



Koppenhöfer

Genussverfahren

Techniken der Verhaltenstherapie



BELTZ

1 Grundlagen

1.1 Definition und Benennung

Die Suche nach einem aussagekräftigen Namen für diesen Therapieansatz war gar nicht so einfach: Die deutsche Sprache und erst recht die wissenschaftliche Nomenklatur tun sich schwer, seriöse Benennungen für emotional positive, gesunde Zustände zu finden. Der Name »Genusstherapie« oder »Genussgruppe« läuft im wissenschaftlichen Kontext Gefahr, die Abwertung des Inhalts bereits durch den Begriff »Genuss« festzuschreiben. Im engagierten Kollegenkreis mobilisiert er das Bedürfnis, ihn durch empirisch überprüfbare Wirkfaktoren fassbar zu machen, um ihn dadurch aufzuwerten. Allenfalls scheint da noch die Bezeichnung »Genustraining« vertretbar, wie diese Therapieform in einigen Kliniken genannt wird. Ein »Training« ist zweifelsohne eine ernst zu nehmende Angelegenheit, dessen Bedeutsamkeit nicht infrage steht. Zumal die Affinität und emotionale Nähe der Verhaltenstherapeuten zu Trainingsprogrammen sowieso sehr hoch ist. Man denke nur an die zahlreichen Formen bereits vorhandener »Trainings«: Entspannungstraining, Problemlösetraining, Soziales Kompetenztraining, Angst-/Schmerzbewältigungstraining, Habit-Reversal-Training, Computergestütztes Hirnleistungs-Training und ähnliches mehr.

Meiner Auffassung nach wird aber der Begriff »Training« nur bedingt, allenfalls augenzwinkernd, dem heiteren, kreativen und genussvollen Anspruch des Behandlungsansatzes gerecht. Da treffen vermutlich neutrale Bezeichnungen, wie »Aufbau positiven Erlebens und Handelns« oder »Euthyme Therapie« eher den Inhalt des Programms. Allerdings muss der Begriff »Euthymie« in der Regel vorab immer noch erklärt werden. »Euthym« ist griechischen Ursprungs und bedeutet »Was der Seele gut tut«. Bezeichnenderweise werden erst, seitdem das Krankheitsbild »Dysthymia« in den ICD aufgenommen worden ist, entsprechende Inhalte unmittelbar mit der Bezeichnung »euthym« verbunden: Sie beschreibt im Zweifelsfall das Gegenteil von »dysthym«. Über die Umkehrung der Pathologie wird der positive Inhalt des Begriffs erschlossen. Unter »Euthyme Therapie« werden inzwischen weitere unterschiedliche Therapieformen (vgl. Lutz 2009) subsumiert. In den vergangenen Jahren wurde das Therapiekonzept unter dem Namen »Kleine Schule des Genießens« bekannt. Verschiedene Publikationen und auch das 2004 publizierte Gruppentherapiemanual tragen diesen Namen. »Genussverfahren« ist eine neuere, auch eine gewisse Seriosität nahelegende Bezeichnung.

Sinnvoll erscheint es mir, wenn je nach institutionellen Gegebenheiten und thematischer Ausrichtung eine für die jeweilige Einrichtung stimmige Benennung gewählt wird.

Viele Patienten haben dieses Therapieprogramm inzwischen kennengelernt und bezeichnen es, auch wenn es anders angekündigt wurde, von sich aus als »Genuss-

therapie«. Dabei schwingt neben einem Schmunzeln auch eine Wertschätzung und ja, ein gewisser Stolz mit. Aus diesem Grund hat sich in zahlreichen Kliniken die Bezeichnung »Genusstherapie« durchgesetzt und unter diesem Namen Eingang in das Behandlungsangebot gefunden.

Im Folgenden werde ich deshalb diesen nun doch weit verbreiteten Begriff verwenden.

1.2 Anliegen der Genusstherapie



Die Genusstherapie ist ein störungsübergreifender Behandlungsansatz, der als unmittelbares Ziel den Aufbau von positivem und gesundem Erleben und Verhalten in den Mittelpunkt stellt.

Ein solches Vorgehen steht im Gegensatz zu der gängigen Praxis, bei der der therapeutische Fokus an der Beseitigung oder Reduzierung einer psychischen Störung ansetzt und vorausgesetzt wird, dass sich Wohlbefinden dann einstellt, wenn die Krankheit beseitigt ist. Gesundheit wird als Abwesenheit von Krankheit definiert. Die Vorstellung darüber, wie sich Gesundheit für den Patienten inhaltlich und erlebnismäßig konkretisiert, bleibt vage, sieht man einmal von der generell als erstrebenswert erachteten Arbeitsfähigkeit oder auch nur einer grundsätzlichen Fähigkeit zur Tagesstrukturierung ab.

Gesundheit kann jedoch auch als eine vom Krankheitsgeschehen unabhängige Dimension betrachtet werden. Vor diesem Hintergrund eröffnet die Genusstherapie dem Patienten bei gleichzeitigem Vorliegen einer krankheitswertigen Störung die Möglichkeit, seine ganz persönliche Art von Gesundheit zu entdecken, zu erleben und in Besitz zu nehmen.

Die Genusstherapie ist ein verhaltenstherapeutisches Verfahren. Sie folgt funktionalen und lerntheoretischen Grundsätzen. Soll ein Verhalten modifiziert werden, wird es im Rahmen einer Verhaltensanalyse nach dem SOERKC-Schema genauer beleuchtet.

In der Genusstherapie wird eine problemferne, positive Reaktion aufgebaut: Als auslösende Bedingung wird dabei auf der Mikroebene des Verhaltens eine Sinneswahrnehmung (S_{intern}) auf eine zuvor ausgewählte positive Stimulanz bewirkt.

Diese führt auf einer erlebnismäßig unmittelbaren Ebene zu einer positiven Emotion (R_{emot}): *Wohlfühlen, Freude* und zur korrespondierenden gedanklichen Reaktion (R_{kogn}): *»Das gefällt mir, das tut gut ...«*. Diese Reaktion bewirkt wiederum entsprechende physiologische Begleitreaktionen (R_{physiol}): *»Mein Körper kommt zur Ruhe«* und mündet schließlich im Handlungsimpuls (R_{mot}): *»Innehalten, Pause und dann eventuell die Stimulanz in weiteren Facetten erkunden.«*

Die nachfolgenden Bedingungen (Consequenzen) sind in der Regel positive Empfindungen. Diese müssten eigentlich regelhaft (K = Kontingenz) selbstverstärkend nicht nur kurzfristig, sondern auch langfristig zum Tragen kommen. Dies ist jedoch häufig

nicht gegeben. Es ist deshalb notwendig, die makroanalytische Ebene des Verhaltens, also lerngeschichtlich weiter zurückreichende Einstellungen (E) und »selbstverständliche« Sichtweisen im Kontext der Genussregeln zu hinterfragen und diesen ein neues »Wertesystem« gegenüberzustellen.

Die »Verhaltensanalyse« hat den zweifelhaften Ruf, trocken, anstrengend und wenig hilfreich zu sein. In den Anträgen an die Kassen zur Kostenbewilligung für eine Verhaltenstherapie wird sie häufig lediglich zur Erfüllung der Antragsvorgaben erstellt, nicht aber zum hilfreichen Erkenntnisgewinn für die vorliegende Problematik und eines daraus abgeleiteten Behandlungsansatzes. Die Verhaltenstherapie selbst wird als reduktionistisch, mechanistisch, mühselig, »lustfeindlich« missverstanden. Sie vernachlässigt wesentliche Aspekte des Menschseins, sodass immer wieder neue Therapieformen entwickelt werden müssen, um diesen – vermeintlich – vernachlässigten Bereichen gerecht zu werden. Dabei bieten der zugrunde liegende funktionale Denkansatz und das daraus entwickelte »therapeutische Handwerkszeug« – richtig verstanden und angewandt – der Verhaltenstherapie eine breit gefächerte Palette von Möglichkeiten für eine an individuellen, familiären und kulturellen Kontexten ausgerichtete umfassende kreative Psychotherapie.

Vor diesem Hintergrund möchte die Genussstherapie dazu beitragen, dem Ruf der Freudlosigkeit der Verhaltenstherapie entgegenzuwirken und angehende Therapeuten darin unterstützen, sich von ihr begeistern zu lassen.

Abgrenzung zu Entspannungstechniken. Die Genussstherapie ist kein »etwas anders gestaltetes« Entspannungsverfahren. Zudem entspricht sie nicht einer bestimmten Form von Selbstfürsorge, die – analog dem medizinischen Denkansatz – vom Therapeuten »verordnet« bzw. sich selbst »verschrieben« wird. Und es geht bei ihr auch nicht um das Aufspüren möglichst vieler positiv-sinnlicher Eindrücke. Es geht vielmehr darum, sich von diesen »berühren« zu lassen. Ebenso möchte sie nicht zu einer quantitativen Ausdehnung tätigkeitsfreier Zeit, zu einem »Mehr an eingeplanten Pausen« aufrufen. Das mag eine Voraussetzung für die Durchführung der Genussstherapie sein, ist letztendlich aber nicht ihr Therapierational, bei dem es darum geht, bestimmte Zeiten sinnlich-erlebnismäßig zu füllen. Dem weitverbreiteten quantitativen Zeitbegriff wird ein qualitativer gegenübergestellt. Wir haben in unserem Kulturkreis Pflichterfüllung und Disziplin erlernt und verinnerlicht, nicht aber, wie wir Mußstunden gestalten können. Den Philosophen der Antike war letzteres übrigens ein wesentliches Charakteristikum des menschlichen Seins. Der Vorschlag, sich doch regelmäßig eine Pause mit einer Tasse Tee zu gönnen, reicht somit nicht aus. Es geht vielmehr um die erlebnismäßige Wahrnehmung des Vorgangs der Teezubereitung und des Teetrinkens auf den verschiedenen Sinnesebenen sowie um Beobachtungen, welche Aspekte hierbei wohltuend wirken. Das zweckgerichtete Denken tritt in den Hintergrund gegenüber dem, was auf der Erlebensebene erfahren und empfangen wird. So verstanden können auch alltäglich notwendige Verrichtungen als kleine »genussvolle« Zeiterlebnisse wahrgenommen werden, die zeitlich nicht zusätzlich eingeplant werden müssen: Das Ausräumen der Waschmaschine, das Putzen der Schuhe, das Leeren des Briefkastens, das Warten auf die U-Bahn, das Decken des

Abendbrotliches. Eine so geartete Hinwendung zur »Pflichterfüllung« birgt etwas Spielerisches und Müheloses in sich. Die dadurch entstandene Leichtigkeit kann Energie vermitteln und zu einer Veränderung der Haltung gegenüber ungeliebten alltäglichen Routinen führen, die eine neue Form der Lebensgestaltung eröffnen.



Wesentliches Ziel der Genuss Therapie ist es, ganz persönliche Lebenswerte zusammenzustellen, wiederzuentdecken und fein zu justieren.

So bewirken eine entsprechend stimmige Lebenshaltung und tragfähige übergeordnete Einstellungen eine individuell-ausgestaltete Lebensform. Dadurch wird der Blick weg von der zunächst zentralen Selbstwahrnehmung als »Mensch mit dieser oder jener Störung« auf gesunde Anteile gerichtet.

Es kommt zu einer Vervollständigung des Selbstbildes, das bisher auf eine schwerpunktmäßig pathologiezentrierte Selbstwahrnehmung eingegrenzt war. Die aktuell erlebte Ausweitung des Selbstbildes hinsichtlich positiver Potenziale ermöglicht nun auch eine andere Sicht auf das nach wie vor vorliegende Krankheitsgeschehen. Neben einer heilsamen Relativierung werden Energien frei, die eine Auseinandersetzung mit diesem eher belasteten Teil der eigenen Person ermöglicht, das Gesundheitsempfinden steigert und die Selbstwirksamkeit erhöht.

Das Ziel der Genuss Therapie ist erreicht, wenn es zu einer »Selbstbegegnung« kommt, die gesunde wie auch kranke Anteile umfasst. Damit wäre eine ganz wesentliche Voraussetzung für ein erfülltes Leben erreicht: Eine Stimmigkeit mit sich selbst, die immer wieder zu einer inneren Ruhe führt und die gleichzeitig eine Voraussetzung darstellt, anderen Menschen in ihrem spezifischen So-Sein wertschätzend zu begegnen.

1.3 Theoretische Kontexte

1.3.1 Philosophische Querverbindungen

Die zentrale Frage der Philosophie ist die Frage nach dem »richtigen Leben«, d. h. wie führe ich ein gutes, ein ausgewogenes Leben, ein Leben im rechten Maß, ohne Beunruhigung und in einem Zustand glücklicher und heiterer Gelassenheit?

Eine Antwort gibt uns Sokrates: »Das beste aller Besitztümer ist die Muße.« Oder genauer Aristoteles: »Die Muße dagegen scheint Lust, wahres Glück und seliges Leben in sich selbst zu tragen. Wer arbeitet, arbeitet für ein Ziel, das er noch nicht erreicht hat, das wahre Glück aber ist selbst Ziel und bringt nicht Schmerz, sondern Lust.« Das griechische Wort für Muße lautet »scholé«. Es lässt sich etymologisch auf die Bedeutung »innehalten« zurückführen. Muße bedeutet also eine Zeit des Innehaltens und Verweilens bei sich selbst. Und dabei spielt die Gabe des »intuitiven Schauens«, die mehr mit

Empfangen als mit Tätigkeit zu tun hat, eine wesentliche Rolle, und der »heitere Genuss« wurde ausdrücklich zu dem gerechnet, was das Leben lebenswert macht.

Demokrit: »Denn den Menschen wird Wohlgefühtheit zuteil durch Mäßigung der Lust und des Lebens rechtes Maß. Mangel und Überfluss dagegen pflegt umzuschlagen und große Bewegungen in der Seele zu verursachen. Die in großem Pendelschlag sich bewegenden Seelen sind weder wohlbeständig noch wohlgefühmt. Auf das Mögliche muss man also den Sinn richten und sich mit dem Vorhandenen begnügen. Überschreitet man das richtige Maß, so kann das Angenehmste zum Unangenehmsten werden.«

Epikur. Er weist auf den Zusammenhang zwischen dem »richtigen« und dem »lustvollen« Leben hin: Die angenehme Empfindung, die Lust (hedone) ist das Kriterium der Glückseligkeit (eudaimonia) und wird nicht um ihrer selbst willen angestrebt, sondern weil sie die Seelenruhe (ataraxia) vermittelt. Sie ist Anfang und Ende des glückseligen Lebens, weil sie als Erstrebenswertes uns angeboren und unserer Natur entsprechend ist. Sie liefert so eine Richtschnur, ein Kriterium unseres Handelns, ohne dabei schon ein bestimmtes Handeln zu diktieren. Die Grenzen der Lust müssen wir mit Überlegung bestimmen. Maßhalten. Genügsamkeit. Einfache Mahlzeiten. Das der menschlichen Anlage entsprechende Recht ist ein Abkommen mit Rücksicht auf den Nutzen, einander nicht zu schädigen und sich nicht schädigen zu lassen. Es ist nicht möglich, lustvoll zu leben, ohne einsichtsvoll, vollkommen und gerecht zu leben. Denn die Tugenden sind ursprünglich verwachsen mit dem lustvollen Leben und das lustvolle Leben ist von ihnen untrennbar (vgl. Schupp, 2003).

Die Seelenruhe besteht darin, von mythologischen Vorstellungen losgelöst zu sein und eine beständige Erinnerung zu bewahren an die allumfassenden und entscheidenden Naturgesetze.

Fernöstliche Weisheiten. Aktuell populäre kontemplative Techniken des Ostens versprechen dem Menschen des Westens die Muße zurückzugeben, die sich mit Seelenfrieden, Einklang mit sich selbst, innerer Stille beschreiben lässt: »Hast Du einen Tag lang Muße, bist Du einen Tag lang Gott!« (Chinesisches Sprichwort).

Diese Philosophie spiegelt sich im »Gerüst« der Genusstherapie, den Genussregeln wider.

1.3.2 Gesundheitskonzepte

Modelle von Krankheit finden sich in der wissenschaftlichen Literatur sehr viel häufiger als Modelle von Gesundheit. Das hängt auch damit zusammen, dass in der BRD gemäß Sozialgesetzbuch (SGB 5) das Vorliegen einer »Krankheit«, darunter wird ein »regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand« verstanden, aus juristischer Sicht zu einer Krankenversicherungsleistung berechtigt. Vor diesem Hintergrund erhält die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Phänomen »Krankheit« eine wichtige ökonomische Bedeutung.

Es gibt viele, jedoch keine eindeutigen Definitionen des Zustandes »krank« bzw. »gesund«. Zur Beschreibung von Krankheit wurden Klassifikationssysteme entwickelt, die jedoch nicht »Krankheit an sich« definieren.

Ein entsprechendes Klassifikationssystem für »Gesundheit« gibt es im Gegensatz dazu nicht, auch ist eine explizite »Gesundschreibung« nicht vorgesehen: Man ist lediglich »nicht mehr krank«. Die wenigen Taxonomien, die zum Thema Gesundheit vorliegen, beziehen sich schwerpunktmäßig auf gesund erhaltende Arbeits- und Ernährungsbedingungen. Ganz allgemein wird Gesundheit als Störungsfreiheit bzw. als Abwesenheit von Krankheit beschrieben.

Die WHO definiert 1946: Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.

Zwar wird darin der Begriff Gesundheit hervorgehoben, aber es geht hier auch um Abwesenheit von Krankheit. Außerdem wird nicht ausgeführt, was unter Gesundheit bzw. Wohlergehen im Speziellen verstanden wird. Eine solche Sichtweise lässt sich wie folgt abbilden:



Abbildung 1.1 Distinktes/dichotomes Modell, bzw. Bio-medizinisches Modell (WHO, 1946; modifiziert nach Hurrelmann & Razum, 2016)

Die Modelle folgen dem traditionellen medizinischen Denkansatz. Sie definieren Gesundheit und Krankheit als zwei voneinander unabhängige Zustände, die sich gegenseitig ausschließen und nicht gleichzeitig vorhanden sein können. Eine Person ist entweder gesund oder krank. Sie stellen die Erkrankung in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und haben sich vor allem bei umschriebenen Krankheitsbildern wie z. B. Infektionskrankheiten bewährt. Der Patient ist der »Krankheitsträger«. Sie implizieren die Grundannahme, dass ein kranker Mensch automatisch zu einem gesunden wird, wenn die Krankheit behoben ist. Für das Verständnis psychischer Erkrankungen sind sie weniger hilfreich. In diesem Modell hat die Genusstherapie allenfalls einen Krankheit reduzierenden Effekt. Ihr eigentliches Anliegen, unabhängig von einer vorliegenden Erkrankung auf direktem Weg Gesundheit aufzubauen, kann hier nicht zum Tragen kommen.

In einem weiteren Modell werden Krankheit und Gesundheit als Gegenpole auf einem Kontinuum verstanden:



Abbildung 1.2 Menninger, 1968; Antonowsky, 1979

In diesem Modell sind Menschen nicht entweder krank oder gesund, sondern mehr oder weniger krank bzw. gesund. Ein solches Verständnis von Krankheit und Gesundheit impliziert, dass eine Reduzierung von Pathologie zwangsläufig zu mehr Gesundheit führt: Je weniger krank, umso gesünder.

Dann darf der Genusstherapeut aber den Umkehrschluss aufstellen: Je gesünder, umso weniger krank! Gelingt es also im Rahmen der Genusstherapie, Patienten häufiger, ausgedehnter und intensiver an positives, störungsfreies Erleben und Handeln heranzuführen, werden sie umso gesünder und damit weniger krank sein.

Die Genusstherapie basiert auf einem »Orthogonalen Modell«, in dem die Ausschließlichkeit der beiden Zustände »gesund« und »krank« zugunsten einer voneinander unabhängigen Betrachtungsweise aufgehoben ist:

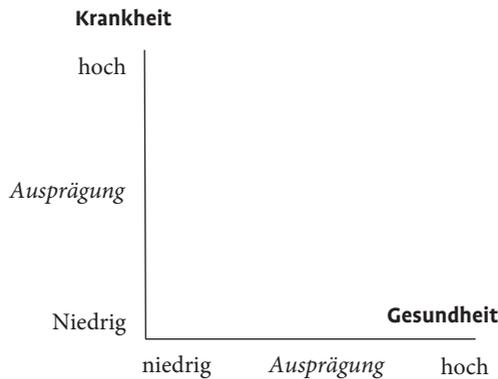


Abbildung 1.3 modifiziert nach Lutz, 1990; Reuter-Humbert, 1998

Das bedeutet: Ein Mensch kann sowohl bzw. gleichzeitig krank und gesund sein. Entsprechend dem individuellen Ausmaß von Gesundheit und Krankheit kann dieser »Zustand« auf einem Punkt in einem Koordinatenkreuz verortet werden. In diesem Modell können viele Fragestellungen aus der psychotherapeutischen Praxis abgebildet werden, denn selbst beim Vorliegen einer überdauernden psychischen Grunderkrankung, bei chronischen oder organmedizinisch »unheilbaren« Krankheitsbildern kann daran gearbeitet werden, ein größeres Ausmaß an Gesundheit zu erreichen. Und dies, obgleich sich an der »Krankheit« nichts geändert hat. Patienten beispielsweise, die unter Morbus Crohn, Diabetes, Tinnitus, einem chronischen Schmerzsyndrom, einer psychiatrischen Erkrankung oder einer kompensierten Suchterkrankung leiden, kön-

nen unabhängig davon eine gute Lebensqualität erreichen. Dieses Modell wurde später hinsichtlich der Parameter »gesund erhaltende Faktoren« (vertikale Achse) und »krankmachende Faktoren« (horizontale Achse) nochmals mit einer anderen thematischen Schwerpunktsetzung modifiziert (Lutz & Mark, 1995). Eine Definition von Gesundheit, die nicht in einer Relation zur Krankheit steht, wird formuliert in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.

Definition

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986)

Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.

Hier werden – neben den Hinweisen zu gesellschaftspolitischen Verantwortlichkeiten – ganz wesentliche Aspekte angesprochen, die auch für die Genuss-therapie von Bedeutung sind: Alltägliche Umgebung, spielen, lernen, arbeiten, lieben, Selbstwirksamkeit, etc.

Homöostasemodell. In diesem Modell wird Gesundheit als Gleichgewichtszustand bzw. Homöostase beschrieben: Eine Person ist dann als gesund anzusehen, wenn sie sich in einem ausbalancierten Zustand befindet und – wenn dieser ins Wanken geraten ist – rasch wieder zu einer Ausgewogenheit zurückfindet. Hurrelmann und Razum (2016) verstehen unter Gesundheit ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut infrage steht.

Heterostasemodell. Gesundheit wird hier als Flexibilität/Heterostase verstanden. Krankheiten und die Auseinandersetzung damit werden als integraler Bestandteil des Lebens angesehen. Sie erscheinen sogar notwendig um – wie in der Genuss-therapie – im »Lebensfluss« zu bleiben und Stagnation und Erstarrung entgegenzuwirken. Letztere gelten als ungesund. Ein prominentes Beispiel für ein Heterostasemodell ist das der Salutogenese, auf das im Folgenden ausführlicher eingegangen wird.

Das Modell der Salutogenese

Nach Antonovskys Modell der Salutogenese sind Gesundheit und Krankheit Pole auf einem Kontinuum. Er spricht in diesem Zusammenhang von einem »HEDE-Kontinuum« (Endpunkte des Kontinuums: »health-ease« und »dis-ease«). Er postuliert weiterhin, dass Erkrankungen nicht Abweichungen von einem normalen, gesunden Zustand sind, sondern dass sie der menschlichen Existenz inhärent sind und Normalität repräsentieren. Dieses Postulat bezeichnet er mit dem Begriff der Heterostase. Er grenzt sich damit vom pathogenetischen biomedizinischen Modell ab, nach dem sich

Menschen in der Regel im Gleichgewicht (Homöostase) befinden und nur durch unglückliche Umstände in einen Krankheitszustand geraten. Im salutogenetischen Modell wird Krankheit nicht als isoliertes Ereignis, sondern als Prozess verstanden, bei dem sich der betroffene Mensch vom gesunden Pol entfernt. Die salutogenetische Forschung befasst sich nun vor allem damit, Faktoren aufzufinden, die dazu beitragen, dass eine Bewegung hin zum gesunden Pol gelingt. Diese werden unter dem Begriff »Generalisierte Widerstandsressourcen« zusammengefasst: »Sie bedingen, inwieweit Menschen der Dauerkonfrontation mit Stressoren gewachsen sind, entweder dadurch, dass sie konstruktiv mit ihnen umgehen oder dadurch, dass sie sie vermeiden.« (vgl. Franke, 2016, S.180). Je mehr einer Person Widerstandsressourcen zur Verfügung stehen, umso mehr verfügt sie über die Überzeugung, Zusammenhänge zu begreifen und Einfluss nehmen zu können. Diese Einstellung – sie umfasst konkret die Aspekte Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit – wird Kohärenzgefühl genannt und ist eine Voraussetzung für ein Gefühl des Vertrauens und der Selbstwirksamkeit. Die Genusstherapie baut so verstanden Widerstandsressourcen auf.

Ressourcenorientierte Erweiterung des Salutogenesemodells

Das Salutogenesemodell hat zwar die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit zum Thema, es bleibt jedoch problem- und anforderungsorientiert. Franke (2016, S.169) stellt hierzu fest: »Personen bewegen sich durch optimales Bewältigen von Anforderungen auf den positiven Pol des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums zu. Faktoren, die ohne den »Umweg« über gelungene Bewältigung unmittelbar Gesundheit fördern, werden zwar postuliert ...«, ein direkter Aufbau gesunden Verhaltens spielt in der Konzeptentwicklung jedoch keine Rolle. Franke schlägt deshalb eine ressourcenorientierte Erweiterung des Salutogenese-Modells vor, das auch Faktoren einschließt, die sich direkt gesundheitsfördernd auswirken. In diesem Zusammenhang hat sie die Förderung euthymen Erlebens und Verhaltens durch die Genusstherapie als gesundheitsfördernde Ressource untersucht. Sie konstatiert, dass die Fähigkeit zu genießen ebenso wie Humor, Optimismus und die Fähigkeit zu verzeihen (vgl. auch Kämmerer, 2016) als Variablen angesehen werden können, für die als belegt gelten kann, dass sie nicht nur Adaptation an Stress erleichtern, sondern aktiv zu einem größeren Ausmaß an Gesundheit beitragen.

1.4 Überschneidungen mit anderen salutogenetisch-orientierten Theorien

Die Genusstherapie als gesundheitsförderndes Therapieverfahren überschneidet sich mit einer Reihe von salutogenetisch orientierten Theorien und Behandlungskonzepten.

Aus diesem Grund wird auf die folgenden Konzepte und Therapien genauer eingegangen:

- ▶ Resilienz
- ▶ Positive Psychologie
- ▶ Ressourcen
- ▶ Achtsamkeit und Mindfulness
- ▶ Neurowissenschaften

1.4.1 Resilienz

In den 1970er Jahren hat sich in der Gesundheitsforschung ein weiterer Forschungsschwerpunkt etabliert: das Resilienzkonzept. Orientiert an lateinisch *resilere* = abprallen, wird darunter »Widerstandsfähigkeit« verstanden. Im Englischen hat *resilience* darüber hinaus noch die Bedeutung von Spannkraft und Elastizität, was neben der »Abwehr« von schädigenden Einflüssen auch die Möglichkeit der Anpassung und eines bewältigenden Umgangs andeutet. Deshalb wurde der Begriff zunächst in den Materialwissenschaften benutzt, wo er »die Fähigkeit eines Materials bezeichnet, seine ursprüngliche Form wieder einzunehmen, nachdem es gequetscht, zusammengedrückt, gedehnt oder gezerrt wurde« (Franke, 2016, S.185). Die Resilienz ist umso höher, je schneller und je vollständiger der Rückwandlungsprozess verläuft. Da Resilienz »in den vergangenen zwei Jahrzehnten auch zu einem Modewort« geworden ist, »das auch in der nicht-wissenschaftlichen Literatur vielfach aufgegriffen wurde« (vgl. BZGA, 2012), wird darunter inhaltlich ein weites Spektrum an psychischer Widerstandsfähigkeit verstanden. Im Bereich der Gesundheitsforschung stellt die Resilienzforschung ein Pendant zur Risikofaktorenforschung dar: »Während Risikofaktorenmodelle die Faktoren untersuchen, die das Risiko für bestimmte Erkrankungen erhöhen, untersucht die Resilienzforschung, welche Faktoren geeignet sind, angesichts zahlreicher real existierender Risikofaktoren, keine Störung zu entwickeln« (Franke, 2016, S. 186). Dabei handelt es sich um ein multifaktorielles Konzept, ein Mehrebenenmodell. Nach Rönna-Böse und Fröhlich-Gildhoff (2015) spielen sowohl psychosoziale Aspekte als auch neurobiologische und Gen- bzw. Umweltinteraktionen eine Rolle. Über eine genaue Begriffsdefinition wird diskutiert, seit Resilienz in der Wissenschaft thematisiert wird – und dieser Diskurs hält noch an.

Resilienz wurde zunächst unter dem Aspekt erforscht, Merkmale für eine gute und förderliche Erziehung zu identifizieren. Maßgebliche Impulse gingen dabei von der sogenannten »Kauai-Studie« aus (Werner & Smith, 1982, 1992). Dabei wurde über 40 Jahre hinweg der gesamte Geburtsjahrgang 1955 auf der Insel Kauai (Hawaii) erfasst. Bei Kindern, die aus zerrütteten Familien stammten, wurden resiliente und nichtresiliente Lebensläufe verglichen. Es zeigte sich, dass nicht nur Risiken, die im personalen, familiären und sozialen Bereich auftraten, wesentliche Wirkfaktoren waren, sondern auch die Fähigkeit zur positiven Bewältigung von Risikofolgen.

In den 1990er Jahren rückten dann Überlegungen zu Präventivmaßnahmen und zur Förderung von Schutzmaßnahmen in den Fokus. Nachdem ursprünglich davon ausgegangen worden war, Resilienz sei eine stabile Eigenschaft und ein Mensch mit

einer resilienten Entwicklung sei »invulnerabel«, wurde diese Annahme dahin gehend revidiert, dass es sich bei Resilienz um einen dynamischen Anpassungs- und lebenslangen Entwicklungsprozess handelt (vgl. Rönna-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2015, S.16).

Vor diesem Hintergrund wurde versucht, auch für Erwachsene gesundheitserhaltende Resilienz- und Schutzfaktoren zu identifizieren. Aus zahlreichen Studien, die sich auf eine Altersspanne von 18 bis 70 Jahren bezogen, konnten mehr oder weniger identische Schutzfaktoren extrahiert werden (vgl. BGZA, 2012, S.45): Es handelt sich dabei um positive Emotionen, Optimismus, Hoffnung, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugung, Kohärenzgefühl, Hardiness, Religiosität und Spiritualität, Coping sowie um die psychosoziale Unterstützung.

Insbesondere zum Faktor »Psychosoziale Unterstützung« wird festgestellt, dass er einen hohen Zusammenhang mit Berufserfolg, erfüllenden sozialen Beziehungen, einer besseren psychischen und körperlichen Konstitution sowie einem hohen Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen und Selbsteffizienz aufweist. Hervorgehoben wird, dass die Regelmäßigkeit des positiven Erlebens gegenüber der Intensität der ausschlaggebende Faktor ist (vgl. Lyubomirsky u. a., 2005 zitiert in BGZA 2012, S.45).

1.4.2 Positive Psychologie

Die Positive Psychologie ist weder ein Fachgebiet noch eine eigenständige Theorie oder Forschungsmethode. Sie ist vielmehr als Oberbegriff zu verstehen, der bisher isolierte Theorien und Befunde zusammenfasst und integriert.

Seligman, der im Bereich der Depressionsforschung bzw. mit dem Ätiologiekonzept der »Erlernen Hilfllosigkeit« bekannt geworden ist, hat die Positive Psychologie in den Fokus des Forschungsinteresses gerückt (Seligman, 1998). Dieser neue, vergleichsweise junge Forschungszweig, hat sich die Erforschung positiver Emotionen zum Ziel gesetzt und geht der Frage nach: »Was macht das Leben lebenswert«. Er steht damit im Gegensatz zu den seither verbreiteten Forschungsschwerpunkten, die sich mit defizitärem und/oder pathologischem Verhalten befassen haben.

Übergeordnetes Ziel der Positiven Psychologie ist die Vermehrung des Positiven im menschlichen Leben unter psychologischen Gesichtspunkten. Dieses Ziel kann über verschiedene Strategien erreicht werden (vgl. Auhagen, 2008, S.3).

- (1) **Vermehrung:** Förderung bereits vorhandener positiver Aspekte und Qualitäten, wie etwa menschliche Stärken, Fähigkeiten, Tugenden oder Ressourcen.
- (2) **Schaffung:** Entwicklung neuer positiver Aspekte und Qualitäten, z. B. indem man für bessere Lebensbedingungen sorgt.
- (3) **Minderung:** Verminderung des sogenannten Negativen, z. B. indem man jemandem hilft, die positiven Aspekte einer von ihm als negativ erlebten Situation zu erkennen.
- (4) **Verhinderung:** Man bemüht sich darum, nichts Neues entstehen zu lassen, das als negativ bewertet wird, z. B., indem man Erkrankungen vorbeugt.