

Salutogenese als Basis kunsttherapeutischer Arbeit

Heinfried Duncker

Das Gesundheitswesen ist in der heutigen Zeit in einem permanenten Umbruch. Diese Umbrüche führen dazu, dass Politiker aller Parteien Lösungen vorschlagen, die in sich selbst bereits den Keim der Undurchführbarkeit tragen. Dies könnte als ein Ausdruck dafür gesehen werden, dass die Ausübung der Heilkunst im heutigen Kommunikationszeitalter vor einem grundlegenden Problem steht. Die gesellschaftliche Entwicklung ist fortgeschritten. Ausgehend von einer Industriegesellschaft des 19. Jahrhunderts ist die gesamtgesellschaftliche Entwicklung im Kommunikationszeitalter angekommen.

Wesentliche Mechanismen der Ausübung der Heilkunst allerdings, und hierzu gehören auch die bestehenden Formen der Solidargemeinschaft, werden durch die Funktionsweisen geprägt, die sich nicht wesentlich über die Paradigmen haben hinaus entwickeln können, die zu den Zeiten der aufblühenden Industriegesellschaft das Welt- und Selbstverständnis bestimmt haben.

Die Rahmenbedingungen für die allgemeinen Maßnahmen der Erkennung und Behandlung von Krankheiten werden immer noch durch die Grundvoraussetzung festgelegt, wie sie im 19. Jahrhundert mit der Reichsversicherungsordnung eingeführt wurden. Die Veränderungen, die sich in einer wachsenden Zahl von Sozialgesetzbüchern niederschlagen, haben zwar eine Vielfalt von Details verändert, nicht aber bestimmte Grundprinzipien, nach denen die solidarische Krankenversicherung strukturiert ist, und durch die sie de facto im stetigen Austausch medizinische Kenntnisse und Vorgehensweisen prägt.

Dadurch werden unter anderem die Angebote und Möglichkeiten des Versorgungssystems

bestimmt. Eine dieser Rahmenbedingungen ist die Definition des Krankheitsbegriffs. Durch diese Definition wird festgelegt und unterschieden zwischen dem, was Krankheit ist, und dem, was als zu ertragende Variation der Norm verbleibt. Hierdurch wird auch bestimmt, was ist ein Heilungsprozess und was geht über diesen Prozess hinaus. Damit wird natürlich auch festgelegt, welche der durch diese Maßnahmen der Erkennung und Behandlung entstehenden Kosten durch die Solidargemeinschaft getragen werden müssen.

Trotz des gesamtgesellschaftlichen Umbruchs und den veränderten Sichtweisen in den Ordnungsmustern unserer heutigen Gesellschaft und der Industrie, bleiben die Leitbilder im medizinischen Versorgungsbereich relativ unverändert. Gesellschaftsgeschichtlich betrachtet gibt es eine Parallele zwischen der Krankheitsdefinition im ausklingenden 19. Jahrhundert einerseits, wie andererseits dem damaligen Verständnis industrieller Produktionsprozesse. Dies muss zumindest im Bereich der strukturellen Denk- und Vorgehensweisen so betrachtet werden.

Die expandierende Industriegesellschaft war von einem Weltbild geprägt, das man als ein „deterministisches“ Bild eines zum Teil monokausalen „Ursache-Wirkungs-Prinzips“ bezeichnen kann. Dieses monokausale Bedingungsgefüge konnte sich gegebenenfalls um einige Kausalitätsbezüge erweitern. Dies verändert aber nicht die zu Grunde liegende deterministische Sichtweise. Dieses Weltbild war auch für die entstehende Industriegesellschaft sinnvoll, notwendig und unumgänglich. Ohne diese deterministische Sichtweise hätte sich weder die Industrialisierung in dem Ausmaß entwickeln können, wie dies der Fall ist, noch den wissenschaftliche Fortschritt schaffen können, der Grundlage für die Überwindung dieser deterministischen Sichtweisen in der Kommunikationsgesellschaft ist. Im Prozess der Globalisierung hat sich dieser Kausalitätsbezug eines deterministischen Ursache-Wirkungs-Prinzips zu einem System der sozialen Kommunikation im Sinne

eines bzw. mehrerer dynamisch kommunizierender Systeme ausgeweitet. In ihnen bestimmen mono- oder bikausale Wirkzusammenhänge zwischen Produktivität und Erfolg nicht ausschließlich die Realität des Lebens. Sie sind gegenüber bestimmten ursächlichen Zusammenhängen natürlich nicht ausgeschlossen oder aufgehoben, lediglich die Vernetzungen sind wesentlich komplexer und letztlich bestimmender. Strukturell entspräche im Sinne Habermas' Sprachtheorie (vgl. Habermas, 1981) die deterministische Sichtweise einem Diskurssystem, das sich auf dem Niveau der handlungsorientierten strategischen Sprache befindet. Diese Sprache ist Grundlage für ihre Überwindung im sozial kommunikativen Handeln.

Der Weg dieser Vernetzungen ist im gesellschaftlichen Diskurs nicht einheitlich weit fortgeschritten. Dies betrifft nicht nur den medizinischen Bereich. Auch in allgemeinen gesellschaftlichen Bezügen gibt es Anhaltspunkte dafür, dass nicht vernetzte Denkweisen einen erheblichen Einfluss haben. Dies zeigt sich zum Beispiel an den Lösungsvorschlägen, welche die Arbeitslosigkeit und die damit verbundenen defizitären Kassen in den sozialen Hilfesystemen betreffen. Zum Beispiel wollen wir der hohen Arbeitslosigkeit und der dadurch stagnierenden Wirtschaft mit Mehrarbeit auf die Sprünge helfen. Die Vorschläge laufen darauf hinaus, die Wochenarbeitszeiten zu verlängern, Feiertage aufzuheben und so effektiv ein Mehr an Arbeit zu erreichen. Gegebenenfalls werden dadurch auch – über die erhöhten Beiträge der mehr Arbeitenden – die Kassen teilweise besser gefüllt. Bei dieser Diskussion wird allen Beteiligten die Monokausalität nicht deutlich. Auf der einen Seite gibt es diejenigen, die arbeiten. Sie sollen die Wirtschaft dadurch ankurbeln, dass sie unter anderem an den Feiertagen noch mehr arbeiten. Dies führt zwar zu mehr Arbeit, nicht jedoch zu mehr arbeitenden Menschen. Das Mehr an Arbeit einiger soll gleichzeitig das System finanzieren, das auf der anderen Seite diejenigen, die nicht arbeiten, absichern soll. Nicht grundsätzlich die Verlängerung der Arbeitszeit ist hier zu kritisieren, sondern das unzureichende Bemerkens darum, dass dieser einfache

monokausale Wirkmechanismus nicht funktionieren und nicht zu einer Verbesserung führen kann. Es handelt sich um eine Legendenbildung, eine pseudologische Lösung, die typisch ist für monokausale Denkweisen gegenüber scheinbar ausweglosen Situationen. Die monokausalen Lösungen einfacher Zusammenhänge funktionierten aber nicht mehr in Zeiten dynamisch kommunizierender sozialer Systeme.

Im Bereich der medizinischen Versorgung entspricht das deterministische System des Ursache-Wirkungs-Prinzipes dem System der primär naturwissenschaftlichen Erkenntnis im Bereich der Medizin. Fast der gesamte medizinische Fortschritt des ausklingenden 19. und des 20. Jahrhunderts war durch die Erkenntnisse bestimmt, die auf Grundlage der Erforschung dieser Mechanismen erlangt werden konnten. Diese Fortschritte und Erkenntnisse dürfen auch nicht klein geredet werden, nach dem Tenor bestimmter Forderungen von Vertretern sogenannter ganzheitlicher naturkundlicher Methoden oder alternativer medizinischer Angebote. Es geht hier nicht darum, ein Entweder-Oder zu erreichen. Diese Erkenntnisse sollen nicht aufgehoben werden, um zu einem anderen Prinzip zu stoßen, sondern sie müssen wie in der Industriegesellschaft Grundlage für ihre Überwindung sein. Sie stoßen – genau wie wir es im Bereich der Produktionsprozesse beschrieben haben – an die Grenzen ihrer Funktionsfähigkeit. Wenn die Wirkweise bestimmter Viren und Bakterien in der Produktion bestimmter Infektionserkrankungen erkannt ist, letztere somit behandelbar werden, gleichzeitig zu beobachten ist, dass die Krankheitsrate in den Ländern dennoch nicht sinkt oder gar die Gesundheitsquote in diesen Ländern nicht soweit steigt, dass die Finanzierung im gegebenen monokausalen Bezugssystem ausreichend sichergestellt ist, dann stellen sich die Fragen, die den Weg des nächsten Fortschrittes einfordern. Dieser Fortschritt kann sich nicht aus der Aufhebung der bestehenden Erkenntnisse, sondern lediglich durch die Vernetzung dieser Erkenntnisse erreichen lassen. Insofern sollen Erweiterungen des pathogenetischen naturwissenschaftlich geprägten medizinischen Modells keine Überwindung im Sinne der Abschaffung dieser

medizinischen Fortschritte und ihres Verständnisses darstellen, sondern eine Überwindung im Sinne der Integration dieser Kenntnisse in eine salutogenetische und damit dynamisch kommunizierende Verstehensweise des Gesundheitswesens erreichen.

Diesem grundlegenden Verständnis gegenüber müssen sich die künstlerischen und kreativen Therapien platzieren, damit sie mit ihrer Dynamik, die über die reinen Ursachen-Wirkungsmechanismen hinausgeht, nicht entweder vereinnahmt und verarmt werden. Sie dürfen zum einen weder im Sinne einer rein strategisch einsetzbaren Technik benutzt, noch dadurch ihrer Kreativität beraubt werden. Sie dürfen zum anderen nicht deshalb ausgestoßen werden, weil sie nicht im Sinne konkreter deterministischer Wirkmechanismen ihre Effizienz direkt unter Beweis stellen können.

In dem traditionellen Strukturmuster richten sich die medizinischen Vorgehensweisen auf akute oder chronische Krankheitsereignisse aus. Diese strukturieren sich nach Einzelleistungsvergütungen oder indikationsbezogenen Entgelten, wie es letztendlich die Regelung der Fallpauschalen in Form der DRGs (Anm. 1) darstellt. Hier wird bezogen auf eine Erkrankung, deren Ursprung man kennt, im Sinne des Ursache-Wirkungs-Prinzips ein pauschaler Preis für die Behebung dieser Erkrankung bezahlt. Die anderen Aspekte der Versorgung dieses Patienten, die mit der psychosozialen Realität zusammenhängen, werden weitgehend herausgehalten. Die Eingliederung der kunsttherapeutischen Aktivitäten in bestimmte DRGs, wie zum Beispiel in der Onkologie und Geriatrie, heben diesen Mechanismus der Zentrierung auf gewisse Krankheitsereignisse nicht auf. Sie entfremden aber gleichzeitig kunsttherapeutische Aktivitäten eines Teils der Aspekte, die über die konkrete und zielorientierte Effizienzbetrachtung hinausgehen. Diese alten Strukturmuster hängen direkt mit der RVO (Anm. 2) und dem dort festgelegten Krankheitsbegriff zusammen. Dies ist ein altes Strukturmuster, das sicherlich seinerseits – auch sozialpolitisch gesehen – einen genialen Fortschritt bedeutete. Allerdings bedingt das zur Zeit

bestehende Festhalten an diesen klar strukturierten Krankheitsbegriffen auch, dass notwendige Erweiterungen schwierig werden, weil sie über das in diesem Krankheitsbegriff festgelegte Aktions-Wirkungsprinzip eines deterministischen Reparaturbetriebes hinausgehen.

Die RVO definiert Krankheit als einen regelwidrigen Körper- und/oder Geisteszustand, der entweder Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit oder beides zur Folge hat. Der hiermit begründete medizinische Krankheitsbegriff ist mit Ausnahme gewisser psychiatrischer Erkrankungen im Wesentlichen biologisch orientiert und erkennt ein direktes mono- oder bikausales Verhältnis zwischen Ursache und Wirkung im Sinne einer deterministischen Beziehung an, sowohl für das, was den Erkrankungs- als auch was den Heilungsprozess betrifft.

In dem Sinne ist die Definition der WHO eine Erweiterung dieser bestehenden Sichtweise, hebt aber den Determinismus des Ursache-Wirkungsprinzipes nicht auf. Die WHO spricht in Erweiterung der Konzeption nicht von „Krankheit“, sondern von „Gesundheit“, die sie mit einem vollständigen psychologischen, sozialen und somatischen Wohlbefinden umschreibt. Auch hier ist Krankheit eine Veränderung dieses grundlegenden gesunden Zustandes durch eine Beeinträchtigung, die in der Definition der WHO im Unterschied zur RVO eben auch den sozialen Bereich umfasst.

Beiden Definitionen gegenüber stellt sich allerdings eine schwierige Frage: Ist der Mensch ein gesunder, und die Krankheit im Sinne der RVO das Ergebnis einer ausreichend schädigenden Noxe, oder „Giftes“ bzw. schädlichen Einflusses, die auf einen grundsätzlich eigentlich gesunden Menschen trifft? Lebt der Mensch eigentlich in einem Zustand vollständigen psychologischen sozialen und somatischen Wohlbefindens, aus dem er aufgrund äußerer Geschehnisse, mangelnder Rahmenbedingungen, unzureichender Impfungen

gen usw., herausgerissen wird?

Natürlich gibt es auch in der klassischen Medizin die Begriffe des Terrains, seiner Stärkung oder seiner Schwächung. Das deterministische Zustandsbild beschreibt aber im Wesentlichen eine Vorgehensweise, in der die Ausschaltung der Noxe oder der als Grundlage der Erkrankungen beschriebene Schädigung dafür sorgt, dass es einen Heilungsprozess gibt. Dieser wird dann in Tagen festgehalten, kodifiziert und entsprechend vergütet. Entsprechend gilt für die Prävention, dass sie wesentlich durch den Gedanken der Vermeidung bestimmter Noxen oder schädlicher Einflüsse bestimmt wird. Gedanken, die sich mit der Festigung des Terrains im Allgemeinen als präventiver Grundlage der Gesundheit auseinandersetzen, spielen in der zugespitzten Diskussion heute kaum noch eine Rolle, da direkte Wirkungsmechanismen selten nachweisbar sind und somit Einsparpotentiale nicht direkt aufgezeigt werden können.

Der direkte Bezug zu Fragen der Finanzierung ist unverkennbar und darf auch nicht bagatellisiert werden. Jede Erweiterung des Krankheitsbegriffes, oder jede Erweiterung der zur Gesundung notwendigen Prozesse, stellt auch eine für die Solidargemeinschaft gegebenenfalls teure Konsequenz dar. Hier kann lediglich in einem vernetzten Diskussionssystem darüber befunden werden, welches Ausmaß von Wohlbefinden des Einzelnen über die Solidargemeinschaft zu finanzieren ist und welche Leistungen für das eigene Wohlbefinden durch den Betroffenen selbst zu finanzieren sind. Genau hier hat vordergründig das Gesundheitsmodell der WHO eine Schwäche. Ab welchem Moment des Unwohlseins im Bereich psychologischer, sozialer oder somatischer Faktoren bezeichnen wir ein Phänomen als „krank“ und „behandlungsbedürftig“? Bis wohin ist es Variation einer Norm, die zu ertragen ist oder für deren Veränderung lediglich der Betroffene selbst zuständig sein sollte? Gleichzeitig stellt sich aber sowohl diesem Modell als auch der Definition der RVO gegenüber die grundsätzliche Frage: was ist Krankheit oder wer ist

der kranke Mensch? Was ist Krankheit in der menschlichen Existenz? Wie muss mit dem Auftreten von Krankheit in der menschlichen Existenz im Sinne der sozialrechtlich solidarischen Gemeinschaft umgegangen werden?

Um sich dieser Fragestellung zu nähern, eine etwas karikierende Beschreibung: Das deterministische und mechanistische Krankheitsverständnis geht davon aus, dass der menschliche Körper und der Mensch als Körper gesund ist. Der Mensch ist vergleichbar einem neuen Auto, das keinen Schaden hat, bei dem Schäden mit dem Gebrauch auftreten, dem Alter, der fehlenden adäquaten Nutzung oder dem Verschleiß. Entsprechend tritt Krankheit mit dem Alter auf, mit fehlender Anpassung zwischen Entwicklungsschritten und dem damit verbundenen Bedarf, mit den psychosozialen Anforderungen und dergleichen. Jeder Unfall trifft auf den im Keim gesunden Menschen. In diesem Sinne verbleiben die Betrachtungen der medizinischen Krankheit sehr stark in der Analogie einer Mechanik verhaftet. Diese Sichtweise berührt auch weite Bereiche der Praxis der psychosomatischen Medizin.

Wenn mit der Einführung der neuen bildgebenden Verfahren zum Beispiel klinische Erkenntnisse der Psychotherapeuten und Psychoanalytiker neurologisch und neurophysiologisch nachgewiesen sind, dann bestätigt dies nicht das deterministische, biologische Krankheitsmodell, sondern es zeugt lediglich davon, dass die klinischen Erkenntnisse über Funktionsweisen und Abläufe im innerpsychischen Prozess keine Spinnereien waren. Es bleibt nichts anderes als der Fakt, dass es natürlich so ist, dass keine Emotionen, kein Gedanke, kein Wort oder Klang ohne biochemischen Prozess empfunden oder geäußert werden kann. Die Tatsache, dass letztendlich auch diese Prozesse physiologisch und physikalisch darstellbar sind, dürfte eigentlich niemanden überraschen. Aus der Darstellbarkeit darauf zu schließen, dass die organische Grundlage die Ursache wäre, zeugt deutlich von der monokausalen deterministisch geprägten Sichtweise, die in der

Medizin bis heute nicht überwunden wurde. Hier scheint die Biologie weiter, denn sie stellt sich nicht mehr die Frage, wer – die Henne oder das Ei – zuerst da waren, sondern stellt die Frage ihrer Beziehung, so wie die Psychotherapie fordert, dass es ein vernetztes Verständnis über die psychosomatische Gleichzeitigkeit geben müsste.

Wenn wir uns im Gesundheitswesen um komplexe Lösungen bemühen, müssen wir uns überlegen, ob wir in der Grundprämisse eines gesunden Menschen gegenüber den kommunikativen Gesamtbedarfen und den Vernetzungsansätzen von der richtigen Hypothese ausgehen. Ist der Mensch grundlegend gesund und heil? Trifft die Krankheit als etwas Unerklärliches oder Willkürliches oder von außen Kommendes, quasi Böses und zu Eliminierendes auf eine vorher gesunde Existenz? Was würde uns eine umgekehrte Konzeption an Möglichkeiten von Kommunikation und Vernetzung eröffnen?

Die umgekehrte Konzeption würde darin bestehen, die menschliche Existenz als einen permanenten Kampf um Gleichgewicht und Aufrechterhaltung des Gleichgewichts zu betrachten. Unter diesem Blickwinkel wäre das Auftreten einer Erkrankung nicht nur das Ergebnis der Einwirkung eines schädigenden inneren oder äußeren Faktors, sondern auch Ergebnis eines permanent gelingenden Kampfes gegen die Ungleichgewichte des Lebensprozesses. Der Zuckerspiegel wäre im Sinne der Aufrechterhaltung einer gewissen Konstanz genau ein solches Ergebnis der Fähigkeit des Körpers, gegenüber äußeren Einflüssen das Gleichgewicht zu wahren oder wieder zu erlangen. Die Gesundheit bei einer Grippeepidemie wäre zu verstehen als gelungene Verteidigungshandlung gegenüber der äußeren Noxe. Die Nichterkrankung an Krebs wäre nicht verbunden mit dem Nichtauftreten krebsartiger Zellen, sondern würde den Prozess einer immer wieder gelungenen Zerstörung gegenüber den sich im Körper aufbauenden krebsveränderten Zellen umschreiben. In diesem Verständnis wäre der Mensch als Gesunder in einem ständigen Kampf. Dieser Kampf müsste beschrieben werden. Er sähe aus wie eine permanente Wippbewegung, in der der Mensch es schafft, trotz der äußeren Widrigkeiten das Gle-

ichgewicht immer wieder zu halten oder zu erreichen. In diesem Sinne wäre der Mensch aufgrund seines Talentes und seiner Fähigkeiten ein gesunder. Er wäre gesund, weil er mit ausreichend flexiblen Antwortmöglichkeiten immer wieder ein Gleichgewicht erreicht, weil er die Bewegungen der „Wippe“ oder die Einflüsse der Umwelt austarieren kann. Krankheit wäre dann der Verlust dieser Fähigkeit der spontanen und raschen Anpassung des Körpers, der Psyche und des Geistes an plötzlich auftauchende innere oder äußere Widrigkeiten.

Aus einem derartigen Krankheitsverständnis ergeben sich Folgerungen, die unter anderem für die kunsttherapeutische Arbeit im Bereich salutogenetischer Prozesse eine Wichtigkeit haben. Wenn, wie in dieser Konzeption, das Fehlen von Krankheit im Wesentlichen darauf beruht, dass die Menschen ausreichende Ressourcen haben, um sich mit den Schwierigkeiten und Widrigkeiten des Lebens so auseinander zu setzen, dass sie nicht krankhaft entgleiten, sondern immer wieder im Sinne gesunder Prozesse die Schwingungen aufhalten können, bevor sie denn krankhaft würden oder sich in Symptomen fixieren. Das heißt, Salutogenese ist die Forderung danach, diese Fähigkeiten der flexiblen Antwort auf widrige Erlebnisse und Umgebungsfaktoren zu erhöhen. Salutogenese heißt in diesem Sinne, wie die WHO es auch fordert, Förderung von Ressourcen, weil Ressourcen in der Lage sind, die Gleichgewichtsfähigkeit des Menschen im Kampf gegen die Erkrankung zu erhalten.

Ein derartiges Krankheitsverständnis würde neuartige präventive Gedanken fördern. Prävention bestünde dann nicht darin, krankheitsauslösende Faktoren zu vermeiden, sondern wesentlich auch darin, jedem einzelnen Menschen möglichst viele Ressourcen zu geben, damit er in der Auseinandersetzung mit den krankheitsfördernden Faktoren eine ausreichende Kraft hat, um zum einen diesen auszuweichen, und zum anderen, mit ihnen so umzugehen, dass sie nicht krank machen.

Um dies an einem Beispiel der Präventionspolitik heutiger Zeit zu demonstrieren, wäre

der Bereich der Suchtprävention exemplarisch. Gibt es die Fiktion einer suchtmittelfreien Gesellschaft? Nein! Allerdings gehen eine Reihe von politischen Bestrebungen, zum Beispiel die Schaffung rauchfreier Zonen und deren Ausweitung, oder die Erhöhung der Tabaksteuer zwecks Abschreckung, scheinbar in die Richtung der einer zunehmenden Prohibition. Angeblich sollen in der letzten Zeit auch 8 bis 10 % der Raucher deshalb das Rauchen aufgegeben haben, weil die Zigaretten teurer geworden sind. Hier mischen sich Fiktion und Wunschdenken. Die Anzahl der Raucher ist wie die Anzahl der Süchtigen eine Dunkelziffer. Man kann sie kaum verifizieren. Das, was man verifizieren kann, ist allenfalls, wie viel Zigaretten gekauft wurden, aber dies gilt auch nur für die offiziellen Kreise. Hierüber konstituieren sich die Einnahmen des Finanzministers. Ob diese weniger verkauften Zigaretten auch weniger geraucht wurden, ist fraglich. Es ist weder belegbar im Sinne des Fakts, noch überprüfbar. Es ist einzig eine Frage der demagogischen Darstellung dessen, was politisch gewünscht wird. Wurde in Amerika wirklich weniger getrunken zu Zeiten der Prohibition oder wurde die gleiche Menge Alkohol lediglich auf anderen Wegen verkauft. Der Ausschluss eines Suchtmittels aus irgendeiner menschlichen Gesellschaft ist bisher nicht gelungen. Das Forcieren dieser Fiktion im Sinne der Präventionspolitik ist für die Ziele der Prävention tödlich.

Im Sinne der klassischen Krankheitskonzeption ist dies die richtige Form der Prävention: die Vermeidung der Noxen. Im Sinne der oben aufgeführten andersartigen Krankheitsdefinition im Sinne des Verlustes des Gleichgewichtes bedeutet Prävention etwas anderes: nicht etwa die vordergründige Vermeidung des Kontaktes, sondern des übermäßigen Kontaktes mit Noxen, die abhängig machen können, ist Ziel. Prävention bedeutet dann, den Menschen die Möglichkeit zu geben, mit diesen Noxen so umzugehen, dass sie nicht zu sehr schaden. In diesem Sinne ist auch die Frage zu stellen, ob gegebenenfalls nicht das krankhafte Vermeiden des Umgangs mit Noxen genau so krank machen kann wie der krankhafte Umgang im Sinne des abhängigen Geschehens?

Um dies ein wenig humoristisch zu unterstreichen: dass ein Nutzen vom Rauchen ausgehen könnte, ist wenig belegbar, und in der heutigen Zeit wird in Anbetracht der biologischen Konsequenzen des Rauchens tunlichst die positive Wirkung negiert. Allerdings hat Zander in seinen Frühstückswisheiten zur Theologie des Rauchens Folgendes vermerkt:

Von allen Weisen Indiens hat keiner mir so gefallen wie der Dada Ji, der große Guru von Kalkutta. Ein paar Jahre sind es her, seit ich ihn aufsuchte, um von ihm die Kunst der Meditation zu lernen. Im Lotussitz empfängt er mich auf seinem Sofa. Ich setzte mich zu seinen Füßen, wir schwiegen beide.

Mit einem Mal griff der Guru in die Tasche und bot mir eine Zigarette an. „Dada Ji,“ rief ich entsetzt, „ich bin nicht hier nach Kalkutta gekommen, um das Rauchen zu lernen, sondern die Kunst der Erleuchtung!“

Sanft schüttelte der Weise den Kopf. „Entspannung“ sagte er, „ist der Anfang aller Erleuchtung. Eine gute Zigarette entspannt viel besser als die komplizierteste Yogastellung. Und warum glaubst Du, hat es bisher keinen Atomkrieg gegeben? Weil die Staatsmänner meditieren? Nein, weil sie bisher in Augenblicken höchster Spannung noch immer eine Zigarette zur Hand hatten. Darum lebt die Menschheit noch. Und darum hat Gott dem Menschen die Zigarette geschenkt, damit er sich entspannt“.

Also sprach zu mir Dada Ji der Smoking Guru von Kalkutta. Mit jenem Respekt, den der Schüler dem Meister schuldet, gab ich ihm Feuer und im Frieden göttlicher Entspannung rauchten wir eine Zigarette. (Zander, 2000)

Ohne den Zigarettenkonsum loben zu wollen, so macht uns dieses humoristische Beispiel deutlich, dass es neben Risikofaktoren immer auch Schutzaspekte gibt, und dass diese Schutzaspekte nicht ohne Kreativität vorstellbar wären. Diese Schutzaspekte vor der biologischen Eindeutigkeit der Schädlichkeit der Noxe zu vernachlässigen, widerspricht dem Menschenbild, das darüber hinausgeht, den Menschen auf die Aspekte seines Körpers zu

reduzieren.

Das eben Gesagte kann gegenüber dem Alkohol eindeutiger belegt werden. Das Gläschen Wein am Abend hat gegebenenfalls auch eine beruhigende und angenehme Wirkung. Die sozialen Kontakte leiden nicht unbedingt nur unter dem Alkohol. Die vaskulär präventiven Effekte des Gläschen Weins am Abend werden nicht umsonst beschrieben. Was ist schädlich am Alkohol? Der Exzess. Und dieser Exzess geht immer in beide Richtungen: Die forcierte und mit Unlust erlebte Abstinenz genauso wie der forcierte und mit ebenso viel Unlust erlebte Abusus. Der Alkohol macht die Konzeption von Gesundheit als gelungenem Balanceakt deutlich: Der Schutz vor der Krankheit ist die Wahrung des Gleichgewichtes, nicht die Fixierung in der Abstinenz oder dem Exzess. Allerdings wird hier auch deutlich, dass die Alkoholabhängigkeit als Krankheit nicht überwunden wird, denn mit der Fixierung im Exzess bleibt die Flexibilität, die Grundlage gesunder Lebensweisen ist, mit dem Bedarf lebenslanger Abstinenz hintan stehen.

Was schützt vor derartigen Entwicklungen? Das Fehlen von Alkohol oder die Tatsache, jugendlichen und jungen Menschen, aber auch Erwachsenen die Möglichkeit zu geben, mit diesem doch so umzugehen, dass er in der sozialen Kommunikation beteiligt, zur Kommunikation, zu Spaß gereicht und nicht zum Exzess verurteilt ist. Insofern erfordert dies eine lernende Struktur, in der die Organisationsstruktur einer Kultur folgt, der Kultur der sozialen Kommunikation der Stärke und des Individuums als ein Teil der Gesellschaft. Dies bedeutet die Förderung von Peer-Groups in der Jugend als Ort der psychosozialen Entwicklung von Kindern, die Förderung von Ausdrucksfähigkeit, die Förderung von Ressourcen gegenüber sowohl befriedigenden als auch unbefriedigenden Situationen und somit die Förderung der Fähigkeiten, den Wirren des Lebens, den Winden und Widrigkeiten, die auf den erwachsenen Menschen als auf einer Wippe Stehenden einstürmen, zu trotzen und ihm so zu erlauben, das Gleichgewicht zu halten.

Gerade hier hat im salutogenetischen Bereich alles das, was künstlerisch therapeutische Arbeit ist, eine immense Wirkung. Auf der Tagung – *Erziehung als Kunst* – haben Hüther und Gebauer sehr wohl die Effekte beschrieben, die künstlerisch therapeutische Angebote bei Kindern und Jugendlichen im Sinne salutogenetischer Entwicklungen erzielen können (Gebauer, Hüther, 2002). Hierbei wurde im Sinne des Ursache-Wirkung-Prinzips allerdings manche Fehlinterpretation vollzogen.

Neurobiologisch nachgewiesen ist, dass das Hören und Betreiben von Musik bestimmte kommunikative Prozesse zwischen den verschiedenen Hirnregionen verstärkt. Musisch Tätige haben u.a. stärkere Balkenstrukturen, sprich Vernetzungen zwischen der rechten und linken Hirnhälfte, als derartig Nicht-Tätige. Es ist nachweisbar, dass die interne Vernetzung zwischen den verschiedenen Arealen auch bei Laienmusikern steigt. Es ist nachweisbar, dass sie im Verlaufe entsprechender Behandlungen gefördert wird. Es ist deutlich nachweisbar, dass die Dicke des Balkens bei Berufsmusikern erheblich stärker ist als bei Nichtmusikern.

Bringt man diese Veränderungen in einer monokausalen Denkstruktur in Zusammenhang mit präventiven Überlegungen, dann läge der Schluss nahe, dass, wenn Musik diese Veränderungen hervorruft und wenn diese Veränderungen einen spezifischen therapeutischen Effekt hätten, dann müssten sie auch einen spezifischen spezialpräventiven Effekt haben. In diesem Sinne müssten Berufsmusiker mit ihren deutlichen und auch anatomisch nachweisbaren Veränderungen im Sinne spezialpräventiver Effekte hiervon profitieren. Wäre der anatomischen Erweiterung des Kommunikationssystems, die beobachtet wird, und den damit verbundenen neuronalen Vernetzungen ein spezialtherapeutischer Effekt zuzuschreiben, dann müssten ihr auch entsprechende spezialpräventive Wirkungen zugeschrieben und folglich beobachtet werden können. Gegenüber musiktherapeutischen

Prozessen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich würde dies bedeuten, dass dann eine Wirksamkeit im Sinne spezieller Wirkmechanismen zu erwarten wäre, wenn Musiker, insbesondere Berufsmusiker, seltener krank insbesondere psychisch krank wären. Der spezialtherapeutische Effekt wäre über den spezialpräventiven quasi nachweisbar oder eben auch widerlegbar.

Diese Überlegungen unterstellen zum einen, dass es sich bei musiktherapeutischen Wirkweisen um spezifische Wirkweisen handelt, die ein spezifisches, biologisches Korrelat hätten. Gegebenenfalls ist aber die spezielle Wirkungsweise auch nicht unbedingt mit dem verbunden, was im Bereich der biologischen Veränderungen beobachtet werden kann. In Fortsetzung dieser Überlegung müssten Berufsmusiker, bei denen nicht nur funktionelle, sondern anatomische Veränderungen festgestellt werden können, dann – wenn das oben genannte Ursache-Wirkung-Prinzip zuträfe – weniger sowohl psychisch als somatisch erkranken als andere Berufsgruppen. Ist das nicht der Fall, dann muss monokausal daraus geschlossen werden, dass es keinen Zusammenhang geben kann. Damit wäre eine spezifische Wirksamkeit sowohl präventiv wie kurativ widerlegt.

Zum einen ist aber das Fakt nicht untersucht. Eine berufsspezifische Aussage bezüglich der Erkrankungsquote kann nicht gemacht werden. Daraus kann nicht geschlossen werden, dass es keine Unterschiedlichkeit gäbe. Außerdem würde eine derartige Untersuchung im Sinne salutogenetische Betrachtungsweisen lediglich dann Bestand haben können, wenn man nicht nur die Erkrankungsquote erhebt. Es dürfte nicht nur untersucht werden, wie viele Krankheiten im Sinne des Ursache-Wirkung-Prinzips aufgetreten sind, sondern es müsste auch erhoben werden, aufgrund welcher internen und externen psychologischen, sozialen und somatischen Belastungen im Lebensverlauf insgesamt diese Erkrankungen aufgetreten sind. Erst ein derartiger Vergleich würde unter salutogenetischer Betrachtungsweise etwas darüber aussagen können, ob eine allgemeine präventive,

nichtspezifische Erweiterung von Kommunikationsfähigkeit, wie sie physiologisch nachgewiesen wurde, einen salutogenetischen Effekt hätte oder nicht.

Dies zeigt schon auf, inwieweit sich kunsttherapeutische und künstlerisch therapeutische Aktivitäten davor hüten müssen, sich im reinen Ursache-Wirkungs-Mechanismus messen zu lassen. Ganzheitliche Methoden müssen ganzheitlich untersucht werden. Sie müssen dann sicher genauso wissenschaftlich fundiert ihre Effizienz beweisen. Sie können aber nicht wissenschaftlich fundierte Effizienz dann beweisen, wenn sie Wirkungen haben müssen, die über das kurzfristige Ursache-Wirkung-Prinzip hinausgehen. Die Psychotherapieforschung im Allgemeinen und unabhängig von den schulischen Ausrichtungen hat nachgewiesen, dass 80 % der Heilwirkungen ihrer Verfahren zu den nichtspezifischen Faktoren gehören. Insofern befinden wir uns auch hier keineswegs außerhalb des Standes der Wissenschaftlichkeit und außerhalb der zurzeit gültigen wissenschaftlichen Diskussion.

Analoge Vorstellungen betreffen Untersuchungen, die generalpräventive Maßnahmen der Förderung der psychosozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in schweren und deprivierenden Situationen betreffen. In Amerika wurde aufgrund entsprechender Studien festgestellt, dass die gezielte musikalische Förderung von Jugendlichen aus psychosozialen Randgruppen zur verbesserten Entwicklung im Bereich der Akquise schulischer Kenntnisse führt. Dieses Experiment wurde über mehrere Jahre gefördert und beobachtet. Die Entwicklungsunterschiede in den Vergleichsgruppen waren über den gesamten Förderverlauf überdeutlich. Es handelte sich um randomisierte Studien, die insofern wissenschaftlichen Standards entsprachen. Nach einer fünfjährigen Förderung wurde das Förderprogramm beendet. Die Jugendlichen wurden dann wieder ihren eigenen autonomen Entwicklungen in der jeweiligen, schwierigen, psychosozialen Situation unbegleitet überlassen. Fünf bis zehn Jahre später wurden die Unterschiede in der schulischen,

beruflichen und sozialen Situation zwischen beiden Gruppen untersucht. Hierbei stellte sich heraus, dass es keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen den beiden Gruppen gab. Die Folgerung der Förderungsbehörde hierauf lief darauf hinaus, dass somit musikalische Fördermaßnahmen für Jugendliche in Schwierigkeiten oder in schwierigen Situationen keinen wirklich dauerhaften Wert hätten.

Diese Schlussfolgerung ist in Frage zu stellen, denn das Forschungsdesign ist unkorrekt. Nur wenn es eine dritte randomisierte Gruppe gäbe, die kontinuierlich über die fünf Jahre hinausgehend weiter gefördert worden wäre, und die dann ebenfalls keinen signifikanten Unterschied in der letztendlichen psychosozialen Gesamtintegration und Gesamtsituation gezeigt hätte, wäre dieser Schluss zulässig. In dem hier vorgelegten Forschungsdesign, das allgemeinpräventiven Maßnahmen entspricht, kann lediglich davon gesprochen werden, dass die Förderung und ihre Unterbrechung langfristig zu den gleichen Ergebnissen wie das völlige Fehlen von Förderung führen. Dies sagt aber nicht mehr, als dass zunächst geförderte und sich in der Zeit besser entwickelnde Jugendliche in der darauf folgenden Vernachlässigung genau so wenig Probleme ausreichend regeln können, wie ihre vorübergehend nicht geförderten Altersgenossen. Dies bestätigt zunächst einmal eine Banalität des Wissens über die Macht der Vernachlässigung, der beide Gruppen zu bestimmten Zeiten ihrer Entwicklung unterliegen, und besagt nichts über die Effektivität der Förderung per se. Erziehung hat bekanntermaßen etwas mit Kontinuität von Bindungen zu tun. Wenn diese nach einer Zeit der Förderung aufgegeben werden, darf es eigentlich einen Wissenschaftler nicht überraschen, dass dann eingetretene Fortschritte nach über zehn Jahren wieder aufgehoben sind.

Betrachten wir in diesem Sinne salutogenetische Maßnahmen, so muss im Vorfeld jeder Erkrankung künstlerische und somit auch kunsttherapeutische Arbeit als ein Feld gesehen werden, in dem innere psychische Vernetzungen nachweislich gefördert werden. Es ist

nachweislich so, dass es zur Vernetzung von Kommunikationsstruktur in neuronalen Bereichen kommt, die vorher nicht vernetzt war, oder die bei Menschen, die diese Aktivitäten nicht haben, nicht oder nicht in dem Ausmaße vernetzt sind. Im Sinne des salutogenetischen Betrachtungsmodells heißt dies, dass diese Menschen größere Möglichkeit haben, über Vernetzungen Gefühle, Emotionen und Sprache zu verknüpfen. Damit haben sie gesteigerte Möglichkeiten, bewältigende Strategien gegenüber den Belastungen des Lebens zu entwickeln. Dies ist nicht gleichbedeutend damit, dass sie auch alle auftauchenden Belastungen auch bewältigen können. Aber auch hier gilt: äußere Belastungen können in der Lage sein, Fähigkeiten zum Gleichgewicht zu überschreiten.

Dies ist auch in Anbetracht der Forschung im Bereich der Psychotraumatologie nicht zu unterschätzen. Die Psychotherapeuten beschreiben klassisch, dass eine Alexithymie, also eine spezifische Störung der sprachlich-emotionalen Verknüpfung, die Folge eines akuten Traumas sein kann. Gefühle verschiedener Prägung zwischen beispielsweise Gerüchen, Geräuschen, bildlichen Eindrücken, also zwischen Emotionen, sind untereinander von der Sprache völlig abgespalten und nicht kommunizierbar. Sie führen bei entsprechender Erinnerung oder Reexposition lediglich zur sofortigen Reaktivierung unbewusster Ängste, die mit dem Trauma in Verbindung stehen. Diese sind für den Betroffenen nicht nachvollziehbar, erklärbar oder besprechbar. Diese klinischen beobachtbaren Effekte sind neurologisch nachweisbar auf der Ebene sogenannter „eingefrorener Zentren“ von Emotionen verschiedenster Natur in verschiedenen Bereichen des Gehirns. Die Therapie bemüht sich darum, diese abgespaltenen, quasi eingefrorenen nicht kommunizierbaren Bruchteile von Erleben, die alexithym, das heißt unsprachlich sind, miteinander zu verknüpfen. Mit Erreichung der Verknüpfung ist ein therapeutischer Effekt eingetreten.

Nimmt man präventiv dies Vorbild, dann würde es doch bedeuten, dass die möglichst weitgehende Verknüpfung verschiedener Bereiche an emotionalen Erinnerungen dazu

führen müsste, dass ein möglichst hohes Ausmaß an Gesundheit existiert. Wenn wir versuchen, derartige Erkenntnisse nicht gegeneinander symptomspezifisch auszuspielen, sondern miteinander in Bezug zu setzen, gewinnt das System und gewinnt der einzelne Mensch an Gesundheit.

In einer Übertragung könnte man diese Erkenntnis über die Effekte einer verstärkten Vernetzung von Systemen im psychoneurologischen Bereich auf das System der Gesundheitsversorgung und die mit ihm verbundenen salutogenetischen Aspekte übertragen. Die immer detailliertere monokausale Kenntnis auch im Bereich der bildgebenden neurologischen Verfahren kann dazu genutzt werden, detailliertere Kenntnisse über Mikroprozesse zu erhalten. Es kann allerdings auch dazu benutzt werden, Kommunikationen zu öffnen und Systeme zu verknüpfen. Die deterministische monokausale Denkweise zwischen Ursache und Wirkung hat in der Medizin dazu geführt, dass im Sinne einer „Salamitaktik“ menschliche Funktionen in Teilfunktionen aufgespaltet wurden und der Heilungsprozess auf immer mikroprozessualere Teilaspekte konzentriert und reduziert wird. Dies hat natürlich eine konstruktive Wirkung insofern, als bestimmte Prozesse dadurch besser beeinflusst werden können, und dies sollte auch nicht zur Disposition stehen. Diese Entwicklung betrifft in einer gewissen Weise auch den Bereich der Psychosomatik, die sich analog der Aufspaltung in Organprozesse auch in ihren Anwendungen aufspaltet in organ- und symptomspezifische psychosomatische Beschreibungen, zum Beispiel der Psychosomatik der Lunge, des irritablen Dickdarms usw.. Es soll hier nicht der Eindruck entstehen, dass diesen Entwicklungen, die mit verbesserten Heilungsmöglichkeiten einhergehen, widersprochen werden soll. Sie dürfen nur nicht dazu führen, dass sich die *Ganzheitlichkeit* des Menschen hinter diesen Teilaspekten auflöst. Es muss im Sinne der Wiedereinführung von Vernetzungen darüber nachgedacht werden, wie die sich aufspaltenden Systeme wieder vereinigt werden können.

Die Spaltung in den medizinischen Betrachtungsweisen hat, wie wir wissen, ihren Niederschlag auch darin gefunden, dass sich die Versorgungssysteme aufgespalten haben und in ihrer Monokausalität starke Tendenzen dazu aufzeigen, im jeweils betroffene System autark zu funktionieren, statt sich mit den anderen zu verknüpfen. Dies bedeutet, dass wir systematisch hinterfragen müssen, warum wir Versorgungsangebote in der Medizin so strikt trennen zwischen den Aspekten der allgemeinen Prävention, der Spezialprävention, der primären oder sekundären Prävention, den Aspekten der sozialen Behandlung, der Krankheitsbehandlung und der Rehabilitationsbehandlung, so als wären diese Aufträge selbst an die jeweilige spezialisierte Betrachtungsweise „salamischeibenartig“ gebunden. Insofern führt diese Spaltung zwischen den verschiedensten Versorgungsproblemen zu Problemdefinitionen, die der Systemvorgabe und nicht der Vernetzung oder der Problemlage folgen.

Gegenüber diesen systembedingten Schwierigkeiten und der inneren Logik des jeweiligen Bildes vom kranken Menschen selbst, muss die Kunsttherapie aufpassen. Sie darf nicht etwa in ihrem strukturübergreifenden und systemkommunikativen Ansatz allein deshalb untergehen, weil dieser kommunikative Ansatz selbst in dem System noch nicht gedacht werden kann. Andererseits dürfen sich die künstlerischen Therapien nicht darauf reduzieren, strategisch ausgerichtete Angebote anzubinden, die gerade die Stärke der Vernetzung deshalb negieren, weil sie sich in die spezifische monokausale Sichtweise einbinden müssen. Letztendlich sind Angebote empirischer Forschung dahingehend zu überprüfen, dass sie dem systemübergreifenden Ansatz gerecht werden.

Literatur

- Gebauer, H.; Hüther, G. (Hrsg.): *Kunst und Erziehung – Erziehung als Kunst*. Aufzeichnungen des Autors zum gleichnamigen Kongress. 22./23.11.2002 in Göttingen.
Habermas, J. (1981): *Theorie kommunikativen Handelns*. 2 Bde. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
Zander, H. C. (2000): *Frühstücksweisheiten*. Düsseldorf: Patmos.

Anm.1: Die *Disease Related Groups* wurden als Grundlage der Vergütung in der somatischen Krankenhausversorgung eingeführt.

Anm. 2: Die RVO, die Reichsversicherungsordnung, war das erste solidarisch finanzierte System der Kranken- und Rentenversicherung. Sie wurde von Bismark eingeführt und stellt bis heute das Grundgerüst der Regelungen der solidarischen Sozialversicherung dar.

Korrespondenzadresse:

Dr. Heinfried Duncker

Reichenberger Str. 6

01129 Dresden

Tel.: 0160-94854220

Mail: Heinfried.Duncker@web.de