

Ressourcenarbeit in der täglichen Praxis

Einführung in die praktische Salutogenese

Gisela Perren-Klingler

Zusammenfassung: Praktische Ressourcenarbeit, Salutogenese in der täglichen Hausarzt-Tätigkeit, ist ein unerschöpfliches Thema. Man kann sie relativ einfach leisten unter Berücksichtigung der drei von Antonovsky definierten Kriterien: *Manageability* – Handhabbarkeit und Kontrolle; *Comprehensibility* – Verständlichkeit; und *Meaning* – Sinnhaftigkeit oder Sinnfindung. So kann es für viele unserer Patienten möglich werden, auch an Schwierigkeiten zu wachsen, nicht zu verzweifeln, sondern in der Beziehung zum Hausarzt – dank der Beziehung zum Hausarzt – sich wahre Lebensqualität zu schaffen. Dass dies nur auf einer auch somatisch hochstehenden, mit dem neuesten Wissen der Zeit gehenden Medizin aufbauen sollte, ist selbstverständlich. Es gehört ja wohl zum Konzept der Selbstkohärenz des Hausarztes, dass er sich auch in diesem Bereich fortbildet – für all die Momente, wo er Kontrolle ausüben und Einsicht in zu heilende krankhafte Prozesse haben kann. Doch die Sinnhaftigkeit seines Tuns wird erst vollständig sein, wenn es ihm gelingt, auch schwierige, unheilbare, chronisch kranke, süchtige Patienten ressourcenorientiert und damit hoffnungs- und sinnvoll zu begleiten.

Résumé: Le travail de ressources pratique, la salutogénèse dans la pratique quotidienne de médecin de premier recours, est un sujet inépuisable. On peut aussi l'aborder relativement simplement en tenant compte des trois critères définis par Antonovsky: *Manageability* – maniement et contrôle, *Comprehensibility* – compréhensibilité, et *Meaning* – donner un sens. Cela permet à beaucoup de nos patients de surmonter des difficultés, à ne pas désespérer, mais de développer une vraie qualité de vie avec et grâce à la relation avec le médecin traitant. Il va de soi que cela ne peut se développer qu'en se basant sur une médecine somatique de bonne qualité et à jour. Ce concept est inhérent à l'image du mé-

decin de premier recours et il va de soi qu'il doit suivre une formation continue dans ce domaine – pour toutes les situations où il exerce une fonction de contrôle et d'accompagnement dans des processus de guérison de maladie. Mais l'art de son travail n'est complètement consommé que lorsqu'il est capable d'accompagner judicieusement et d'aider à mobiliser des ressources chez des patients chroniques, inguérissables, difficiles et dépendants.

Unsere Patienten suchen uns auf, wenn sie krank sind oder ein Problem haben. Als naturwissenschaftlich ausgebildete Mediziner haben wir gelernt, dass am Anfang aller unserer Aktivitäten die Diagnose steht. Dabei versteht sich von selbst, dass wir die Pathologie zu diagnostizieren haben. Die moderne Medizin ist seit Virchow durch das pathogenetisch orientierte Weltbild effizient geworden: Wir diagnostizieren Erkrankungen, Funktionsstörungen, Ursachen von Schmerzen usw. Unsere Patienten erwarten von uns, dass wir ihre Erkrankungen, «diseases» und «illnesses» diagnostizieren, behandeln und sie gesund machen, «heilen».

Das ärztliche Selbstverständnis ist eingebettet in kulturelle und persönliche Skripten, die unsere Wahrnehmung, deren Interpretation und daraus folgende Überlegungen und Handlungen wesentlich beeinflussen. Als Ärzte haben wir uns in unserem persönlichen Skript Wahrnehmungsweisen angeeignet, die, wenn bewusst benützt, sinnvoll sind, jedoch problematisch werden, wenn wir sie unreflektiert einsetzen. Unsere pathogenetische Sichtweise ist sinnvoll und auch effizient bei gewissen chirurgisch zu behandelnden Erkrankungen, Infektionen und ähnlichem. Doch bei chronischen, zu Invalidität oder zum Tod führenden Erkrankungen, Schmerzen oder Sucht kann uns die *pathogenetische Sichtweise* in endlose Abklärungen, manchmal in eine nicht sinnvolle Polypragmasie oder Spezialistenüberweisungen und in die Resignation führen. Gerade bei solchen Problemen kann uns nun die *salutogenetische Sichtweise* weiterhelfen. Und vielleicht wird uns irgendwann klar, dass das salutogenetische Weltbild nicht nur unsern Patienten mehr Hoffnung vermittelt, sondern auch unser Leben als Ärzte einfacher machen kann und dass viele von uns dieses Wissen schon lange implizit benützt haben. In diesem Sinne ist Salutogenese

Nach einem Vortrag am Aroser Fortbildungskurs 2002: «Salutogenese im Umgang mit Patienten und Patientinnen»

Gisela Perren-Klingler
Visp
E-Mail: iptsperrn@rhone.ch

nichts Neues, doch kann uns das Konzept behilflich sein, bewusster und gekonnter mit schwierigen Situationen umzugehen.

Das Konzept der Salutogenese ist gegen Ende der 70er Jahre in vielen verschiedenen Forschungszweigen gewachsen. In der Psychologie begann man über Bewältigungsfähigkeit zu forschen (Bandura, Lazarus und Folkman, Kobasa u.a.): Bewältigung von Schmerz oder erhöhtem Stress bei der Arbeit (z.B. bei der Polizei oder bei Studenten im Examen) wurden untersucht und verschiedene, schlecht operationalisierbare Konzepte entwickelt.

In der Entwicklungspsychologie begann Emmy Werner zu forschen über die Fähigkeit zum Überleben und Wachsen bei Kindern aus schwieriger sozialer Umgebung – ein Konzept, das den Begriff der «Resilienz», «Biegsamkeit», Fähigkeit, Schock zu absorbieren, aus der Physik ausgeliehen hat.

Antonovsky, ein Epidemiologe in Israel, hat ähnliches bei Holocaust-Überlebenden entdeckt. In langjähriger Arbeit hat er mittels unzähliger Interviews mit gesunden pensionierten Überlebenden Daten gesammelt und daraus das Konzept der *Salutogenese* entwickelt: Der Sinn für Kohärenz, «sense of coherence», ermöglicht es gewissen Menschen, auch schwerste Erfahrungen gesund zu überstehen (was nicht heissen soll, dass diese Menschen nicht leiden ...).

Der «sense of coherence» besteht aus drei voneinander relativ unabhängigen testbaren Variablen:

- *Manageability*, Handhabbarkeit oder Kontrolle
- *Comprehensibility*, Verständlichkeit
- *Meaning*, Sinnhaftigkeit

Diese drei Variablen sollten eher als Weisen, die Welt zu erfahren, verstanden werden, weniger als von aussen beobachtbare Fähigkeiten. Teilweise sind sie wahrscheinlich früh erworben oder angeboren, doch durch Ressourcenarbeit können wir in der Praxis täglich diese drei Faktoren fördern und so den «sense of coherence» bei unseren Patienten stärken.

Anhand von einigen Beispielen möchte ich darlegen, wie dies in der täglichen Praxis durch Allgemeinärzte bereits getan wird oder auf einfache Weise getan werden kann.

Vermittlung von Manageability oder Kontrolle durch die informierte Zustimmung

Am Anfang jeder Interaktion zwischen Patient und Arzt steht die *informierte Zustimmung*. Jeder Mensch benötigt, gerade bei einer Erkrankung, in gewissen Teilen seines Lebens ein Stück Kontrollmöglichkeit. In der informierten Zustimmung erhält er das Gefühl einer minimalen und doch wesentlichen Kontrolle über den behandelnden Arzt. Das ist vielleicht auch der tiefste Sinn der informierten Zustimmung eines Patienten jenseits von juristischen Spitzfindigkeiten.

Dadurch, dass wir mit unseren Patienten ein Ziel formulieren, für jede Sitzung, aber auch für eine Behandlung als Ganzes, können wir seine informierte Zustimmung verhandeln.

Was möchte der Patient, wie kann ich aus seinem «ich möchte, dass es besser wird», ein sinnvolles und verhandelbares Ziel formulieren?

Diese Zielformulierung muss allerdings gewisse Bedingungen erfüllen, um salutogenetisch zu wirken: Sie muss linguistisch positiv formuliert und sinnesspezifisch erfahrbar werden. Also nicht «ich will kein Kopfweh mehr haben», sondern «ich möchte einen beweglichen, wachen, leichten klaren Kopf haben». Mit der Nachfrage nach dem Ziel ist der Patient gezwungen, sich eine Idee davon zu machen, was er sich wünscht. Dazu muss er in der Phantasie das Ziel schon minimal vorwegnehmen, eine Art, Kontrolle ausüben. Aus der Sicht der Hypnose könnte man auch sagen, dass er in einer Minitrance eine Zeitverzerrung ausführt, in der er das «besser» vorwegnimmt. Damit wird ihm eine minimale Kontrolle ermöglicht.



Wenn ihm dies nicht möglich ist, ist dies vielleicht ein Hinweis darauf, dass ein ökologisches Problem vorliegt und dass vor der Arbeit mit diesem Problem anderes beachtet werden muss, auf der systemischen oder der Werte-Ebene. Wenn wir dies nicht berücksichtigen, sabotiert der Patient Abgemachtes und übt seine ihm immer bleibende Kontrolle durch mangelnde Compliance aus.

Compliance durch Einsichtigkeit

Probleme sind immer auch kontextabhängig. Dies gilt besonders für Schmerzen, Suchtverhalten und andere chronische Probleme. In Schmerz-, Trink- und anderen Problemtagebüchern kann der Patient sich mit seinem Problem auseinandersetzen, erfahren, was es schlimmer macht, was es erleichtert, wie Essen, Schlaf, Stress, Tageszeiten, Umgebung usw., das Problem beeinflussen. Damit kann langsam Einsicht über gewisse Zusammenhänge erarbeitet werden. Wenn der Patient es selbst tut und nicht das Endergebnis vom Arzt vorweg geliefert erhält, wird die Einsicht persönlich erfahren und weiter Kontrolle – doppelt – ausgeübt: *Kontrolle durch die gerichtete Aufmerksamkeit und Kontrolle durch Einsicht*. Im Sinne der Kontrolle durch uns Ärzte scheint es mir auch wichtig, dass ein solches Tagebuch an die jeweiligen Bedürfnisse von Patienten angepasst und für jeden neu zurechtgeschneidert wird.

Einsicht ist natürlich eine Voraussetzung für die informierte Zustimmung, sie ist ebenso zentral für die Compliance bei einem mündigen Patienten.

Verbindung von Kontrolle und Einsicht: konkrete Ressourcenarbeit

Jeder Patient hat in gewissen Momenten seines Lebens die Fähigkeit zur Kontrolle als positiv erlebt – und damit Zugang zu dieser Ressource, sei es auch nur in der Erinnerung: ein



Fest, das besonders wichtig war für ihn, ein Ort, der ihm besonders viel Sicherheit oder Freude oder Kraft gibt. Eine Beziehung, eine Person, eine Landschaft, ein Lieblingsessen, was hindert uns dran, unsere Patienten auch von der ressourcenhaften Seite kennenzulernen und uns von solchen Situationen erzählen zu lassen, «nur zu schwätzen», wie Patienten dann zu sagen pflegen?

Damit diese Ressourcenarbeit nicht unnötig Zeit braucht, kann man sich durch gezieltes Fragen die sinnesspezifischen Erfahrungen beschreiben lassen: Wie roch es an Weihnachten bei Ihnen zu Hause? Welches waren ihre Lieblings-Weihnachtsgutzi, wie war der Tannenbaum in Ihrer Kindheit geschmückt? Was gab es dabei zu hören, an Liedern, Musik, Stimmen, und wie würden Sie dieses Weihnachts-Gefühl benennen?

Jede Kultur hat Feste, also sind mutatis mutandis bei Patienten jeder Herkunft das Thema Feste ein ressourcenreiches Thema. Oder: Wie sieht ihr Lieblingsplatz, an dem Sie sich ganz sicher fühlen oder gefühlt haben, aus? Wie ist das Licht dort, das Spiel zwischen Licht und Schatten, die Farben? Was gibt es da zu hören, zu riechen, was für ein Gefühl entsteht dabei? Wie sieht für Sie der schönste Sonnenuntergang aus ..., wie roch die Erde in Ihrer Kindheit nach dem ersten Sommerregen?

Mit der Zeit kann man so eine Art *Inventar von persönlichen und spezifischen Patienten-Ressourcen* erheben und neben der Kenntnis von Pathologie und sozialem Setting auch eine Kenntnis der Ressourcen erarbeiten. Zugegeben: Am Anfang verlängert dies die Interaktion, doch mit der Zeit wird es möglich werden, solche Ressourcen über ein Wort oder eine Berührung abzurufen. Und dann ist der Zugang zu Ressourcen, die auch der Arzt kennt, schnell möglich.

Mit einem Patienten über Ressourcen zu sprechen, bedeutet, sie in ihrer Physiologie und Emotionalität zu aktualisieren. Und *aktualisierte Ressourcen geben das Gefühl, einen Moment innezuhalten, um sich wohl fühlen zu können* – eine minimale Kontrollmöglichkeit.

Bei diesen Fragen nach allgegenwärtigen Ressourcen gibt es seltsamerweise keine Alexithymie, keine Unfähigkeit, Gefühle wahrzunehmen. Zwar können Patienten aus gewissen sozialen oder kulturellen Schichten vielleicht Gefühle nicht benennen, weil sie das nie gelernt haben, doch im Körper wer-

den diese Gefühle dennoch als angenehm wahrgenommen. Die durch uns beobachtbare minimale Physiologie beim Patienten zeigt uns an, wenn wir auf der richtigen, d.h. der «Ressourcen»-Spur sind.

Auch der Zugang zu Ressourcen kann – in Form von Hausaufgaben und Ressourcen-Tagebüchern – kontrollierbar abrufbar gemacht werden. Einsicht, dass ein Patient mit all seinen chronischen Schmerzen sich zwischendurch einen Moment verschaffen kann, in welchem seine Schmerzen vergessen sind, etwas Luft geschöpft werden kann, gibt etwas mehr Manageability und Comprehensibility, Kontrolle und Einsicht – sowohl für den Patienten wie auch den Arzt.

Meaning, Sinnhaftigkeit

Sinnfindung wird immer dann zur zentralen Frage, wenn sie nicht mehr einfach im Weiterleben, Gesundwerden, in der Selbstverständlichkeit des Gesunden und Normalen gefunden werden kann. Sie ist ein zutiefst persönlicher Akt, und als Ärzte können wir uns nur immer wieder neu von der Fähigkeit unserer Patienten überraschen lassen, wie sie ihren persönlichen Sinn finden oder schaffen.

Gerade in schwierigen Lagen haben Menschen die Kraft, für sich einen Sinn zu finden, für das, was ihnen geschieht. Dieser Sinn ist häufig final, nicht kausal, zukunftsorientiert, nicht retrospektiv. Es kann sein, dass der Sinn

bei einem terminal Kranken darin liegt, «gut zu sterben», im Erledigen von emotionalen oder finanziellen Problemen, im Abschiednehmen oder Regeln von Erbsachen.

Der Sinn kann im «Gebrauchtwerden» liegen, wie ihn eine der Klientinnen Antonovskys definierte, die ihre Herkunftsfamilie im Holocaust, den Gatten im Sinai-, einen Sohn im Jom Kippur-Krieg und den zweiten an der Grenze zum Libanon verloren hatte. Sie sah sich als die Grossmutter des Quartiers, in welchem sie lebte, an, und sie leistete jeden Tag Menschen einen Dienst.

Die Verbindung zu ihren tiefsten Werten ermöglicht den meisten Patienten Sinnfindung – nicht sofort, nicht ohne Wachstumschmerzen, aber mit um so mehr beglückender Evidenz. Trauer über Abschiede, Verlorenes, Unwiederbringliches ist dabei absolut normal und muss von uns «nur» ausgehalten – durchgetragen – werden.

Zeuge von solchem Wachstum zu werden, ist ein Privileg vieler Hausärzte und dadurch wohl auch ein Teil der Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit.

Literatur

- 1 Antonovsky A. Unravelling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Josey-Bass; 1987.
- 2 Antonovsky A. Structure and properties of the Sense of Coherence Scale. Soc Sci Med 1993;36:725–33.
- 3 Perren-Klingler G. Trauma: Von der Hilflosigkeit des Einzelnen zu den Ressourcen der Gruppe. Bern: Paul Haupt Verlag; 1995.