

Vorsicht, *positiv*!

BARBARA DOSS

Positives bedeutet nicht *zwangsläufig* Gutes.

Denken wir beispielsweise an positive Testresultate für Krankheiten, so würden wir uns wahrscheinlich Negatives wünschen.

„Man muss bis zum Schluss positiv bleiben“, sagen mir immer wieder sterbensnahe Patient:innen, die ich als Therapeutin auf der Palliative Care betreuen darf.

Ein hoher Anspruch, wie ich meine, der sehr viel Mut, Kraft und Disziplin verlangt. „Wir sind für Sie da – auch wenn Ihnen das Positive ausgeht“, versichere ich den Patient:innen manchmal als Antwort.

Sehr im Gegensatz zur Tradition des *Positivismus* möchte im folgenden Artikel den Versuch unternehmen, das *Positive* in sechs Aspekten dialektisch auszuloten.

1. Gesundheit positiv definieren

Was das Thema Gesundheit betrifft, so warnte Antonovsky davor, Gesundheit positiv zu definieren: „Ärzte in Nazideutschland, China, Rumänien, der Sowjetunion, Chile und Südafrika“ hätten „Menschen im Namen der Gesundheit unsägliche Qualen zugefügt. [...] Alle Versuche, Gesundheit zu definieren, werfen [...] unweigerlich die Gefahr auf, eigene Werte bzw. die Werte der Mächtigen, die Werte derer, die die Definitionsmacht innehaben, als gesund auszugeben.“ (Antonovsky, 1997, S. 188)

Aus einer Experimentierlaune heraus beauftragte ich das KI-Tool ChatGPT¹, mir ein Bild von ‚positiver Gesundheit‘ zu zeichnen.

¹ ChatGPT ist eine leistungsstarke künstliche Intelligenz, die dafür trainiert wurde, menschliche Konversationen zu simulieren. Aufgrund seines maschinellen Lernens und seiner neuronalen Netze ist ChatGPT aufgrund einer Unzahl von eingespielten („Trainings“-) Daten in der Lage, auf eine Vielzahl von Themen und Fragen zu antworten. Es kann jedoch Fehler enthalten; wobei das sog. „Halluzinieren“ eines der größten Probleme darstellt. Das bedeutet, ChatGPT ist dazu in der Lage, Aussagen zu erfinden, ohne dabei anzugeben, dass es sich um inkorrekte, unechte oder unvollständige, kurz: erfundene Informationen handelt (vgl. <https://www.moin.ai/chatbot-lexikon/chatgpt-chatbot/>; Zugriff am 30.4.2025)

Ich erhielt folgende Ergebnisse:

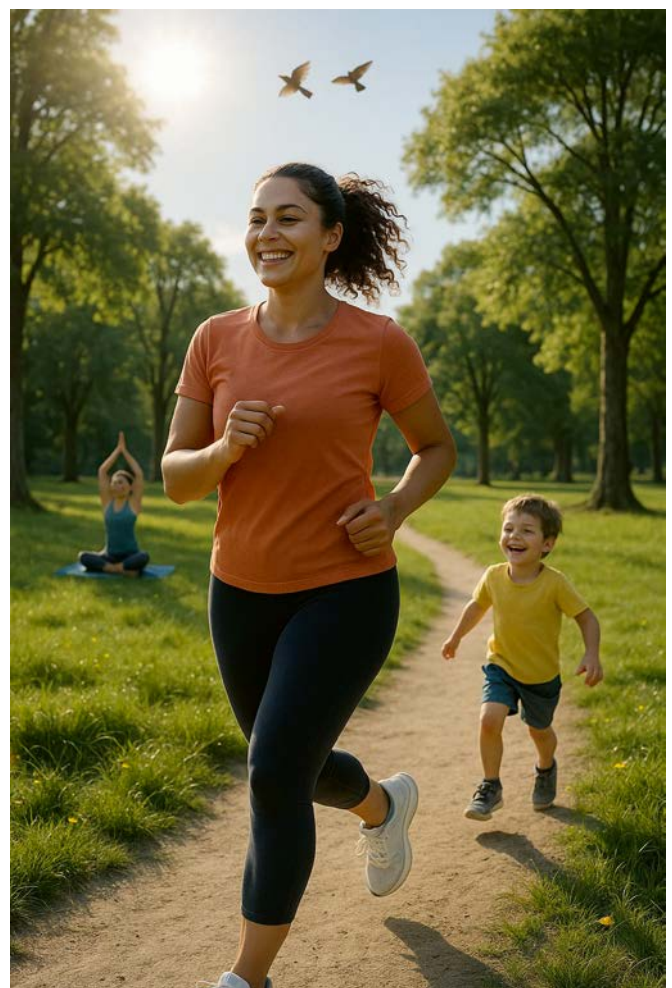


Abbildung 1: „Erstelle ein Bild zum Begriff „positive Gesundheit“ in ChatGPT – auf dem PC



Abbildung 2: „Erstelle ein Bild zum Begriff „positive Gesundheit“ in ChatGPT – auf dem Smartphone

Zur Erinnerung: ChatGPT erstellt diese Bilder auf Basis jener Informationen, die das Tool aus seinen eingespielten Trainingsdaten heraus mit dem Begriff ‚positive Gesundheit‘ verbindet.

Fragt man nach einer schriftlichen Deutung des Begriffs, wird sofort auf das Konzept ‚Positive Health‘ und auf Machteld Huber verwiesen. Man kann daher von einer sehr großen Anzahl von web-Einträgen des Positive Health – Konzepts ausgehen.

Sie als Leser/in sind herzlich eingeladen, die beiden Bilder selbst zu interpretieren.

Was mir auffällt, ist, dass das KI-Tool offenbar Gesundheit mit Frauen verbindet.

Ernährung und Bewegung scheinen ebenfalls sehr dominant in den Daten vertreten zu sein. Yoga wird im Hintergrund ebenso abgebildet wie ein lachendes, laufendes Kind. Die beiden Tauben am Himmel wurden möglicherweise mit Daten bezüglich Liebe generiert.

Augenscheinlich wurde hier Gesundheit positiv definiert. Es wird offenbar als Ergebnis einer Lebensweise inszeniert; ein Idyll, dem Antonovsky insofern widerspricht, als dass er Gesundheit als Prozess und nicht als ‚Ergebnis‘ sieht; darüber hinaus denke ich an Dubos, der Gesundheit gar als „Fata Morgana“ bezeichnete (Dubos, 1960).

Während das erste KI-Bild mit dem weißen Kreuz offenbar noch einen symbolischen Bezug zur Medizin erstellt, zeichnet das zweite Bild, in warmes Sonnenlicht getaucht, Gesundheit als Idylle, als Wunschzustand, vielleicht auch als Sehnsuchtsort.

Zurück in der Realität wird positive Gesundheit unter Umständen jedoch mit einem Leistungsprinzip verbunden: *Was tust du für deine Gesundheit?* Insbesondere in social media wird Gesundheit

häufig mit Fitness und Selbstoptimierung verknüpft. Abweichungen vom Ideal, Krankheit, Nicht-Fitness würden oft als Verfehlung („selbst schuld“) dargestellt und leider auch so empfunden, erzählen mir junge Schüler:innen, auf die dieser Anspruch verständlicherweise sehr viel Druck ausübt².

Der Journalist M. M. Becker (2014) kritisiert auf gesellschaftlich-politischer Ebene, dass mit „Fettsteuern“, verpflichtenden Vorsorgeuntersuchungen sowie Rauch- und Alkoholverboten, ein „Feldzug gegen Krankheit“ geführt werde. Eine „präventive Wende“ habe eingesetzt, die jedoch „irreführend“ sei und falsche Hoffnungen wecke, denn „den größten Einfluss auf Krankheit und Gesundheit“ übten „die Lebensverhältnisse und die gesellschaftliche Ungleichheit“ aus, so sein Argument. „Armut“ mache krank, von der individuellen Prävention profitierten „nur die oberen Schichten“. Überspitzte Argumente wie diese sind vermutlich der populärwissenschaftlichen Sprache geschuldet, denen teilweise widersprochen werden müsste. Doch er hat einen Punkt: Wird Gesundheit als Leistung verlangt, und gilt Krankheit dementsprechend als verfehlte ‚Eigenleistung‘, bekommt das Streben nach ‚positiver‘ Gesundheit einen negativen Beigeschmack.

Es ist also darauf zu achten, was das im vorliegenden Heft ausführlich thematisierte Konzept „Positive Health“ meint: (neoliberalistisch) geprägte Selbstoptimierung oder eine als ‚positiv‘ erlebte (oder erwünschte) Gesundheit nach individuell formulierten Kriterien? Ottomar Bahrs und Angela Smith machten bereits in der letzten Ausgabe von „Der Mensch“ aufmerksam: „Positive Gesundheit meint dabei nicht ein konkretes Ausmalen für alle zu erreichender Normwerte, sondern das Ernstnehmen der je individuellen Ausformung von Werten angesichts konkreter Risiko-Ressourcen-Konstellationen.“ (Bahrs, Smith, 2024, S. 88)

Die zentrale Frage im Konzept der „Positive Health“ ist: „Was bringt Deine Augen zum Leuchten?“ Es wird dabei auf Lebensziele, nicht auf Fitness fokussiert; auf Authentizität statt Selbstoptimierung.

Es bleibt zu hoffen, dass diese Ausrichtung mit zunehmender Verwendung und Weiterentwicklung des Konzepts auch künftig als Basis erhalten werden kann.

2. Die „positive“ Salutogenese

Auch die Salutogenese selbst läuft Gefahr, (ausschließlich) positiv definiert zu werden. In meiner qualitativen Untersuchung 2019 befragte ich verschiedene in der Psychiatrie tätige Professionen (Therapeut:innen, Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen), wie sie das Modell der Salutogenese verstehen und definieren (vgl. Doss, 2019). Es stellte sich heraus, dass die Ressourcenorientierung („der Fokus auf das Gute“) als zentrales Merkmal der Salutogenese ver-

² Am BORG Linz Honauerstraße, an dem ich unterrichten darf, wird alljährlich ein Kurs zum Thema Gesundheit angeboten, den interessierte Schüler:innen freiwillig besuchen und gestalten können. Im Rahmen dessen kommen Themen wie diese immer wieder zur Sprache.

standen wurde. Mehr noch: die Ressourcenorientierung wurde von den Therapeut:innen teilweise sogar gleichbedeutend mit dem Begriff Salutogenese verwendet.

In der Tat spricht Antonovsky von *Generalized Resistance Resources* als Faktoren, die das Hinbewegen in Richtung Gesundheit ermöglichen. Die Ressourcenorientierung kann also durchaus als wesentliches Element verstanden werden, ist jedoch ein *Teilaspekt* der noch größeren salutogenetischen Theorie.

Salutogenese wurde von den Therapeut:innen überwiegend als „*etwas Positives*“, teilweise sogar als „*das Positive*“ definiert. Pathogenese hingegen wurde als eine „*gefährliche Falle*“ bezeichnet, in die man im psychiatrischen Setting „*nicht tappen*“ dürfe.

Da Antonovsky stets die komplementäre Beziehung zwischen Salutogenese und Pathogenese betont hatte (Antonovsky, 1997, S. 30), kann diese Auffassung nicht bestätigt werden. Downe (2019, S. 208) warnt diesbezüglich gar vor einer „*Gefahr*“, Salutogenese als „*alles, was positiv ist*“, zu betrachten“.

Antonovsky selbst bezeichnete das salutogenetische Modell als „*pessimistisch*“, das jedoch uns dazu bringe, „*uns auf das umfassende Problem der aktiven Adaptation an eine unweigerlich mit Stressoren angefüllte Umgebung zu konzentrieren*“ (Antonovsky 1997, S. 27).

Kann man den Schluss daraus ziehen, man solle die ‚Zitronen des Lebens‘ akzeptieren, aber die sprichwörtliche ‚Limonade‘ daraus erzeugen?

3. Stets das Positive sehen – oder: muss aus jeder Zitrone Limonade werden?

„Denk positiv!“

„Kopf hoch!“

„Hinter jedem Problem versteckt sich eine Chance!“

„Sieh doch nicht immer das Negative!“

„Wer weiß, wozu es seinen Sinn hat!“

Gerade Letzteres kann man in Beziehung zu Antonovkys sense of coherence setzen, in dem bekanntermaßen die Sinnhaftigkeit eine der Säulen darstellt.

Man könnte folglich die provokante Frage stellen: Ist es denn *nicht* sinnvoll, in Antonovkys Stressoren des Lebens – Krankheit, Schicksalsschlägen, Unerwünschtem ... – Sinnhaftes und Positives zu sehen? (Die bekannte *Krankheit als Chance*?)

Meine Position dazu ist: Ja, *aber*. Wie so oft kommt es auf einen guten Zeitpunkt und die Tragfähigkeit der Beziehung zwischen den Kommunikationspartner:innen an.

Die Intention positiver Worte mag oft eine gute sein: Ermutigung, Motivation, Aufmunterung, Unterstützung, usw. Aber es sollte darauf geachtet werden, ob das Gegenüber diese Intention auch gerade erkennen und/oder annehmen kann. Möchte der andere zuerst noch anderes ausdrücken? Muss das Leid noch länger angesprochen (und gewürdigt) werden?

Darüber hinaus gibt es noch den Aspekt des ‚Aushaltens‘; ein beinahe geflügeltes Wort in der Palliative Care. Manches Unveränderliche oder momentan So-Seiende verlangt ein Aushalten. Nicht nur von der/ von dem Betroffenen, sondern auch von dem anwesenden Gegenüber. Wenn das Aushalten schwerfällt, oder zu wenig Ressourcen dafür vorhanden sind, können positive Worte auch „*sich selbst zuliebe*“ (Holtmeier, 2023, S. 47) ausgesprochen werden – um das Leid zu ‚verkürzen‘ – unter Umständen das eigene Mit-Leid.

Die sogenannte „*toxische Positivität*“, wie sie als moderner Begriff bezeichnet wird, vertritt den (absolutistischen) Standpunkt, dass eine optimistisch-positive Haltung die *einzig* zulässige und sinnvolle für die Lösung von Problemen ist. Dabei entsteht jedoch die problematische Situation, dass bestehenden negativen Gefühlen kein Platz eingeräumt wird; sie werden unterdrückt, geleugnet und verdrängt. Auf diese Weise erreichen toxisch positive Bemerkungen genau das Gegenteil dessen, was intendiert wurde: sie üben Druck aus. Es entstehen beim Gegenüber womöglich Gefühle wie Frust, das Gefühl nicht gesehen oder verstanden zu werden, und/oder den Anforderungen der Umwelt nicht zu genügen.

Genau genommen vertritt die toxische Positivität eine *negative* Haltung – nämlich belastenden Gefühlen gegenüber und dem Nichtannehmen des Gegenübers in seiner derzeitigen Befindlichkeit.

„Negative“ Gefühle, sprich negativ konnotierte Gefühle, sind tatsächlich *nicht* negativ. Wir Menschen müssen traurig, wütend, enttäuscht, verletzt, unmotiviert oder am Boden zerstört sein, da dies alles Teil des menschlich-emotionalen Spektrums ist; und wir sollen es auch sein *dürfen*.

4. Der positive Fokus in der therapeutischen Sprache

In der Musiktherapie ist der (musikalische) Ausdruck von Gefühlen eines der vielen wesentlichen Charakteristika. Gefühle werden nicht bewertet, sondern dürfen und sollen gleichwertig, von Musik und Klängen symbolisch ausgedrückt, ‚da sein‘.

Was die *verbale* therapeutische Arbeit betrifft, möchte ich zwei Aspekte ergänzen, dem Positiven gegenüber sensibel Vorsicht walten zu lassen:

- 1) Sind Krankheits- und Gesundheitsverständnis der Patient:innen pathogenetisch orientiert – wovon man insbesondere am Anfang des Prozesses tendenziell davon ausgehen muss –, oder auch die Erwartungen („*Sagen Sie mir, was ich tun soll, um wieder gesund zu werden*“), so ist es natürlich gut und wichtig, den Blick auch auf Ressourcen, Gesundes, Positives usw. zu lenken. Dies muss meines Erachtens jedoch im Gespräch *behutsam* und auf eine starke therapeutische Beziehung aufbauend geschehen. Schlichtweg ‚Fragen nach der Gesundheit‘ zu stellen, wäre nicht nur ‚nicht-salutogenetisch‘, sondern womöglich konfrontativ und nicht der Phase entsprechend, in der

der/die Patient/in sich befindet. Der/die Patient/in könnte sich nicht gesehen oder unverstanden fühlen. (Gleichzeitig wäre es wünschenswert, nicht nur das Defizitäre und/ oder Symptomatische z. B. in einem Anamnesegespräch zu erheben, da sich hier bereits Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Empowerment ergeben könnten.)

Es erscheint also von größter Wichtigkeit, Therapie stets als prozesshaft wahrzunehmen, und Übergänge von der Pathogenese zur Salutogenese therapeutisch behutsam und sensibel zu gestalten. Womöglich muss sich der/die salutogenetisch orientierte Therapeut:in eine ganze Weile der Krankheit und den Fragen nach den Symptomen widmen, bevor er/sie den Fokus in Richtung Gesundheit lenken kann.

- 2) Pathogenetische Merkmale sollen aber auch im Weiteren nicht ausgeblendet werden. Belastende Symptome, Probleme, Ängste sollen nicht einem "positiven Fokus" weichen müssen. Das „*namings of the patients problem*“ kann ein wesentliches und wichtiges Bedürfnis der Patient:innen darstellen: „*Deceptively simple at first glance, identifying and naming the scourge is an essential step in healing and identifies the healer as one with the power to establish order within the disordered context of sickness.*“ (Waldram 2000, S. 605)

5. Das Positive in der Krankheit sehen

Wie zuvor beschrieben, plädiere ich dafür, vorsichtig zu sein mit Aufforderungen, Negatives ‚positiv zu sehen‘. Die Sinnhaftigkeit in den Stressoren des Lebens zu erkennen, ist eine Leistung – tendenziell gegen Ende eines längeren Prozesses.

Gelingt es, eine solche Einsicht zu erreichen, droht jedoch neues Ungemach: Die Gefahr, die Situation *mit* der Krankheit allzu positiv (und zu lange!) positiv zu erleben.

Die Theorie vom sogenannten ‚Krankheitsgewinn‘³ geht auf Sigmund Freud zurück. Er unterschied zwischen drei Formen:

Beim *primären Krankheitsgewinn* erlangt eine von einer Erkrankung betroffene Person einen Nutzen aus der Krankheit. Dieser liegt vordergründig in der Vermeidung – die Krankheit ‚verhindert‘, sich unerwünschten oder schwierigen Situationen zu stellen.

Beim *sekundären Krankheitsgewinn* erlangt der/die Betroffene zusätzlich zu den bereits bestehenden Vorteilen Aufmerksamkeit und Mitgefühl seitens der ihn/sie umgebenden Mitmenschen. Empfindet die Person dieses Wohlwollen als sehr angenehm oder förderlich, kann es unter Umständen geschehen, dass der/diejenige (unbewusst oder bewusst) Versuche unternimmt, den Krankheitszustand hinauszuzögern, um diese Zuwendung weiterhin zu erfahren.

Insbesondere bei psychiatrischen Erkrankungen ist der sekundäre Krankheitsgewinn für die Therapie bedeutsam: Ein/e Patient/in, dessen/deren Krankheitsgewinn subjektiv die negativen Folgen der Symptomatik auf- oder überwiegt, zeigt oder bekommt unter Umständen Probleme, aktiv an der Krankheitsbewältigung mitzuwirken.

Beim *tertiären Krankheitsgewinn* stehen Gesundheitsberufe im Verdacht, Nutzen aus dem Gefühl, gebraucht zu werden, zu ziehen. Der beinahe zum Alltagsgebrauch gewordene Begriff des „*Helfersyndroms*“ (Schmidbauer, 2009) macht zwar einerseits auf ein Problem aufmerksam, wird aber andererseits den Motivationen und Antrieben von Menschen in ärztlichen, therapeutischen oder pflegenden Berufen häufig nicht gerecht.

Der Begriff des ‚sekundären Krankheitsgewinns‘ wird in letzter Zeit zunehmend durch den Begriff ‚Zielkonflikt‘ abgelöst. Damit wird deutlicher zum Ausdruck gebracht, dass sich betroffene Menschen in einem Annäherungs-Vermeidungs-Dilemma befinden: einerseits wird eine Symptombesserung angestrebt; auf der anderen Seite sind jedoch die psychosozialen Rahmenbedingungen so gestaltet, dass bestimmte Ziele oder Bedürfnisse nur bei ‚Aufrechterhaltung‘ der Symptomatik zu erreichen bzw. sicherzustellen sind.

Ich kann mich noch gut an eine Patientin mit chronischen Kopfschmerzen erinnern:

Als man diese nach vielen Versuchen und Rückschlägen medikamentös in den Griff bekommen hatte, war die Patientin niedergeschlagen.

Die Kopfschmerzen waren nämlich, wie sich herausstellte, die Legitimation dafür gewesen, am Nachmittag eine Ruhepause in einem Zimmer, nur für sich allein, einlegen zu können. Ihr Ehemann duldet keinen „*Müßiggang während des Tages*“. Nun, kopfschmerzfrei, war diese wertvolle Ressource für sie verlorengegangen.

Bahrs (2021, S. 83) weist zu Recht darauf hin, dass die Frage, ob etwas gesund oder krank sei, eine Frage der „*Auffassung*“ sei, die „*zwischenmenschlich verhandelt*“ und definiert wird. Nach seiner Einschätzung des genannten Beispiels ‚brauchte‘ die Patientin den Umweg über den Kopfschmerz, um sich der sie verohnmächtigenden Situation entziehen zu können. Die ‚Erkrankung‘ ist demzufolge eine ‚gesunde‘ Reaktion, weil sie vor schwerem Leid schützt. Umgekehrt heißt dies aber auch: die Ressource wird zum Risiko, wenn in ihr die Versprechung auf Veränderung der Situation nicht gesehen und angestrebt wird.

In Fällen wie diesen von einem Krankheits„gewinn“ zu sprechen, erscheint mehr als zynisch. Wer in der Versorgung von chronischen Schmerzpatient:innen arbeitet, weiß auch, dass A nicht immer zu B führt. Dass Krankheit ihren Sinn hat(te), kann oft ‚nur‘ rekonstruktiv erarbeitet werden.

³ <https://www.psychyrembel.de/krankheitsgewinn/K0C8R/doc/> [Zugriff am 29.4.2025]

Es wird jedenfalls der ambivalente Aspekt des Positivsehens von Krankheit deutlich: Einerseits ist es eine große Leistung, Leid anzuerkennen, damit umzugehen (das *coping* ist für Antonovsky „die wichtigste Konsequenz der salutogenetischen Orientierung“ – vgl. Antonovsky, 1997, S. 30) und einen Sinn daraus zu konstruieren zu können. In dieser erarbeiteten Sinnhaftigkeit zu bleiben, oder gar zu verharren, kann den erfreulichen Prozess wieder ins Gegenteil verkehren – die Krankheit wird ‚zu‘ sinnvoll bzw. ‚zu positiv‘.

6. Der positiv abweichende Fall

Aaron Antonovsky sprach sich gegen die „Alltagsvorstellung“ aus, „dass Gesundheit ein Normalzustand ist, und die Abweichung davon erklärt werden muss“ (Antonovsky 1991, S. 123). Er wünschte sich dieses Prinzip, wenn auch spiegelverkehrt, ebenso für die Forschung: „Nahezu jede Woche werde ich mit Schriften konfrontiert, bei denen ich denke: ‚Mein Gott, hätte der Autor doch nur salutogenetisch gedacht!‘“ (Antonovsky, 1997, S. 21) Er kritisierte, dass dem abweichenden Fall – dem *positiv* abweichenden Fall – zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Antonovkys Weg, der ihn zu seinem salutogenetischen Modell brachte, beruhte – nicht nur, aber doch – selbst auf einem ‚positiv abweichenden Fall‘.

„Bis weit in die 70er Jahre hinein“ tendierte Antonovsky noch dazu, „alle Stressoren als unheilvoll und pathogen anzusehen. Doch begann ich mich zu fragen: Was passiert wirklich bei der Konfrontation mit Stressoren?“ (Antonovsky 1991, S. 117)

Das erste deutliche Infragestellen dieser Herangehensweise erfolgte 1968, als er nach einem Vortrag vom britischen Epidemiologen Morris die Frage gestellt bekam, warum sich seine Stressoren-Theorie explizit auf koronare Herzerkrankungen bezog:

„Auf genau diese Frage mußte ich eine Antwort finden. Warum eigentlich sollte eine Summe von Stressoren oder vielmehr ungelöste Stressoren, die Streß erzeugen, einen Herzinfarkt oder irgendein anderes besonderes Krankheitsbild zur Folge haben?“ (Antonovsky 1991, S. 119)

Der zweite Auslöser für seine radikal neue Sichtweise stellte bekanntermaßen die Untersuchung über die Adaption von Frauen verschiedener ethnischer Gruppen in Israel an das Klimakterium dar.

Zur Erinnerung:

Eine dieser Gruppen bestand aus Frauen, die zwischen 1914 und 1923 in Mitteleuropa geboren worden waren und somit ein Aufenthalt in einem Konzentrationslager im Zweiten Weltkrieg in Betracht gezogen werden konnte.

Die Frage danach wurde, wie Antonovsky schreibt, eher unbewusst und am Rande gestellt. Sie sollte jedoch in der späteren Auswertung zu großer Aufmerksamkeit und Erstaunen führen: Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe wiesen 29% einer Gruppe von Überlebenden eines Konzentrationslagers eine „gute psychische

Gesundheit“ auf. „Die Daten zur physischen Gesundheit“ hätten „die selbe Geschichte erzählt“. (vgl. Antonovsky, 1997, S. 15)

Antonovskys Forschungswelt begann sich zu wenden: er erkannte, dass er „nicht recht interessiert an der Erforschung psychosozialer Faktoren (oder von Streß) bei Herzerkrankungen, Multipler Sklerose oder Krebs“ (Antonovsky 1991, S. 119) war, sondern er sich vielmehr die Frage stellte:

„War nicht viel auffälliger, wieviele Immigranten ihre Probleme erfolgreich bewältigten? [...] Durch irgendein Wunder hatten sie es geschafft, ihr Leben neu aufzubauen. Und so kam ich dazu, mich erneut und diesmal energischer zu fragen: Worauf ist dieses Wunder zurückzuführen?“ (Antonovsky 1991, S. 120)

Die Wende zu salutogenetischen Fragestellungen, sprich, die Frage nach Gesundheit und was sie fördert, vollzog sich bis an sein Lebensende.

Er entwickelte die Idee eines Kontinuums von Krankheit und Gesundheit („health-ease / dis-ease“), welches durch Coping, d. h. durch einen positiven Umgang mit Stressoren in Richtung Gesundheit beeinflusst werden könne:

„Das Geheimnis, auf das ich bei den gut adaptierten Überlebenden der Konzentrationslager gestoßen war, konnte nach meinem Dafürhalten auf alle Menschen angewendet werden. An diesem Punkt sah ich, daß die Arbeit meiner Kollegen in der Streßforschung durch eine pathogenetische Orientierung bestimmt war. Sie fragten: ‚Warum bekommen die Leute einen Herzanfall, Krebs, usw.?‘ Ich hatte mich früher gefragt: ‚Was macht die Leute krank?‘ Aber jetzt unternahm ich einen weiteren entscheidenden Schritt; es ging nicht nur darum, die Frage einfach umzudrehen: ‚Was macht die Leute gesund?‘, sondern ich schlug vielmehr vor zu fragen: ‚Was rückt die Leute in Richtung auf das gesunde Ende des health-ease/dis-ease-Kontinuums?‘“ (Antonovsky 1991, S. 122)

Fazit:

Ich habe im vorliegenden Text den Versuch unternommen, ‚das‘ Positive aus verschiedenen Blickwinkeln zu beleuchten. Wir verbinden alltagssprachlich zwar das ‚Positive‘ mit Erfreulichem, Bestätigendem – es gibt jedoch Umstände, die die positive Wirkung ins Gegenteil verkehren. Ein Bild aus der Physik lässt mich schmunzeln: wirkt ein Atom nach außen hin positiv, hat es eigentlich einen Mangel. (Es fehlt ihm an Elektronen).

Mir geht es um die hermeneutische Gleichzeitigkeit von positiv und negativ, und darum, beidem Aufmerksamkeit zu schenken. Die Salutogenese hat die Ressourcen, das Adaptionsvermögen jedes Einzelnen, das Gelingende, das symbolische „Trotzdem“ u.v.m. im Fokus, was einen wichtigen, komplementären Blickwinkel zur oft vorherrschenden Pathogenese beisteuert. Schließe ich jedoch das Fehlende, das Erwünschte, Ersehnte oder auch das Nicht-Positive gedanklich und sprachlich aus, kann dies, wie im Artikel beschrieben, ebenso zu Schwierigkeiten führen.

Die Salutogenese war und wurde von Beginn an integrativ konzipiert und würdigt sowohl den pathogenetischen als auch salutogenetischen Blick.

Panta rhei (πάντα ῥεῖ), das Bild des stetigen Wandels, Bewegen und Fließen, das auf den Philosophen Heraklit zurückgeht, kommt mir an dieser Stelle in den Sinn und entspricht Antonovkys Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Negatives und Positives sind stets vorhanden und dürfen/sollen benannt werden, Ressourcen existieren zeitgleich ebenso wie Defizite:

„Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund.“ (Antonovsky, 1997, S. 23)

Literaturverweis:

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: Dgvt.
- Antonovsky, A. (1991): Meine Odyssee als Streßforscher. In: Hochschule Fulda (Hg.): Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften: Argument (Rationierung der Medizin, AS 193), S. 112–130.
- Bahrs, O., Smith, A. (2024): Positive Health – Ein disziplinübergreifender Ansatz zur Förderung von Gesundheit. In: Der Mensch 64/65 3-4
- Becker, M. M. (2014): Mythos Vorbeugung. Warum Gesundheit sich nicht verordnen lässt und Ungleichheit krank macht
Wien: Promedia
- Bahrs (2021): Gesundheitsbildung als sozialer Prozess: Das Konzept der Salutogenese. In: Berufsverband Unabhängiger Gesundheitswissenschaftlicher Yoga-Lehrer der Bugy (Hrsg.): Hatha-Yoga pro Gesundheit. Selbstwirksamkeit stärken, Wohlbefinden fördern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Doss, B. (2019): Warum wollen Sie gesund werden? Salutogenese im psychiatrischen Kontext. In: *Der Mensch* 59 2
- Downe, S. (2019). Die Zukunft gebären: Salutogenese in Mutterschaft und früher Kindheit. In Magistretti, C. (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen*. Bern: Hogrefe
- Dubos, R. J. (1960): Mirage of Health: Utopias, Progress and Biological Change (World Perspectives). London: Allen & Unwin
- Holtmeier, L. (2023): Nicht aus jeder Zitrone muss Limonade werden! – Toxische Positivität. Stuttgart: Thieme
- Schmidbauer, W. (2009): Das Helfersyndrom. Hilfe für Helfer. Hamburg: Rowohlt
- Waldram, J. B. (2000): The Efficacy of Traditional Medicine: Current Theoretical and Methodological Issues. In: *Medical Anthropology Quarterly* 14 (4), S. 603–625.

Barbara Doss

studierte Soziologie, Gesang, Gesangspädagogik und Musiktherapie und arbeitet als Musiktherapeutin in der Palliative Care, als Sängerin sowie als Gesangslehrerin in Linz (Oberösterreich). Die Frage nach der salutogenetischen Ausrichtung von (Musik-)Therapie brachte sie zum Dachverband Salutogenese, in dem sie sich seitdem sehr gerne engagiert.



Quelle: Autorin