen – Erkrankung nicht mit der tradierten Vorstellung zu verbinden, dass man etwas Gefährliches (womöglich >Böses<) hat, das man erfolgreich bekämpfen kann und muss, wie dies bei akuten Krankheiten wie z.B. Infektionen gelegentlich zweckmäßig erscheint. Durch eine derartige Haltung wird das neuropsychische Abwendungs-system (auch >Vermeidungssystem<) aktiviert, das eng mit dem Stresssystem verbunden ist. Bei einer langwierigen Erkrankung ist oft schon ein lang anhaltender Stress an der Entstehung beteiligt (wie z.B. bei Bluthochdruck u.a.) und wenn der Erkrankte in den Kampfmodus gegen die Erkrankung geht, würde der Stress kein absehbares Ende haben, also wäre der Patient im ausweglosen Dauerstress. Das wiederum verschlechtert die Heilungsaussichten und macht eher noch weitere Erkrankungen. Wir müssen

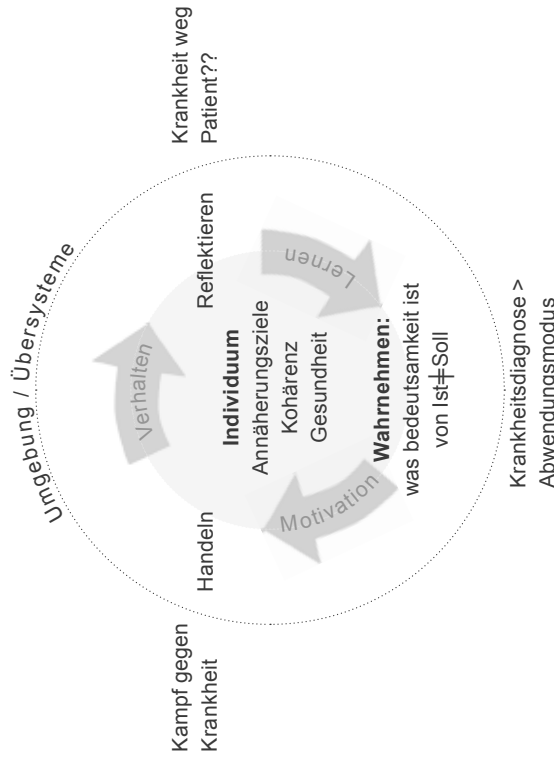


Abb. 1: Kommunikative Selbst-/ Kohärenzregulation

also ein anderes Krankheitsverständnis für langwierige Erkrankungen entwickeln, das eher das Gegenteil nahe legt und ermöglicht: Die Patienten sollen aus ihrem stressigen Abwendungsmodus rauskommen können in einen tief entspannten bzw. anders attraktiven Annäherungsmodus. Das ist verbunden mit einer Achtsamkeit für innere Wahrnehmung eigener Bedürfnisse, für positive Wünsche und Ziele.

Dem Umschalten vom Abwendungs- in den Annäherungsmodus dient auch das Verständnis von langwieriger Erkrankung als einem *verbesserungsbedürftigen Verlauf* der dialogisch-kommunikativen Selbstregulation (s. Grafik). Jeder gesunden und kranken Entwicklung liegt eine psychophysische Selbstregulation zugrunde, die sich in einer dialogischen Beziehung zur Umgebung entfaltet oder gestört bzw. angeregt und gefördert wird. Im Stressmodus bleibt die Aufmerksamkeit ängstlich nach außen gerichtet. Notwendig ist dann eine Einkehr der Aufmerksamkeit auf innere Attraktoren in einer sicheren Umgebung (Grawe 2004; Petzold 2011).

Langwierige Erkrankungen als punktuell erstarrte Selbstregulation – die Selbstheilungsfähigkeit anerkennen

Ärzte mit der üblichen pathogenetischen Sichtweise machen aus einem Symptom, einer Beschwerde eines Menschen, eine Krankheit, die sie versuchen, aus dem Menschen heraus zu isolieren und zu bekämpfen mit Antibiotika, Antihypertonika, Antidepressiva usw. – in der Hoffnung, dass es dem Patienten besser geht, wenn die böse Krankheit beseitigt ist. Bei einigen Erkrankungen trifft dies zu. Das hängt sowohl von der Krankheit ab als auch besonders davon, ob die Selbstheilungsfähigkeit des Patienten stark genug ist, um z.B. die Wunde nach einer Operation zu schließen, die Eingriffe durch Antibiotika oder andere Medikamente zu verkraften usw. Dieser Faktor der Selbstheilungsfähigkeit spielt also bei jedem – auch bei einem pathogenetisch orientierten – Eingriff eine bedeutende, letztlich ausschlaggebende Rolle. Deshalb sollten wir diesen wichtigen Faktor >Selbstheilungsfähigkeit< von vornherein mit in Betracht ziehen, sogar schon vor und bei der Entstehung von Erkrankungen.

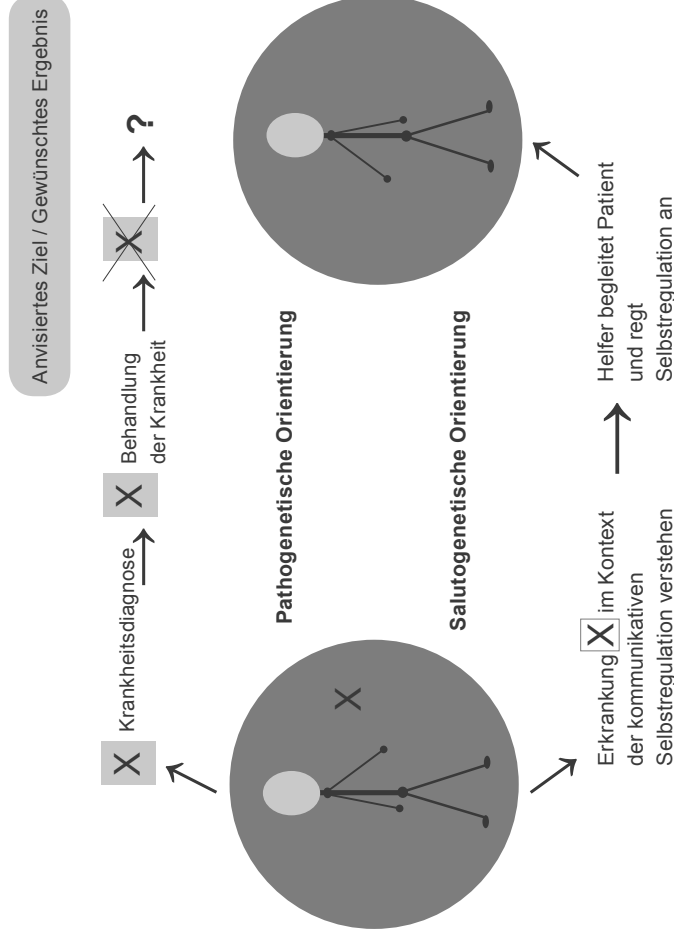


Abb. 2: Pathogenetische und salutogenetische Orientierung

Dann können wir Erkrankungen in ihrem sinnhaften Bezug zum Leben des Menschen in seinen Kontexten verstehen. Die Selbstregulation findet in einer ständigen wechselseitigen Beziehung zur Umgebung statt. Wir kommunizieren auf unterschiedliche Weise mit unterschiedlichen Teilen unserer Umgebung: Die Luft atmen wir ein und aus, aus ihr holen wir den Sauerstoff, Pflanzen wir (oder haben andere Tiere essen und verdauen wir, unsere Mitmenschen lieben wir (oder haben andere Emotionen zu ihnen), in unserem Beruf kooperieren wir mit anderen, um unseren Lebensunterhalt zu erwirtschaften und ggf. die Lebensumstände zu gestalten. Mit der Biosphäre haben wir eine intuitive Wechselbeziehung. Individuell sind wir sehr abhängig von ihr (wie z.B. dem Wetter) – als Kultur und ganze Menschheit beeinflussen wir das Klima.

In dieser mehrdimensionalen Kommunikation ist unsere Selbstregulation ständig beschäftigt. Hier entstehen sowohl Wachstum, gesunde Entwicklung als auch Erkrankungen. Das ist die Grundlage einer salutogenetischen Orientierung. Dazu gehört weiter, dass wir als attraktives Ziel Gesundheit, Wohlbefinden, Kohärenz (= stimmige Verbundenheit) fokussieren. Wir wollen Entwicklung in diese Richtung anregen und fördern – und das bei jedem Menschen. Der eine ist vielleicht sehr krank oder behindert, der andere ganz gesund – alle wollen und sollen sich ihrem jeweils ganz individuellem attraktivem Gesundheitsziel annähern. Insofern ist die Wissenschaft der Salutogenese eine Wissenschaft zur Annäherung an Gesundheit.

Deshalb schauen wir bei allen Menschen an jedem Punkt ihres Lebens, was sie selbst für salutogene Ressourcen haben, um sich ihrem Gesundheitsziel anzunähern. Und welche sozialen und professionellen Ressourcen sie bzw. wir für sie haben. Das gilt insbesondere auch für Menschen, die unter Erkrankungen leiden, die jetzt noch >chronisch< genannt werden.

Diese Umgangsweise beinhaltet ein Umdenken für Gesundheitsarbeiter und auch für viele Patienten. Im Kern dieses Umdenkens geht es darum, dass Gesundheitsberufe im Bewusstsein arbeiten, dass sie ihre Patienten im Verlauf ihrer kommunikativen Selbstregulation dialogisch begleiten, anregen und unterstützen. Die gesunde Selbstregulation eines Menschen ist auf Erleben von Stimmigkeit (Kohärenz), auf Wohlbefinden, Freude und Gesundheit ausgerichtet.

Literatur

- Blech J (2004): Die Krankheitserfinder: Wie wir zu Patienten gemacht werden. Frankfurt am Main: Fischer.
- Blech J (2013): Die Psycho-Falle. In: Der Spiegel Nr. 4/2013, S.110-119. Hamburg: Spiegel.
- Brütigam W Paul C (1973): Psychosomatische Medizin (I). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Deutsche Hochdruckliga: <http://www.hochdruckliga.de/bluthochdruck.html>. 1.4.2013 gesichtet.
- Dömer K (1975): Bürger und Irre. Frankfurt/M: Fischer Taschenbuch
- Maturana H & Varela F (1987): Der Baum der Erkenntnis. München: Goldmann.
- Ornish D (1990): Revolution in der Herztherapie. Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Petzold TD (2000): Gesundheit ist ansteckend! Heilungsphasen und innere Bilder. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Petzold TD (2000): Heilungsphasen bestimmen den Verlauf von Heilungen. In: Ärztezitschrift für Naturheilverfahren 41, 10(2000): S.662-674.
- Petzold TD (2001): Chronische Erkrankungen – Heilungsphasen – Schlüssel zum Verständnis von Heilung. In: Co med 10/2001: S.60-64.
- Petzold TD, Lehmann N (2007): Aus der Hypnose der Diagnose. Sketch in drei Akten. S.a. Bericht in: Der Mensch 39 S. ...
- Petzold TD (2010): Praxisbuch Salutogenese – Warum Gesundheit ansteckend ist. München: Südwest-Verlag.
- Petzold TD (2011a). Systemische und dynamische Aspekte einer Meta-Theorie für Gesundheitsberufe und Folgerungen für die Hochschulbildung. Tagungsband der Tagung >Wie können aus Gesundheitsberufen Gesundheitsberufe werden?< Magdeburg, Hochschulen für Gesundheit e.V.
- Petzold TD (2011b): Salutogene Kommunikation. In: Petzold TD, Lehmann N (Hrsg.) (2011): Kommunikation mit Zukunft. Salutogenese und Resonanz. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung. S.141-163.
- Petzold TD (2012b): The Basics of Systemic Coherence Regulation - A Discourse on a Dynamic and Systemic Approach to Salutogenesis. In: Exploring Mental Health: Theoretical and Empirical Discourses on Salutogenesis. Lengerich: Pabst Publishers S.157-176.
- Schnitzer JG (1978): Biologische Heilbehandlung der Zuckerkrankheit und ihrer Spätfolgen; Schnitzer KG Verlag St. Georgen
- Tremmel M (2007): Gesundheitsförderung und die Zugehörigkeit (in) der Religion. In: Petzold TD, Krause C, u.a. (Hrsg.) (2007): verbunden gesunden – Zugehörigkeitsgefühl und Salutogenese. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung; S. 264-275.
- Wikipedia 12.01.13: chronisch (von griechisch χρόνος, chrónos, >die Zeit<.) kennzeichnet sich langsam entwickelnde oder lang andauernde Erkrankungen. Der Krankheitsverlauf erstreckt sich über mehr als vier Wochen. Eine Erkrankung kann chronisch sein und trotzdem eine akute Komponente haben. Einige chronische Erkrankungen, wie z. B. Epilepsie, zeichnen sich durch akute Schübe (Anfälle) aus.