

*„Niemand ist so reich, dass er nichts von anderen brauchen,
und niemand ist so arm, dass er nichts geben könnte.“*

Adalberto Barreto

Inhalt

	<i>Seite</i>
• Geschichte der SG, psychisches Armutssyndrom.....	2
• Fotos Barreto / SG Brasilien	3
• Übergeordnete Ziele der SG.....	4
• Konkrete Ziele einer SG-Sitzung	6
• Detaillierte Struktur SG	7
• Übersicht Struktur SG.....	14
• Die Muschel und die Perle	15
• Salutogenese nach Aaron Antonovsky.....	16
• Innere Haltung der Moderatorin/des Moderators	19
• Fragebogen zu Selbstevaluation	21
• Statistischer Fragebogen.....	22
• Zitat Simone Weil.....	23
• Gemeindeftherapie im Familiengesundheitsprogramms Brasiliens, Artikel von Markus Herrmann.....	24



Geschichte der Selbststärkenden Gemeinschaft (SG)

- 300 Jahre Sklaverei und Kolonisation in Brasilien. 16. – 19. Jahrhundert portugiesische Herrschaft. Grosse Farmen. Einheimische und Menschen aus afrikanischen Stämmen als Sklaven. Bildung einer armen und abhängigen Landbevölkerung.
- 1960er Jahre Pädagoge Paolo Freire (1921 – 1997). Stärkung des Selbstvertrauens.
- Unterdrückung, Verweigerung von Bildung: Kultur des Schweigens. Alphabetisierungsprogramm: Lesen, Schreiben → Bewusstseinsbildung → Demokratisierung.
- Eigene Anthropologie: Jeder Mensch ist in der Lage, ein kritisches Bewusstsein zu erreichen, das u. a. durch folgende Merkmale gekennzeichnet ist:
 - o Tiefe in der Interpretation von Problemen
 - o der Substitution von magischen Erklärungen durch Kausalprinzipien
 - o Vermeidung von Verzerrungen bei der Wahrnehmung von Problemen
 - o die Zurückweisung, Verantwortung auf andere abzuschieben
 - o passive Positionen zurückzuweisen
 - o den *Dialog* zu praktizieren und nicht zu polemisieren
 - o das Neue kritisch zu akzeptieren und das Alte nicht zu verurteilen
- Sprung in die 1980er-Jahre. Adalberto Barreto ist Professor für Psychiatrie an der Universität Céara im Nordosten Brasiliens. Gruppe von 8 Leuten. Dann 33. Quatro Varas (vier Stöcke). Musste anders zu den Menschen sprechen. „Ich kam nicht, um euch zu heilen, sondern um mich selbst zu heilen.“ Seid ihr zufrieden mit euren Ärzten? Nein, sie schauen uns nicht an, bleiben nicht bei uns und sie berühren uns nicht. Geschichte der Frau mit Schlafproblemen. „Ich machte Notizen und war beeindruckt. Das war der Moment, in dem ich realisierte, dass innerhalb der Gemeinschaft bereits Lösungen für deren Probleme gab. Ich verstand, dass es eine Alternative zu meiner Art der Behandlung gab.“ Startpunkt der SG. „Ich war daran, eine Form zu finden, die das durch Lebenserfahrung entstandene Wissen der Gemeindemitglieder integrierte.“
- 5 Jahre Praxis. Dann Begleitung durch Universität. Heute über 60'000 MO in Brasilien. An die 30 Länder. In Westeuropa war der erste Kurs 1995 in Grenoble.
- Fotos SG Barreto

Das Psychische Armutssyndrom. Folgen: Armut, Gewalt, Krankheit, Leiden. Merkmale:

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| - Gefühl, alleine zu sein | - Gefühl der Abhängigkeit |
| - Tiefes Selbstvertrauen | - Pessimismus |
| - Angst vor Versagen | - Fatalismus |
| - Selbst-Entwertung | - Apathie |

Übung: *Welches sind die wichtigsten inneren und äusseren Faktoren für die psychische Gesundheit der Menschen in eurer Umgebung?*

Adalberto Barreto: „Selbstvertrauen ist der Motor der Veränderung.“

Wirkungen der SG:

- | | |
|-------------------------------------|------------------------|
| - Gefühl der sozialen Zugehörigkeit | - Respekt der Vielfalt |
| - Stärkung lokaler Ressourcen | - Verantwortungsgefühl |
| - Kulturelle Kompetenzen | - Selbstvertrauen |

Heute: Weniger Einsamkeit, Gewalt und Alkoholprobleme in Quatro Varas.



Fortaleza

Brasilien



Adalberto Barreto

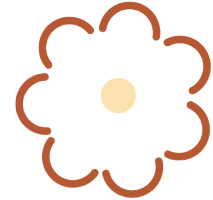


SG in Fortaleza



Fortaleza

Übergeordnete Ziele der SG



1. Ziel: Wir möchten **Autonomie** stärken anstatt Abhängigkeit.

Wie entferne ich mich von einem Modell, welches Abhängigkeit von Experten erzeugt, hin zu einem Modell, welches Selbständigkeit bei den Menschen erzeugt?

2. Ziel: Wir wollen einen Kontext schaffen, wo Informationen über ein gesundes Leben unter den Menschen frei zirkulieren kann.

Es geht um eine **horizontale**, zirkuläre Wissensvermittlung, statt einer vertikalen.

Wie setze ich mich über Zuschreibung von Wissen und Konzentration von Information bei Experten hinweg, und fördere die Zirkulation von Information in **verständlicher Sprache** damit alle Menschen davon profitieren können?

Es soll nicht alle Information in Händen von Professionellen (Profis, Technikern, Wissenschaftlern..) konzentriert sein und ihnen auch zugeschrieben werden.

3. Ziel: Das eigene **kulturelle Wissen ehren und weiterentwickeln**. Dementsprechend geht es hier darum, das zentralasiatische Wissen bewußt zu machen und zu fördern.

Barreto will z.B. in seinem Land das eigene kulturelle Wissen der einheimischen Vorfahren und der europäischen, afrikanischen und orientalischen Vorfahren nutzen, fördern, retten und ehren. Er möchte nicht die westlichen psychoanalytischen Metaphern verwenden, sondern stattdessen Metaphern, die seinen brasilianischen und afrikanischen Wurzeln entsprechen.

So ist z.B. das Spinnennetz seine Metapher in Brasilien für die SG.

4. Ziel: Es sollte eine **niederschwellige**, d.h. und kosten- und barrierefreie Form gefunden werden, die vielen Menschen offen steht.

5. Ziel: auf soziales Leiden soll mit sozialem, **menschlichem Verhalten** geantwortet werden.

Wie kann man das Leiden in einer Gemeinde unter einem **sozialen** Aspekt erreichen und behandeln, d.h. ohne es medizinisch zu betrachten und so zu tun, als ob es eine Krankheit wäre?

Westliche Psychologie und Psychiatrie beantwortet Leiden mit einer Entwicklung von Pathologie. Deswegen basieren sie auf Konzepten von Krankheit, Behandlung und Hygiene. Behandlung wird z.B. verstanden, dass Professionelle in einem Raum mit festgelegten Stühlen arbeiten.

Auf Leiden zu antworten und es abzuwenden ist aber auch eine Aufgabe jenseits von Professionellen. Es braucht eine Antwort für die Seele. Es braucht Trost und einen Raum in der Gemeinde. Das geht jeden **Menschen** in einer Gemeinschaft an. Wir möchten den Mitmenschen die Rolle zurückgeben, selber auf Leid zu reagieren und Leid zu verhindern. Es soll ein Ansatz entwickelt werden, in dem es nicht nötig ist dass die Vermittler einen Universitätshintergrund haben. SG-Moderatoren leisten und üben eine menschliche Gemeindeaufgabe aus und jeder soll es lernen können.

6. Ziel: Sorge tragen mit gemeinsamer **Teilhabe und Teilnahme**.

Wie überschreite ich ein Modell, fokussiert auf die individuell angepasste Behandlung und Heilung durch Medikation, und wie mache ich ein Verfahren möglich, das Gesundheit gemeinsam fördert?

Gesundheit zu bewahren ist ein pluralistischer dynamischer Prozess.

Das Thema Gesundheit soll mehr vom privaten Raum in einen mehr öffentlichen Raum gebracht werden, in dem jede Person eine entscheidende Rolle in der gemeinsamen Gesundheit einnehmen kann. Es wird Wert auf soziale Teilhabe, Möglichkeiten der Mitwirkung und des Dazu-Gehörens gelegt. So sollen Netzwerke der Solidarität gefördert werden. Auf soziales Leiden soll mit einem Modell der Teilhabe und Teilnahme antworten.

7. Ziel: Wir möchten den gegenseitigen **Respekt zwischen Erfahrungswissen und wissenschaftlichen Wissen** aufrechterhalten und fördern.

Wie kann der Austausch und Förderung von Volkswissen und der Wissenschaft unterstützt werden? Die Kompetenz, welche die Menschen von der eigenen Lebenserfahrung beziehen und das wissenschaftliche Wissen sollen bewahrt und vereint werden

Diese verschiedenen Formen des Wissens ergänzen sich. Es soll westliches medizinisches Wissen in Beziehung zur Pathologie und lokales Wissen in Beziehung zum Leiden respektiert werden. Das bedeutet auch eigene Metaphern zu suchen und z.B. Verbindung zu den traditionellen Heilern aufzunehmen.

Konkrete Ziele in einer SG-Sitzung

1. Wir schaffen eine Atmosphäre des **Vertrauens**.
2. Wir schaffen ein Gefühl der Solidarität und des **Mitgefühls**.
3. Wir schaffen ein Gefühl für die Teilnehmer von „Ich bin nicht der einzige Mensch mit diesem Problem.“ **Ich bin nicht allein**.
4. Wir versuchen einen öffentlichen Raum zu schaffen, wo es viele verschiedene Wege geben kann, das Leben zu leben. D.h. es geht nicht um Konformität und Konsens, sondern um **Vielfalt**, hinterher darf es mehr offene Fragen als Antworten geben.
5. Wir versuchen einen Rahmen zu schaffen, wo der Teilnehmer das Gefühl mit nachhause nehmen kann“ ich kann es tun“, „ich bin der Hauptakteur in meinem Leben“ und nicht „ich muss mich meinem Leiden unterwerfen, „ich bin dem Leid hilflos ausgeliefert.“ **Selbstwirksamkeit, Ressourcen**.
6. Wir sprechen **verschiedene Sinnesebenen** an, um miteinander zu kommunizieren.
7. Wir schaffen **Kontinuität** (regelmässige Treffen) und fördern Vernetzung.

Kurz:

Mit Hilfe von **kontinuierlichen Treffen** und einer Atmosphäre von **Vertrauen** und **Mitgefühl** erfahre ich auf **verschiedenen Sinnesebenen Selbstwirksamkeit**, dass ich **nicht alleine mit meinen Problemen** bin und dass es **vielfältige Formen des Handelns und Seins** gibt.

**Ablauf einer SG-Sitzung
(je nach Gruppengröße 60 bis 90 Minuten)**

Phase 1: Einführung Ca. 10 Minuten			
	Ziele	Formulierungsbeispiele	Hinweise
	Ankommen und orientieren, man sollte sich willkommen fühlen		Stuhlkreis oder Kissen vorbereiten, Moderatorin hat Zettel und Stift dabei Achtung: ich als Moderatorin (Mo), sollte die Situation so einrichten, daß ich mich wohlfühle. Sei auch ein Schutzengel für Dich.
1a:	Begrüßen und einführen	„Ich begrüße Euch herzlich zur SG. Ich bin XY.. und moderiere mit meiner Kollegin XY diese Gruppe. „Heute sind neue Teilnehmer dabei, die ich herzlich begrüße. Schön, dass Du gekommen bist.“ „Wir sind hier, um über unsere alltäglichen Erfahrungen zu sprechen, um voneinander zu lernen. Über das, was uns bewegt, Leid, Schmerz oder auch Freude bereitet. Diese Arbeit in der Gruppe wurde in Brasilien von Adalberto Barreto entwickelt, um in den Armenvierteln viele Menschen zu erreichen und ihre Fähigkeiten zu unterstützen.“	Die Gruppe ist offen für neue TeilnehmerInnen (TN). Neue TN begrüßen. Ich begrüße jeden TN mit Handschlag. Es sollte eine Atmosphäre des Vertrauens entstehen.
1b:	Geburtstage / Gedenktage feiern	„Um daran zu denken, dass wir auch von unserem Umfeld mitgetragen werden und auch um das Schöne zu feiern, singen wir ein Lied. Welche Geburtstage von letzter Gruppensitzung bis heute magst Du feiern oder vielleicht magst Du auch etwas anderes feiern, etwas anderes gedenken?“ Was war Dein größter Erfolg die letzten Tage. Was war das	Das Geburtstagslied als Ritual einführen. Beim Feiern von Geburtstagen und anderen wichtigen Ereignissen geht es um das Bewusstsein von dem, was uns im Leben Halt gibt. Ausserdem ist es eine gute

		<p>Beste, was Du in den letzten Tagen gelernt hast? Sag eine Sache, die sich seit der letzten Gruppe zum Positiven in Deinem Leben verändert hat...</p> <p>Lied singen.</p>	<p>Möglichkeit, etwas über die anderen Teilnehmenden zu lernen, was wiederum das Vertrauen in die Gruppe stärkt</p>
1c:	Regeln sagen	<p>„Während der Sitzung gibt es 4 einfache Regeln:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wenn einer spricht, hören die anderen zu 2. Jeder spricht von sich in der „Ich-Form“, nicht von anderen. Teile Deine persönlichen Lebenserfahrungen. 3. Wir geben weder Ratschläge noch Bewertungen und halten keine Vorträge oder lange Reden. Wir suchen keine Lösungen für die anderen. 4. Du kannst jederzeit die Gruppe mit einem Lied, Sprichwort, einer kurzen Geschichten, einem Gedicht oder einem Witz, was etwas zum Gesagten passen, unterbrechen 	
1d:	Prinzipien sagen	<p>Erzähle keine Geheimnisse, Schweigen ist ok.</p> <p>Es ist eine Gruppe zum Zuhören nach innen und nach außen. Und zum Sprechen. Wir diskutieren nicht. Es geht nicht darum, einen Konsens zu finden, sondern den verschiedenen Lebenswegen zuzuhören. Nachher beim 2. Teil beim Tee, könnt Ihr soviel diskutieren, wie Ihr wollt.</p>	
1e:	Lockern / Bewegen	<p>„Zum Warming up stehen wir bitte einmal auf....“</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plätze tauschen: alle Personen mit Jeans, die Kinder haben, einen Hund haben, eine Katze haben... - in Bewegung kommen: Arme schwingen, strecken und Recken, laut Gähnen... - Ball zuwerfen und ein Gedicht / Lied sagen..... 	<p>Die Mo steht gemeinsam mit der Gruppe auf.</p>

Phase 2: Wahl des Themas Ca. 15 Minuten			
	Ziele	Formulierungsbeispiele	Hinweise
2a:	<p>Begründung / einleiten</p> <p>Warum spreche ich?</p>	<p>„Es ist wichtig, über das, was mich bewegt zu sprechen. Du kennst sicher das Sprichwort: „Geteiltes Leid ist halbes Leid, geteilte Freude ist doppelte Freude“.</p> <p>Auch in einem brasilianischen Sprichwort heißt es: Wenn der Mund verschlossen ist, spricht der Körper, wenn der Mund spricht, heilt der Körper.“</p>	<p>Weitere Beispiele:</p> <p>Wilhelm Reich: „Ungesagte Worte werden giftig.“</p> <p>Shakespeare: „Der Kummer, der nicht spricht, nagt am Herzen bis es bricht.“</p> <p>Kenzaburo Oe: „Der Kraft der menschlichen Seele, ob in Trauer oder Leid, tief auf den Grund zu gehen...und ihr Ausdruck zu verleihen, bedeutet zugleich, von Trauer und Leid zu genesen.“</p>
2b:	<p>Themen sammeln</p>	<p>„Wir sprechen über das, was uns bewegt, uns schwer im Magen liegt, uns den Schlaf raubt. Es geht nicht um Geheimnisse.“</p> <p>„Jetzt sammeln wir erst einmal Themen und entscheiden uns im Anschluss für ein Thema.</p> <p>Jeder ist nun eingeladen, über das, was ihn beschäftigt, zu sprechen. Wer etwas mitteilen will, sagt bitte erst seinen Namen und erklärt kurz, was es ist, was sie jetzt bewegt.“</p> <p>„Was liegt Dir auf dem Herzen? Was beschäftigt Dich, lässt Dich nicht schlafen?“</p> <p>Ein TN meldet sich. „Bitte sage Deinen Namen. Danke, Theresa, ich schreibe kurz mit, worum es geht. Bitte erzähle jetzt.“</p> <p>„Welche Gefühle hast du dabei?“</p> <p>„Theresa, du fühlst dich ausgelaugt und traurig wegen permanenter Überlastung und Unzufriedenheit am Arbeitsplatz. Richtig?“</p>	<p>Bei einem einschneidenden Ereignis, dass alle TN betrifft, gibt die MO dieses als Thema vor.</p> <p>Stille zulassen und lange aushalten! Notfalls Stille unterbrechen mit der Frage „Was sagt Dir die Stille in Deinem Inneren?“</p> <p>Nach jedem Beitrag: wie ein Mantra wiederholen und als Frage stehen lassen: „Was liegt Dir auf dem Herzen? „Was beschäftigt Dich, lässt Dich nicht schlafen?“</p> <p>Schriftliches Festhalten aller Beiträge bzw. Themen mit Namen der TN: Schlüsselbegriffe.</p> <p>Gefühle erfragen. Gefühl und Situation kurz wiederholen, um</p>

		<p>„Ich fasse jetzt für alle noch einmal zusammen, welche Themen vorgeschlagen wurden. Welches Thema berührt Dich heute? Eva fühlt ... weil ... Bei Theresa geht es um: ...</p>	<p>sicherzustellen, dass man richtig verstanden hat.</p> <p>Alle Themenschwerpunkte benennen.</p> <p>Nachdem 3 bis maximal 5 Themen gesammelt sind, zum nächsten Schritt übergehen.</p>
2c:	Verbinden der Teilnehmenden mit einem Thema	<p>Kurzes Feedback (5-6 Meinungen) in der Runde holen, wer heute zu welchem Thema tendiert.</p> <p>„Wir haben drei Themen. Das Thema von Eva ist ... Das Thema von Andreas ist ... Das Thema von Theresa ist ... Alle Themen sind wichtig. Wir wählen jetzt das Thema aus, welches die grösste Resonanz in der Gruppe hat. Welches der drei Themen interessiert euch heute am meisten? Bitte sag einfach das Thema und zwei, drei kurze Worte, weshalb dich dieses Thema am meisten anspricht.“</p>	<p>Resonanz in der Gruppe.</p> <p>Die Verbindung der Teilnehmenden mit einem Thema geschieht auf der Gefühlsebene (nicht so sehr auf der Verstandesebene).</p>
2d:	Abstimmen	<p>„Wir können uns leider nur mit einem Thema beschäftigen. Deshalb entscheiden wir uns für ein Thema. Wir stimmen ab. Jede hat nur eine Stimme. Diejenigen, die ihr Thema vorgestellt haben, können für sich selber stimmen, jedoch sich auch noch anders entscheiden und für das Thema eines anderen Gruppenmitgliedes stimmen. Wer stimmt für ...? Ich zähle und schreibe die Voten auf. Danke. Fünf Stimmen. Wer stimmt für ...? Danke. Sieben Stimmen. Wir haben uns für das Thema ... entschieden. Ich danke allen anderen, die etwas erzählt haben für ihren wertvollen Beitrag.“</p>	<p>MO zählt laut und deutlich ab und notiert sich das Ergebnis</p> <p>Mo/Co-Mo beteiligen sich normalerweise nicht an der Abstimmung (Ausnahmen: Geteilte Moderation nach Phasen oder sehr kleine Gruppe).</p> <p>Kein klares Votum: zwischen den stimmgleichen Themen nochmals abstimmen lassen. Vorher überprüfen: wurde Schritt 2c ausgeführt? Eventuell vor der zweiten Abstimmung wiederholen!</p> <p>Jedem TN, der ein Thema eingebracht hat, persönlich danken!</p>

Phase 3: Kontextualisierung Ca. 15 Minuten			
	Ziele	Formulierungsbeispiele	Hinweise
3a:	Thema vertiefen	„Eva, erzähl jetzt bitte etwas mehr zu Deinem Thema, damit wir die Hintergründe der Situation besser verstehen.“ Vielen Dank.“	Der TN erzählt ausführlicher zu seinem Thema.
3b:	Klärungsfragen	„Gibt es Klärungs- oder Verständnisfrage für Eva?“ „Gibt es weitere Klärungsfragen?“	Die Moderatorin und die TN können Klärungs- und Verständnisfragen stellen: <ul style="list-style-type: none"> - Was ist das Leiden? - Wie kam es dazu? - Wie lange dauert die Situation schon an? - Wie wirkt sie sich im Alltag aus? - Was hat das Leiden innerlich bei dir ausgelöst? - Strategien, die bisher benutzt wurden - Was könnte eine unbewußte Beteiligung am Thema sein? - Was hat die Person bisher gelernt? Auf Interpretationen und versteckte Ratschläge achten (nötigenfalls eingreifen).
3c:	Gruppenthema formulieren	„Ich definiere nun ein Thema für die Gruppe, so dass sich alle Teilnehmenden darin wiederfinden können. Das Thema ist Burnout, den wir selbst erlebt haben oder den jemand in unserem nahen Umfeld erlebt hat. Eva, fühlst du dich darin aufgehoben?“	Falls es schwierig oder unmöglich ist, ein sinnvolles Gruppenthema zu formulieren, diesen Schritt überspringen und direkt zum nächsten Schritt übergehen.
3d:	Themengeber*in entlasten	„Wir haben nun ein Thema der Gruppe. Es ist nicht mehr Evas persönliches Thema. Eva, du kannst dich nun zurücklehnen. In der nächsten Phase brauchst du nichts zu sagen sondern kannst einfach nur zuhören, wie Andere mit ähnlichen Themen umgegangen sind.“	

Phase 4: Austausch in der Gruppe Ca. 40 Minuten			
	Ziele	Formulierungsbeispiele	Hinweise
	Austausch der Teilnehmer zu diesem Thema	<p>Es gibt 2 Wege:</p> <p>1. konkretes Erleben erfragen. „Wer hat Ähnliches schon einmal erlebt?“</p> <p>2. symbolisch, thematisch: ein Aspekt des Berichteten wird zum Thema, zum Motto gemacht.</p>	<p>Hauptphase: Ca. 40 Minuten Mo und Co-Mo können sich u.U. am Sharing beteiligen, z.B. bei einer kleinen Gruppe.</p> <p>Wichtig: Es geht nicht darum Lösungen zu finden. Wir behandeln kein Leid, dafür gibt es Spezialisten. Wir öffnen einen Raum, in dem sich der Themengeber in seinem Schmerz mit seinem Thema angenommen fühlt.</p>
4a:	Austausch fördern, Ressourcen benennen	<p>„Das Thema ist ... Wo fühlst Du Dich angesprochen? Wer hat eine ähnliche Erfahrung gemacht? Wie bist Du damit umgegangen? Was hat Dir geholfen? Was hast Du dabei gelernt?“</p> <p>Achtung: Betone, wenn es geht, Täter und Opfer Seite. Die Erzählungen der Teilnehmer können aus beiden Perspektiven erzählt werden.</p> <p>„Denk auch noch mal an ein Lied...“</p>	<p>Sowohl Opfer- wie Täterperspektive miteinbeziehen.</p> <p>Die Kernfrage nach jedem Beitrag wiederholen – aber bei zu großer Belastung ev. Den Fokus ändern, z.B.: Tod ist das Thema, dann „Was ist die schönste Erinnerung an die verstorbene Person?“</p> <p>Achtung: immer Anregung für Lied/ Gedicht geben. Anregen: beim Austauschen nicht betont auf den Themengeber schauen, um ihm nicht das Gefühl zu geben, er bekäme Ratschläge.</p>
4b:	Beenden des Austausches	„Vielen Dank für Eure Beiträge.“	

Phase 5: Schluss Ca. 10 Minuten			
	Ziele	Formulierungsbeispiele	Hinweise
5a:	Nähe und Dank	„Wir stehen auf und bilden einen Kreis. Wir fassen uns an den Händen / Schultern.“ „Wir stehen nun alle auf und geben uns die Hände, die rechte Hand jeweils nach oben/vorne, die linke nach unten/hinten. Wir stehen mit den Füßen fest am Boden und bewegen unseren Körper leicht hin und her.“	Unterstützender Kreis: stehen oder sitzen. Oder beides. Schultern umfassen oder Hände reichen. Wellenbewegung von Mo aus machen und beibehalten. MO steht zusammen mit den Teilnehmenden auf.
5b:	Ritual erklären	„Dies symbolisiert, dass wir trotz der Schwierigkeiten in unserem Leben immer wieder Halt finden können. Trotz Burnout gibt es Menschen, denen wir viel geben und von denen wir viel erhalten. Von Menschen hier und auch von Menschen ausserhalb der Gruppe spüren wir immer wieder Unterstützung.“	Sinn des Rituals erklären. Bezug nehmen auf Thema des Austausches.
5c:	Positives mitnehmen	„Was nimmst Du mit von heute Abend?“ Erinnere die Gruppe daran, dass Lieder... willkommen sind.	Nach jedem Beitrag die Frage wiederholen. Dazwischen Stille ermöglichen. Mo bedankt sich bei allen TN, die sich geäußert haben
5d:	Perle	„Jenny, ich danke dir, dass du dein Herz geöffnet und dem heutigen Treffen das Thema gegeben hast. Es beweist Mut, dass du dies getan hast. Du bist jemand, der Ungerechtigkeit nicht einfach hinnimmt sondern auch Unangenehmes anspricht und dich so weiterentwickelst.“	- Mo bedankt sich bei TN, der das Thema zum Austausch angestoßen hat - Mo versucht, dem ursprünglichen Thema der/des Themengeber*in einen neuen, positiven Sinn verleihen, indem man die positiven Aspekte und die darin liegenden Stärken und Potenziale beleuchtet.
5c:	Verabschieden	„Der erste Teil des Treffens ist nun beendet. Wir treffen uns wieder in einer Woche am gleichen Ort und zur gleichen Zeit. Nun lade ich euch ein für den zweiten Teil, wo wir uns frei und ohne Regeln austauschen können. Ich bin jetzt nicht mehr die Moderatorin/der Moderator.“	Hinweis auf den Ort und die Zeit des nächsten Treffens. Einladung für den zweiten, informellen Teil. Je nach Umständen z.B. etwas Trinken gehen usw.

Selbststärkende Gemeinschaft: Übersicht für Moderator*innen

1. **Einführung und Willkommen** (ca. 10 Minuten). Atmosphäre der Freundschaft und des Vertrauens schaffen.
 - a. Teilnehmende begrüßen. Falls es neue TN gibt, kurz die Geschichte der SG erklären.
 - b. Geburtstage feiern, Todestage, glückliche und andere wichtige Ereignisse → ein Gedicht sagen.
 - c. Die 4 Regeln der SG erklären: 1. Nur 1 Person spricht. 2. Nur eigene Erfahrungen. 3. Keine Ratschläge und Bewertungen. 4. Man darf jederzeit unterbrechen mit einem Lied, Gedicht, Sprichwort, Witz usw.
 - d. Prinzipien sagen: keine Geheimnisse, Schweigen ist ok, keine Diskussion im ersten Teil (aber möglich im zweiten Teil), keine Einigung nötig, aber achtsames Zuhören und Annehmen des Gesagten.
 - e. Aufwärmen mit passendem Energizer, Körperübung oder kurzem Spiel

2. **Themenwahl** (ca. 15 Minuten). Auf das Einhalten der Regeln achten. Fokus auf die Annahme des Leidens.
 - a. Erklären, warum es wichtig ist zu sprechen. Passendes Sprichwort benutzen.
 - b. Themen sammeln: "Jetzt ist es Zeit darüber zu sprechen, was euch auf dem Herzen liegt. Was beunruhigt dich? Worüber zerbrichst du dir den Kopf? Was raubt dir den Schlag?" **Nach den Gefühlen der Person fragen**, die ein Thema vorschlägt! Das Gesagte aufschreiben und paraphrasieren und korrektes Verständnis überprüfen. Für vorgeschlagene Themen danken. Frage wiederholen. Dazwischen Stille halten!
 - c. Resonanz der Gruppe zu den vorgeschlagenen Themen (5 – 6 Rückmeldungen): "Welches der Themen spricht dich heute am meisten an? Wohin tendierst du, und warum?"
 - d. Abstimmen. Jeder hat eine Stimme. Stimmen laut zählen und notieren. Bei Gleichstand Schritt 2d (und vorher ev. 2c) wiederholen. Spreche das gewählte Thema laut aus. Den anderen Themengebern danken.

3. **Kontextualisierung** (ca. 15 Minuten). Versuche nicht, das Problem zu lösen! Es genügt, wenn die Person sich in ihrem Leid angenommen und akzeptiert fühlt! Fokus auf das Verständnis der Situation.
 - a. Themengeber einladen, mehr über die Hintergründe zu erzählen.
 - b. Teilnehmende zu Klärungsfragen einladen (keine Interpretationen oder versteckten Ratschläge!)
 - c. Falls möglich, ein Gruppenthema formulieren
 - d. Themengeber mitteilen, dass sie/er sich für die nächste Phase ausruhen kann und nicht sprechen soll.

4. **Austausch in der Gruppe** (ca. 40 Minuten). Teilen von echten, tiefen, persönlichen Lebenserfahrungen. Fokus auf die Ressourcen der Teilnehmenden.
 - a. Teilnehmende einladen, ihre Lebenserfahrung zu teilen: "Wer hat etwas ähnliches erlebt, **und was hat dir dabei geholfen?**" Nach jedem Beitrag dem Teilnehmenden danken. Die Gruppe daran erinnern, dass man jederzeit unterbrechen darf für ein Lied, Gedicht usw. Auf das Einhalten der Regeln achten. Darauf achten, dass man dem Themengeber nicht direkt in die Augen schaut, damit nicht das Gefühl aufkommt, Ratschläge zu erhalten! Auf Konzentration und Aufmerksamkeit aller Teilnehmenden achten!
 - b. Austausch beenden mit Dank an alle Beitragenden.

5. **Schluss** (ca. 10 Minuten). Was nimmst du mit von dieser Sitzung? Fokus auf den Sinn des Gesagten.
 - a. Alle stehen auf, halten Hände (linke nach unten, rechte nach oben), wanken mit den Körpern hin und her.
 - b. Bedeutung des Rituals erklären: „Wir stehen hier um zu symbolisieren, dass wir trotz aller Schwierigkeiten in unserem Leben (Verweis zum Gruppenthema) gehalten sind.“
 - c. "Was nimmst du mit von diesem Treffen?" Frage wiederholen. Dazwischen Stille halten.
 - d. Versuche, die „Perle“ des Themengebers zu formulieren.
 - e. Teilnehmende über Ort und Zeit des nächsten Treffens informieren und sie zum zweiten, informellen Teil des Treffens einladen.

Die Muschel und die Perle

Heute möchte ich etwas über den Zusammenhang von Verwundung, Schmerz und Leiden auf der einen Seite, und Heilung, persönlichem Wachstum und Selbstverwirklichung auf der anderen Seite sagen. In der Zivilisationsgeschichte gibt es viele Beispiele, die diesen Zusammenhang verdeutlichen. Nach einem Jahrzehnt des Krieges und einer weiteren zehnjährigen Irrfahrt und dem Verlust all seiner Begleiter kehrt der griechische Held Odysseus allein in seine Heimat Ithaka zurück, wo er schlussendlich seine Bestimmung findet.

Die christlich-orthodoxe Tradition spricht vom „Kreuz als Quelle der Erlösung“. In Matthäus 16,24 sagt Jesus seinen Jüngern: „Nehmt euer Kreuz und folgt mir nach.“ Der Evangelist Johannes verwendet das Bild des Weizenkorns, das in die Erde fallen und sterben muss, damit es reiche Frucht bringen kann (Joh 12,24). Rudolf Steiner bezeichnet das Leiden als notwendige Begleiterscheinung der spirituellen Entwicklung jedes Menschen, ohne das er sein Ziel der Freiheit und Liebe nicht erreichen kann.

Einer der bekanntesten Aussprüche des islamischen Mystikers Jalaluddin Rumi (1207 – 1273) ist: „Die Wunde ist der Ort, wo das Licht eintritt“. Und Rabi Nachman von Bratslav soll gesagt haben: „Es gibt nichts Ganzeres als ein gebrochenes Herz.“

Ein besonders einprägsames und für die SG hilfreiches Bild ist jenes der Muschel und der Perle. Eine Muschel, die nicht verwundet wurde, kann keine Perlen produzieren. Perlen sind das Produkt von Schmerz. Sie sind eine Folge des Eindringens eines fremden, ungewollten Objektes in das Innere der Muschel, wie z.B. Parasiten oder Sandkörner. Die Muschel stellt eine glänzende Substanz genannt Perlmutter her. Wenn ein fremdes Objekt in ihren Körper eindringt, beginnt sie, das Objekt mit feinen Schichten von Perlmutter zu überziehen, um ihren verletzlichen Körper zu schützen. So entsteht, Schicht um Schicht um Schicht, eine schöne Perle. Perlen sind also geheilte Wunden.

Hast du dich je missachtet gefühlt oder verletzt durch jemandes harsche Worte? Wurden deine Vorschläge je abgelehnt oder falsch interpretiert? Musstest du je unter Vorurteilen leiden? Wurdest du beschuldigt, etwas gesagt oder getan zu haben, was du nicht gesagt oder getan hast? Alles, was du aus solchen schmerzvollen Erfahrungen gelernt hast, sind deine Perlen!

Andere Beispiele von Wunden, die Perlen wurden:

- Als Kind wurde ich gehänselt. Heute habe ich Verständnis für Außenseiter
- Ich war abhängig von anderen. Heute arbeite ich selbständig.
- Ich war nicht erwartet. Heute lege ich Wert auf Planung.
- Ich wurde belästigt. Heute achte ich auf das Respektieren von Grenzen.

Perlen sind die Antworten auf Aggression und Leid. Manchmal sehen wir „leere Muscheln“. Sie sind nicht leer, weil sie nicht verwundet wurden, sondern weil sie unfähig waren, den Schmerz zu verstehen und in eine positive Kraft zu transformieren. Als SG Moderatorinnen und Moderatoren sind wir „Perlentaucher“, oder „Goldwäscher“ und „Schatzsucher“.

Übung

Überlege dir in Ruhe und notiere dann in ein paar Stichworten: Was waren (sind) meine Wunden und Verletzungen im Leben? Welche Perlen sind daraus entstanden?

Salutogenese nach Aaron Antonovsky

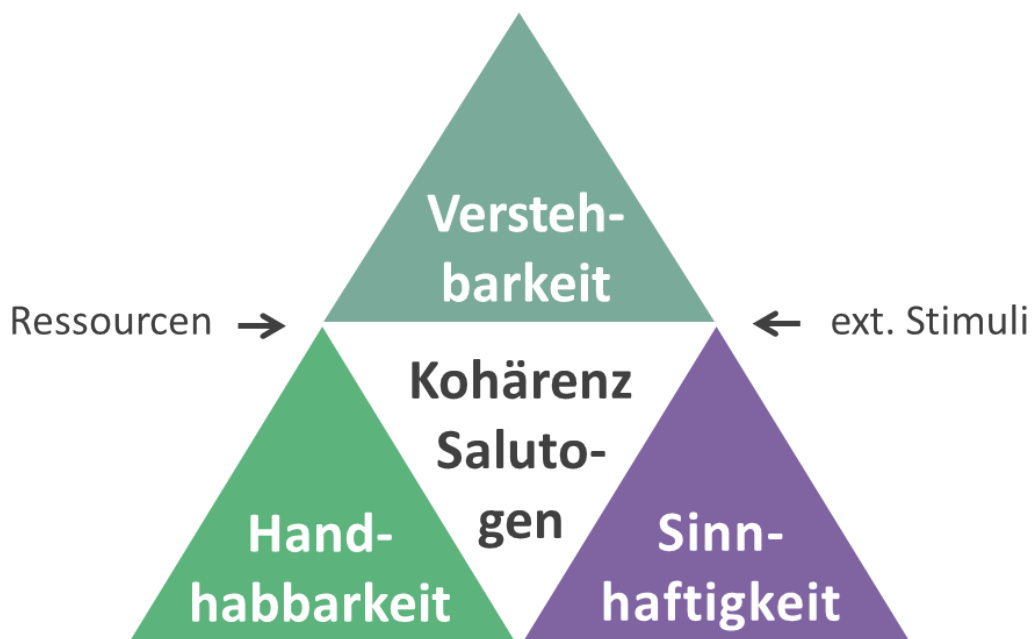
Bei der SG geht es um das psychisch-soziale Leiden, das Adalberto Barreto als „die Krankheit der Seele“ bezeichnet. Aus medizinischer Sicht steht der präventive Gesundheitsaspekt im Vordergrund. Wie sollen wir das verstehen?

Dazu möchte ich zuerst einige Worte über Gesundheit im Allgemeinen sagen. Die Schulmedizin basiert auf der *Pathogenese*. Die dazugehörige Frage lautet: Wie entsteht Krankheit? Gesundheit wird als selbstverständlicher Normalzustand betrachtet, Krankheit als Ausnahmezustand, den es zu berichtigen gilt. Ergänzend zu dieser Denkweise hat der israelisch-amerikanische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky in den 1970er-Jahren aufgrund von Beobachtungen bei KZ-überlebenden Frauen ein Modell entwickelt, das Gesundheit nicht als Zustand, sondern als Prozess betrachtet, in welchem Gesundheit und Krankheit fließend ineinander übergehen. Bei jedem Menschen sind jederzeit gesunde und kranke Anteile feststellbar. Im Gegensatz zur Schulmedizin fragt Antonovsky nicht wie Krankheit entsteht, sondern er fragt: wie entsteht Gesundheit?

Der Begriff *Salutogenese* setzt sich aus den Wörtern *salus* (lat. für Gesundheit) und *genesis* (Schöpfung) zusammen. Er beschreibt (a) ein medizinisches Paradigma und (b) ein Konzept von Faktoren und Wechselwirkungen, die zur Bildung und Erhaltung von Gesundheit führen. Der Arzt Eckart Schiffer beschreibt die Salutogenese als „Schatzsuche“ im Gegensatz zur Suche nach Mängeln der Schulmedizin. Nach dem Modell der Salutogenese ist die zentrale Ursache von Gesundheit das Kohärenzgefühl.

Kohärenz hat drei Aspekte:

- Das Gefühl der Verstehbarkeit
- Das Gefühl der Handhabbarkeit
- Das Gefühl der Sinnhaftigkeit



Aspekte des Kohärenzgefühls nach A. Antonovsky. Quelle: Wikipedia.

Verstehbarkeit meint die Fähigkeit, die Zusammenhänge des Lebens zu verstehen. Ich verstehe mein Leben, wenn meine Welt verständlich, stimmig und geordnet ist; auch Probleme und Belastungen, die ich erlebe, kann ich in einem grösseren Zusammenhang sehen.

Handhabbarkeit, oder auch Bewältigbarkeit, betrifft die Überzeugung, das eigene Leben gestalten zu können. Ich kann mein Leben bewältigen, wenn ich die Aufgaben, die mir das Leben stellt, lösen und ich die Ressourcen, die ich zur Meisterung meines Lebens und meiner aktuellen Probleme benötige, mobilisieren kann.

Sinnhaftigkeit bedeutet der Glaube an den Sinn des Lebens. Ich betrachte mein Leben als sinnvoll, wenn ich jede für meine Lebensführung nötige Anstrengung als sinnvoll ansehe und es Ziele und Projekte gibt, für die es sich zu engagieren lohnt.

Der deutsche Sozialpsychologe Heiner Keupp beschreibt Antonovskys Kohärenzgefühl so: „Kohärenz ist das Gefühl, dass es Zusammenhang und Sinn im Leben gibt, dass das Leben nicht einem unbeeinflussbaren Schicksal unterworfen ist.“ Nach Keupps Auffassung setzt der Kohärenzsinn keine innere Einheit voraus, sondern Optionen dürfen offen sein, und eine Verknüpfung scheinbar widersprüchlicher Fragmente ist möglich.

Der deutsche Psychotherapeut Klaus Detlev Grawe unterscheidet einen übergeordneten Sinn für Kohärenz und das Kohärenzgefühl. Der Sinn für Kohärenz ist angeboren, das Kohärenzgefühl entsteht durch Beziehungen, durch zwischenmenschliche Kommunikation. Deshalb ist Kommunikation das entscheidende Instrument zur Anregung bzw. Erzeugung von Kohärenzgefühl. Hier setzt die Wirkungsweise der SG an: Durch Kommunikation auf verschiedenen Sinnesebenen wird das Kohärenzgefühl gestärkt. Antonovsky betont, dass Gesundheit ein mehrdimensionales Geschehen ist und stark mit den sozialen und kulturellen Kontexten verbunden ist. Wir können die Arbeit mit SG deshalb als präventive Gesundheitsarbeit bezeichnen.

Übung 1

Beschreibe in einigen kurzen Sätzen dein momentanes Kohärenzgefühl in den drei Aspekten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit.

Eine Variante des Salutogenese-Modells setzt anstelle von Handhabbarkeit das Konzept der „Selbstwirksamkeit“. Zentrale Quelle des Selbstwirksamkeitsgefühls ist die Erfahrung, selbst etwas bewirkt zu haben. Wichtige Faktoren sind Kreativität und die Zuschreibung der erfolgten Wirkung zur eigenen Handlung (Attribution). Anders gesagt, ich fühle mich in Kohärenz mit mir selbst und der Welt, wenn ich aus eigenem Antrieb gestalterisch etwas Sinnvolles geschaffen habe, das ohne mein Zutun nicht entstanden wäre.

Übung 2

Denke zurück an eine Situation deines Lebens, in der du ein hohes Gefühl von Selbstwirksamkeit verspürt hast. Beschreibe die Situation und dein Gefühl.

Literaturliste

- Antonovsky, Aaron: Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A.; Broda M.: Psychosomatische Gesundheit. Dgvt-Verlag, Tübingen 1993, 3-15.
- Antonovsky, Aaron: *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. dgvt-Verlag, Tübingen 1997, ISBN 978-3-87159-136-5.
- Becker, P.; Krüger, W.: Psychosoziale Aspekte der Gesundheitsförderung. In: Bös, K. et al. Gesundheitsförderung in der Gemeinde. Hofmann Verlag, Schorndorf 1994, 52-57.
- Becker, P.: Psychologie der seelischen Gesundheit. Hogrefe Verlag, Göttingen 1982.
- Bischof, Marco: *Salutogenese – Unterwegs zur Gesundheit*. Drachen Verlag, Klein Jasedow 2010, ISBN 978-3-927369-48-1.
- Bös, K.: Saluto-Genese, eine Erweiterung des klassischen Risikofaktorenmodells. In: Dieckert, J. et al. Sportwissenschaften im Dialog. Meyer&Meyer Verlag, Aachen 1993, 213-215.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Was erhält Menschen gesund? erweiterte Neuauflage 2001, ISBN 978-3-933191-10-6.
- Ernst, H: Die Weisheit des Körpers. Kräfte der Selbstheilung. Piper Verlag, München 1997.
- Franke, Alexa: *Salutogenetische Perspektive*. In: *BZgA-Leitbegriffe der Gesundheitsförderung – Online-Glossar*. 2015, doi:10.17623/BZGA:224-i104-1.0
- Lorenz, Rüdiger: *Salutogenese – Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. Reinhardt, München 2004, ISBN 978-3-497-01790-4.
- Petzold, Theodor Dierk: *Praxisbuch Salutogenese – warum Gesundheit ansteckend ist*. Südwest, München 2010, ISBN 978-3-517-08637-8.
- Schüffel, Wolfram; Brucks, Ursula; Johnen, Rolf (Hrsg.): *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis*. Ullstein Medical, Wiesbaden 1998, ISBN 978-3-86126-167-4.
- Udris, I. et al: Warum sind „gesunde“ personen gesund? – Forschungsprojekt SALUTE. Institut für Arbeitspsychologie der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich, Zürich 1990.
- Wydler, Hand; Kolip, Petra; Abel, Thomas (Hrsg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl – Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes*. Juventa, Weinheim 2000, ISBN 978-3-7799-1414-3.

Innere Haltung der Moderatorin / des Moderators

Im Kern von SG liegt der Austausch von Lebenserfahrungen der Teilnehmenden. Die Qualität der Erfahrung der Teilnehmenden hängt von der Qualität des Prozesses ab. Diese wird von den 4 Regeln, den Prinzipien und den 5 Phasen und 20 Schritten der SG-Struktur bestimmt. Diese Regeln, Prinzipien, Phasen und Schritte bilden den Rahmen, in dem ein für alle Beteiligten fruchtbarer Austausch gelingen kann.

Die Rolle der Moderatorin, des Moderators besteht dabei darin, den Rahmen für den Austausch zur Verfügung zu stellen (sowohl in physischer Hinsicht: Räumlichkeit oder virtueller Raum, Zeit und Ort des Treffens im Voraus bekanntgeben, Teilnehmende einladen usw., wie bezüglich der Methodik). Die Teilnehmenden, die Gruppe bildet einen Resonanzkörper wie eine Klangschale. In ihr entsteht Energie, die Konzentration und Schwingung ist. Als Moderatorin und Moderator befinde ich mich mit einem Fuss in, und mit dem anderen Fuss ausserhalb der Klangschale bzw. des Prozesses.

Welche Risiken und Fallgruben gibt es, in die wir als SG Moderatoren treten können?

- Eine grosse Versuchung besteht darin, als Moderator selbst in eine Teilnehmerrolle zu schlüpfen. Dies führt häufig dazu, dass man anfängt, sich mit den Teilnehmenden auszutauschen, anstatt den Austausch unter ihnen zu ermöglichen. Statt einem Forum für die Teilnehmenden wird die Gruppe zu einer Plattform meiner Selbst-Präsentation, was es zu vermeiden gilt. Bei kleinen Gruppen ist jedoch eine Beteiligung des Moderators am Austausch in Phase 4 oft angebracht. Dies ist eine Herausforderung und Gratwanderung.
- Ein weiteres Risiko besteht darin, eine Berater- oder Helferrolle einzunehmen und Erklärungen, Deutungsmuster, Wissen oder mögliche Lösungen einzubringen. Unsere Aufgabe ist es nicht, dem Themengeber oder den anderen Teilnehmenden Feedback und Ratschläge zu geben, sondern allein, den Raum für einen gelingenden Austausch zu schaffen! (Die einzige Ausnahme in der Struktur, in der ich als Moderator einem Teilnehmer - und zwar ausschliesslich dem Themengeber - direkt Feedback gebe, bildet die "Perle" in Phase 5.)
- Damit verbunden ist die Gefahr einer zu tiefen Analyse oder Interpretation der Situation. Wir sind aber keine Psychiater, und die SG ersetzt keine professionelle Psychoanalyse. Essentiell bei der SG ist es, dass die Teilnehmenden ihre zentralen Gefühle und ihre Situation in eigenen Worten ausdrücken und Akzeptanz erfahren können. Es geht nicht darum, die Situation bis in jedes Detail zu ergründen oder zu interpretieren, und unsere Rolle als Moderatoren ist es keinesfalls, die Probleme der Anwesenden zu lösen! Denn diese Haltung schafft ein Gefälle zwischen Moderator und Teilnehmenden. Ich, der Moderator, werde scheinbar zum Gebenden, und der Teilnehmende scheinbar zum Empfangenden. Dadurch entsteht ein Abhängigkeitsgefühl. Dies basiert aber auf eine Illusion, da ich die innere Situation des Teilnehmenden niemals in der selben Tiefe wie sie oder er selbst verstehen kann und deshalb gar keine wirklichen Lösungen zu bieten habe. Adalberto Barreto sagt: "Niemand verändert niemanden."

Otto C. Scharmer, der Begründer der Theory U, sagt: "Das Resultat einer Intervention ist bestimmt vom inneren Zustand des Intervenierenden". Welche innere Haltung bzw. Einstellung kann uns bei der SG-Moderation helfen?

- Präsenz, innere Ruhe, innerlich und äusserlich vorbereitet sein.
- Vertrauen in den Prozess, in die Gruppe und in die Perlen der Teilnehmenden. Wir müssen als Moderatoren nicht alles selbst stemmen! Es reicht, wenn wir uns an die 4 Regeln und die Struktur halten und durch Aushalten von Stille Zugriff auf tiefere Bewusstseinssebenen ermöglichen. Dann bringen die Teilnehmenden selbst ihre Ressourcen ein.
- Zuhören. Barreto: "Wenn du redest, kommst du manchmal gut an. Wenn du zuhörst, kommst du immer gut an."
- Es darf mehr Fragen geben als Antworten; es braucht weder Konsens, noch Lösungen.
- Als Moderatoren sind wir hier für die Gruppe als Ganzes und nicht für einzelne Teilnehmende und deren "spezielle Bedürfnisse".
- Es geht in erster Linie um Akzeptanz, nicht um Veränderung!
- Wir dürfen Fehler machen. Wir müssen nicht vorgeben, perfekt zu sein. Als Moderatorinnen und Moderatoren lernen wir mit jeder Austragung. Mindestens so wichtig wie Professionalität sind Authentizität und Menschlichkeit.

Besonders zu Beginn ist es für den Moderator wichtig, sich an die vorgegebene Struktur mit ihren 5 Phasen und 20 Schritten zu halten. Aber die Methode bietet auch die Flexibilität der Anpassung an verschiedene Konstellation, z.B. in Bezug auf die Zielgruppe oder Co-Moderation, und mit der Zeit auch für die Entwicklung eines eigenen Stils und die Adaptation an eigene Bedürfnisse und Umstände.

Selbststärkende Gemeinschaft (SG) – Fragebogen für Moderator*innen zur Selbst-Evaluation

Phasen Schritte	Wie ist es gelungen?			Verbesserungsmöglichkeiten
	Zutreffendes ankreuzen			
1. Einführung	☺	☹	☹	
a. Begrüßung. Geschichte von SG erklären	sehr gut	ok	schlecht	
b. Geburtstage feiern	☺	☹	☹	
	sehr gut	ok	schlecht	
c. 4 Regeln erklären	☺	☹	☹	
	sehr gut	ok	schlecht	
d. Prinzipien	☺	☹	☹	
	sehr gut	ok	schlecht	
e. Aufwärmen	☺	☹	☹	
	sehr gut	ok	schlecht	
2. Themenwahl	☺	☹	☹	
a. Warum sprechen?	sehr gut	ok	schlecht	
b. Themen sammeln	☺	☹	☹	
	sehr gut	ok	schlecht	
c. Resonanz der Gruppe	☺	☹	☹	
	sehr gut	ok	schlecht	
d. Abstimmen	☺	☹	☹	
	sehr gut	ok	schlecht	
3. Kontextualisierung	☺	☹	☹	
a. Themengeber führt weiter aus	sehr gut	ok	schlecht	
b. Klärungsfragen	☺	☹	☹	
	sehr gut	ok	schlecht	
c. Gruppenthema formulieren	☺	☹	☹	
	sehr gut	ok	schlecht	
d. Entlastung des Themengebers	☺	☹	☹	
	sehr gut	ok	schlecht	
4. Austausch in der Gruppe	☺	☹	☹	
a. Erfahrungsaustausch	sehr gut	ok	schlecht	
b. Beendigung des Austausches	☺	☹	☹	
	sehr gut	ok	schlecht	
5. Schluss	☺	☹	☹	
a. Abschlussritual	sehr gut	ok	schlecht	
b. Bedeutung des Rituals erklären	☺	☹	☹	
	sehr gut	ok	schlecht	
c. Was nimmst du mit?	☺	☹	☹	
	sehr gut	ok	schlecht	
d. Perle des Themengebers	☺	☹	☹	
	sehr gut	ok	schlecht	
e. Einladung zum zweiten Teil und zum nächsten Treffen	☺	☹	☹	
	sehr gut	ok	schlecht	
Zu tun bis zur nächsten SG Sitzung				

Selbststärkende Gemeinschaft (SG) – Statistische Auswertung der Sitzung

Dieses Formular ist vom Moderator / von der Moderatorin umgehend nach der SG Sitzung auszufüllen.

Ort der SG Sitzung / Organisation	Datum	Uhrzeit

Name des Moderators / der Co-Moderatoren	Telefonnummer
1 -	
2 -	

Teilnehmende

Alter Geschlecht	Kinder (0-11 Jahre)	Jugendliche (12-17 Jahre)	Erwachsene (18-64 Jahre)	Ältere Menschen (+65 лет)	Insgesamt
Weiblich					
Männlich					
Insgesamt					

Vorgeschlagene Themen

(1) Stress, Erschöpfung (geistig, körperlich)	(7) Suchtprobleme
(2) Familiäre Angelegenheiten	(8) Depression, Trauer
(3) Marginalisierung / Diskriminierung	(9) Probleme im Zusammenhang mit der Arbeit
(4) Gewalt	(10) Probleme im Zusammenhang mit Ausbildung
(5) Ausbeutung	(11) Andere:
(6) Konflikte	

Gewähltes Thema: _____

Strategien der Teilnehmenden im Umgang im dem gewählten Thema (Ressourcen)

(1) Selbstermächtigung
(2) Verbindung mit anderen Menschen, Solidarität
(3) Spirituelle oder religiöse Hinwendung
(4) Familiäre Fürsorge
(5) Professionelle Hilfe
(6) Selbsthilfe – kulturelle Ressourcen
(7) Teilnahme an SG Sitzungen
(8) Andere:

Allgemeiner Eindruck (was nehme ich mit?)

-
-
-
-
-

Ist eine Überweisung an staatliche Stellen notwendig? (1) ja (2) nein
Welche? (1) Arzt (2) Sozialhilfe (3) Rechtlich (4) Bildung (5) Andere:

Bemerkungen:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Zitat Simone Weil

Die Unglücklichen bedürfen keines anderen Dinges in dieser Welt als solcher Menschen, die fähig sind, ihnen ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden. Die Fähigkeit, einem Unglücklichen seine Aufmerksamkeit zuzuwenden, ist etwas sehr Seltenes und sehr Schwieriges; sie ist beinahe ein Wunder; sie ist ein Wunder. Fast alle, die diese Fähigkeit zu besitzen glauben, besitzen sie nicht. Die Wärme des Gefühls, die Bereitschaft des Herzens, das Mitleid genügen hierzu nicht.

In der frühen Gralssage heisst es von dem Gral, einem wunderbaren Stein, der durch die Kraft der konsekrierten Hostie jeden Hunger sättigt, dass er dem zu eigen gehört, der an den Hüter einen von der schmerzlichsten Verwundungen zu drei Vierteln gelähmten König, als erster die Frage stellt: „Welches Leiden quält dich?“

Die Fülle der Nächstenliebe besteht einfach in der Fähigkeit, den Nächsten fragen zu können: „Welches Leiden quält dich?“. Sie besteht in dem Bewusstsein, dass der Unglückliche existiert, nicht als Einzelteil einer Serie, nicht als ein Exemplar der sozialen Kategorie, welche die Aufschrift „Unglückliche“ trägt, sondern als Mensch, der völlig unseresgleichen ist und dem das Unglück eines Tages einen unnachahmbaren Stempel aufgeprägt hat. Hierzu genügt es — aber das ist zugleich auch unerlässlich —, dass man versteht, einen gewissen Blick auf ihn zu richten.

Dieser Blick ist vor allem ein aufmerksamer Blick, wobei die Seele sich jeden eigenen Inhalts entleert, um das Wesen, das sie betrachtet, so wie es ist, in seiner ganzen Wahrheit, in sich aufzunehmen. Eines solchen Blickes ist nur fähig, wer der Aufmerksamkeit fähig ist.

In: Zeugnis für das Gute, S. 58 f.

Gemeindetherapie im Familiengesundheitsprogramm Brasiliens

MARKUS HERRMANN

Einleitung

Anfang Mai 2010 erschien in Lancet ein Artikel über die Entwicklungen und Veränderungen des brasilianischen Gesundheitswesens (Paim u.a. 2011). Der Reformprozess der letzten 40 Jahre wurde darin dargestellt und diskutiert, einschließlich der Etablierung eines universellen Gesundheitssystems für die gesamte Bevölkerung. Das Besondere dieser Gesundheitsreform besteht darin, dass sie weniger durch Regierung, politische Parteien oder internationale Organisationen durchgesetzt wurde, sondern vielmehr durch zivilstaatliches Engagement. Es folgte in kurzer Folge eine Serie fünf weiterer Beiträge, die die Erfolge in Mutter-Kind-Gesundheit, der Kontrolle von Infektionskrankheiten und ebenfalls die Problematik von Gewalt und Verletzungen sowie nichtübertragbaren Krankheiten in Brasilien diskutierten (Victoria u. a. 2011a, Barreto u. a. 2011, Schmidt u. a. 2011, Reichenheim u. a. 2011a, Victoria u. a. 2011b). Gemeindeorientierung ist ein zentrales und integrales Element im brasilianischen Familiengesundheitsprogramm beruhend auf einem 1988 neu verfassten, universellen Gesundheitssystem für die gesamte Bevölkerung.

Während des Weltkongresses der WONCA, dem Weltverband der Hausärzte, 2010 in Cancun machte Brasilien mit über 100 wissenschaftlichen Beiträgen auf sein neues Familiengesundheitsprogramm international aufmerksam. Für den Autor, der selbst

bereits vor und am Ende seines Medizinstudiums im Praktischen Jahr Erfahrungen im brasilianischen Sozial- und Gesundheitssystem und in den Basisgemeinden der Theologie der Befreiung gesammelt hatte, war dies Anlass für eine Feldforschung mit dem Ziel, die Professionsentwicklung der Allgemeinmedizin und Familienmedizin in Brasilien mit der deutschen Entwicklung zu vergleichen. Diese Arbeit wurde realisiert im Rahmen eines wissenschaftlichen Austauschprogramms des Deutschen Akademischen Austauschdienstes (DAAD) und der brasilianischen Partnerorganisation CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior CAPES) zusammen mit der Wissenschaftlerin Ligia Giovanella, Stiftung Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro.

Historische Entwicklung

1988 wurde eine neue Bundesverfassung in Brasilien verabschiedet, die Gesundheit als Grundrecht verankerte und den Staat in die Pflicht nahm, einen generellen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung zu gewährleisten. Seither gilt das Recht auf medizinische Behandlung als Sozialrecht und öffentliche Aufgabe. Damit war die rechtliche Grundlage für den Aufbau des einheitlichen Gesundheitssystems SUS (Sistema Único de Saúde) geschaffen

(Giovannella & de Souza Porto 2004). Das SUS ist vergleichbar mit dem britischen National Health Service, einem sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaatsmodell (Rosenbrock & Gerlinger 2004, S. 32). SUS garantiert universellen Zugang für die gesamte Bevölkerung, auch wenn 25 % der Bevölkerung weiterhin eine zusätzliche private Versicherung haben (Lobato & Giovannella 2008). Universeller Zugang, Gerechtigkeit, Dezentralisierung, Beteiligung der Bevölkerung, soziale Partizipation und integrale wie integrierte Versorgung sind die leitenden Prinzipien des neuen Einheitlichen Gesundheitssystems SUS. Leitend war der Grundgedanke von sozialer Gleichberechtigung in einem Land, in dem bis dahin ein Großteil der Bevölkerung von jedem formalen Anspruch auf Versorgung über lohnabhängige Beiträge ausgeschlossen war. Die Reform sollte zur Überwindung großer Versorgungsungerechtigkeiten zwischen gesetzlich Krankenversicherten und der armen Bevölkerung ohne Versicherungsschutz beitragen. Stärkere Partizipation der Bevölkerung wurde erreicht durch die Bildung von Gesundheitsräten auf verschiedenen Verwaltungsebenen (Kommune, Bundesland, Bund), die sich paritätisch aus Nutzern (Vertreter von Bürgerbewegungen und auf Gesundheitskonferenzen gewählten Patientengruppen) und Leistungsträgern zusammensetzen. Unter integraler Versorgung wird die Ausrichtung verstanden, die Patienten in ihrer biopsychosozialen Gesamtheit zu betrachten und einen umfassenden Leistungskatalog mit Gesundheitsförderung, Prävention, Krankenbehandlung und Rehabilitationsmaßnahmen anzubieten. Gesundheitsförderung soll damit Vorrang haben, kollektive bzw. Public-Health-Strategien sollen mit individuellen Maßnahmen integriert bzw. verbunden werden. Es besteht kein detaillierter Leistungskatalog. Das Angebot umfasst alle präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie alle Versorgungsebenen der ambulanten und stationären Versorgung: von Impfungen bis zu Organtransplantationen. Die Arzneimittelversorgung ist beschränkt. Die öffentlichen Versorgungseinrichtungen geben Arzneimittel nur in begrenztem Umfang kostenlos ab, stehen aber für bestimmte Public-Health-Programme wie zum Beispiel für Aidsprogramme zur Verfügung.

Dezentralisierung bedeutet die stärkere Einbeziehung von Kommunen und Bundesländern in die Gesundheitsversorgung als zuvor. Diese Umstrukturierung des Gesundheitswesens hat zu wichtigen Änderungen in der politischen Machtverteilung und Verantwortlichkeit zwischen den verschiedenen Regierungsebenen geführt. Kompetenzen und Entscheidungsverantwortung wurden auf die unteren Ebenen der Föderation übertragen (vgl. Araújo, 1999). Heute gibt es praktisch einen flächendeckenden Basisgesundheitsdienst mit Gesundheitsposten und -zentren, die zum größten Teil Eigentum der Kommunen sind. Neben Präventionsmaßnahmen haben die Bürger dort Zugang zu kinderärztlicher, gynäkologischer und allgemeinmedizinischer Behandlung. Für die Finanzierung des SUS sind die drei Verwaltungsebenen von Bund, Ländern und Kommunen zuständig. Die Finanzierung

erfolgt im Wesentlichen durch Bundessteuern, die an die Länder und Kommunen verteilt werden (Costa u. a. 2001; Piola & Biasoto 2001, S. 229). Eine heterogene Angebotsstruktur kennzeichnet die ambulante Versorgung. Das SUS bietet Gesundheitszentren und Polikliniken an, die überwiegend (zu 76 %) in öffentlichem und zu 96% im Besitz der Kommune sind. Ärzte sowie Beschäftigte anderer Gesundheitsberufe sind Angestellte des öffentlichen Dienstes. Kommunen schufen in den letzten zehn Jahren neue Leistungserbringer, was zu einer deutlichen Ausweitung des öffentlichen Angebots geführt hat. So stieg die Anzahl der öffentlichen ambulanten Versorgungseinrichtungen um 40%, von 24.960 im Jahr 1992 auf 35.086 im Jahr 2002 und 42.000 in 2011. Vor allem in kleinen Städten und ländlichen Gemeinden führte dies zu einer spürbaren Verbesserung des Zugangs zur Grundversorgung (Giovannella & de Souza Porto 2004).

1994 wurde durch das Ministerium für Gesundheit der brasilianischen Regierung die gesetzliche Grundlage gelegt für ein Familiengesundheitsprogramm (Programa de Saúde da Família – PSF), einem community oriented primary care- und Public Health-Konzept, das eine grundsätzlich andere Denkweise im Gesundheitswesen einläutete. Es orientiert sich am Primary Health-Care-Konzept (PHC) von Alma Ata (1978). Mit der „Deklaration von Alma Ata“ bekannten sich die Mitgliedsstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im September 1978 in Alma Ata zum Konzept von Primary Health Care (PHC). Gesundheit war nun nicht mehr nur eine medizinische, sondern eine Frage der Menschenrechte und damit der Gerechtigkeit, der Gleichheit und der Partizipation. Es ging und geht beim Primary Health Care um den gleichen Zugang aller zu den Ressourcen von Gesundheit und um die gleiche Beteiligung aller an der Gestaltung des Gesundheitswesens. Die Alma Ata Konferenz mobilisierte eine „Primary Health Care Bewegung“ von Fachleuten und Institutionen, Regierungen und



Abb 1. Ein PSF-Team in Sao Paulo: drei Gesundheitsarbeiter, Familienärztin, Weiterbildungsassistent und Krankenschwester

Organisationen der Zivilgesellschaft, Wissenschaftler und Basisorganisationen, die sich verpflichteten mit dem Ziel, politisch, gesellschaftlich und wirtschaftlich unannehmbaren Ungleichheiten im Gesundheitsbereich zu begegnen (vgl. Franzkowiak & Sabo 1993).

Das neue Familiengesundheitsprogramm wurde in allen Regionen des Landes umgesetzt. Es beruht auf interdisziplinären Familien-Gesundheitsteams, um die Gesundheitsförderung und sekundäre Prävention bestimmter chronischer Krankheiten zu verstärken und gemeindeorientiert zu arbeiten. Es verkörpert ein neues Versorgungsmodell, das die traditionelle Grundversorgung ersetzen und den Aufbau eines integrierten Gesundheitssystems ordnen soll. Es entstehen eigens PSF-Teams, die für jeweils rund 900 Familien in einem Stadtteil verantwortlich sein sollen. Diese Gesundheitsteams setzen sich zusammen aus einem Arzt (Vollzeit, 40 Stunden pro Woche) als Lotse, Integrator und Koordinator, aber auch mit Blick eines Public-Health-Experten für die vorrangigen Gesundheitsprobleme der Gemeinde; einer akademischen Krankenschwester, die vor allem auch Präventionsprogramme und Managed-Care für chronisch Kranke durchführen, einem Zahnarzt, zwei Krankenpflegehelfern und mehreren Gesundheitsarbeitern aus der Gemeinde, die als Gatekeeper oftmals erst die Türen der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung öffnen (s. Abb. 1).

Das Gesundheitsteam soll verantwortlich sein für die Gesundheit der Einwohner ihres Territoriums und aktiv in der Gesundheitsförderung arbeiten. Dazu wird eine Übersicht über besondere Gesundheits- und soziale Probleme jedes Stadtviertels erstellt, wobei das Team mit anderen Institutionen des öffentlichen Dienstes wie Schulen, Wasserwerken, Müllabfuhr, öffentlichem Nahverkehr, Bauamt und anderen zusammenarbeitet. Die Gesundheitsarbeiter, die auch in dem Stadtviertel leben müssen, in dem sie arbeiten, sollen kollektive Public-Health-Arbeiter für das Viertel sein. Sie besuchen jede Familie einmal pro Monat, klären über präventive Maßnahmen auf, wiegen die Kinder, kontrollieren die Impfungen, begleiten die Schwangeren, Diabetiker sowie Bluthochdruckpatienten und sollen Patientengruppen organisieren. Das PSF-Gesundheitsteam als Gatekeeper und Lotse soll zu einer besseren Verzahnung der Grundversorgung mit den komplexeren Versorgungsebenen – also mit Fachärzten, Krankenhäusern und hoch spezialisierten Einrichtungen – durch ein festgelegtes Überweisungssystem beitragen. Mittlerweile werden etwa 52% der Bevölkerung durch dieses System abgedeckt.

Gemeindeorientierung

Dem PHC-Ansatz von Alma-Ata folgend unterscheidet sich das brasilianische Familiengesundheitsprogramm von der deutschen hausärztlichen Versorgung, indem es auf einer ausgesprochenen Gemeindeorientierung basiert. Es werden nicht nur Aufgaben,

die hierzulande durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst wahrgenommen werden, integriert, es basiert auch auf expliziter Partizipation der Bevölkerung.

Die Public-Health-Orientierung zeigt sich darin, dass zusammen mit den Betroffenen eines Gebietes gemeindebezogene Gesundheitsprobleme regelmäßig identifiziert werden (Problemidentifizierung), gemeinsam über notwendige Maßnahmen nachgedacht wird (Strategieentwicklung) und gemeinsam deren Umsetzung verfolgt wird mit anschließender Auswertung und Bewertung (Evaluation) der Maßnahmen. Dieses Vorgehen orientiert sich am Public-Health-Action-Zyklus (Rosenbrock & Gerlinger 2004). Damit findet neben einer nosologisch-biomedizinischen Orientierung eine bevölkerungsbezogene Perspektive orientiert an häufigen Gesundheitsproblemen der Gemeinde Eingang. Neben dem kurativen Auftrag liegt der Fokus vor allem auf umfassender Hilfestellung für Prävention und Gesundheitsförderung. Sowohl Verhältnisprävention als auch Verhaltensprävention haben eine große Relevanz.

Dem Gebot der Verhältnisprävention folgend wird eine Zusammenarbeit mit verschiedenen kommunalen Institutionen in Gesundheitsfragen angestrebt, um Bildungsprozesse anzustrengen (z.B. Schulen), hygienische Missstände zu beseitigen (Müllabfuhr) oder Verkehrsunfälle präventiv zu begegnen (Verkehrsplanung).



Abb. 2 Hausbesuch von Familienarzt und Krankenschwester

Damit obliegen den PSF als gesundheitspolitischen Agenten eine wichtige Rolle Einfluss zu nehmen auf verschiedene kommunale Politikfelder mit Gesundheitsbezug. Bei strukturellen Fragen der Ausgestaltung der Versorgung spielt auch die Partizipation der Bevölkerung durch Beteiligung in Gesundheitsräten eine zentrale Rolle.

Dem Gebot der Verhaltensprävention folgend, sind dabei aufsuchende Tätigkeiten durch Haus- und Familienbesuche, Schulbesuche, Aufsuchen von Gemeinschaftsaktivitäten durch das PSF-Team von zentraler Bedeutung. Beispielsweise suchen die Gesundheitsagenten regelmäßig einmal pro Monat die ihnen zugeordneten Familien auf, beraten in Gesundheitsfragen, organisieren Konsultationen im Gesundheitszentrum, erfassen frühzeitig drohende Gesundheitsprobleme in den Familien. (s. Abb. 2 Hausbesuch von Familienarzt und Krankenschwester).

Auch edukative und bewusstseinsmachende Prozesse anzustoßen, ist Teil des Auftrags der Familiengesundheitsteams. So geht es darum Erziehungsprozesse anzustoßen, z.B. durch die Etablierung verschiedenster Gruppenangebote beispielsweise für ältere Mitbürger, minderjährige Schwangere, Drogenabhängige, Diabetiker oder Menschen mit psychosozialen Problemen in der Gemeinde als *Terapia comunitaria*, Gemeindeförderung.

„Terapia Comunitária“ – Gemeindeförderung

Die „Terapia Comunitária“ (TC), im deutschen Sprachgebrauch wird dafür der Begriff „selbststärkende Gemeinschaft“ genutzt, ist ein therapeutisches Verfahren in einer Gruppe mit dem Ziel der Gesundheitsförderung und der medizinischen Grundversorgung in psychischer Gesundheit. Sie hat die Funktion bürgerschaftliches Handeln, Solidarität und soziale Vernetzung zu fördern und



Abb. 3 Gruppe „terapia comunitaria“, Gemeindeförderung in einem Privathaus unter Moderation eines Familienarztes

kulturelle Identität bedürftiger Kommunen durch institutionelle Teams öffentlich, privat oder freiwillig zu stärken.

Zum einen kommt diesen Gruppen diagnostische Funktion zu hinsichtlich der Analyse der ursächlichen Faktoren, die dazu geführt haben, dass ein Großteil der Bevölkerung grundlegende Bedürfnisse vorenthalten werden und in existentiellm Elend leben. Zum anderen haben diese Gruppen therapeutische Funktionen, indem sie versuchen die Mechanismen, die zum Verlust bürgerschaftlichen Handelns, mangelnder kultureller Identität und Selbstwertgefühl geführt haben, umzukehren.

Auf der diagnostischen Ebene geht es vor allem darum, deutlich werden zu lassen, dass die Entwicklung der brasilianischen Gesellschaft seit der Kolonialisierung bis heute durch Autoritarismus, Manipulation und Verarmung vieler zum Nutzen einiger weniger bestimmt war. Auf der therapeutischen Ebene geht es darum, Kontexte zu identifizieren und deutlich werden zu lassen, wo Menschen aufgrund passiver Erwartungshaltung die Chance verpassen, neue Fertigkeiten zu erlernen und die Autonomie, ihr eigenes Leben zu gestalten, verlieren.

Historisches

Die „Terapia Comunitária“ entstand im Jahr 1987 in Pirambu, einem der größten Favelas in Fortaleza / Ceará im Nordosten Brasiliens (280.000 Einwohner) in Reaktion auf eine wachsende Nachfrage von Menschen in psychischen und sozialen Notlagen, die Rechtshilfe in einem Menschenrechtsbüro suchten. Der laien- und gruppentherapeutische Ansatz wurde in diesem Kontext von dem Psychiater, Theologen und Anthropologen Prof. Adalberto Barreto, Professor am Institut für Gemeindepsychiatrie der Bundesuniversität in Ceará, begründet, um vor allem mit großen Gruppen armer Bevölkerungsschichten zu arbeiten. Zusammen mit einem Rechtsanwalt, Sozialarbeitern, Priestern und einer Vielzahl von Heilern, Künstlern, Musikern u.a. arbeitet er in einer gemeindenahen Gesundheitsfürsorge zusammen. Im Jahre 1996 hat die Pastoral da Crianca (Kinderpastorale) der katholischen Kirche Brasiliens das Team beauftragt Gemeindeförderer auszubilden (Barreto 1996, 1997).

Leitend war die Erkenntnis, dass es nicht möglich war, adäquat auf die Bedürfnisse dieser Menschen zu reagieren mittels Verordnungen oder Überweisungen wie in einer ärztlichen Praxis oder im Krankenhaus; vielmehr sah er es als notwendig an, prioritär die Schaffung und Stärkung von sozialen Netzwerken zu fördern, da die meisten Menschen Einwanderer waren, die ihre Kommunen, meist auf dem Lande, verlassen hatten und ungeordnet in den Peripherien der großen Städte verarmt und ohne Unterstützung des Staates lebten. Oft 10 bis 12 Personen leben in einer kleinen Hütte, ohne ausreichende Sanitäreinrichtungen, ohne Arbeit und oft ohne Essen. Die Eltern sind oft tagsüber außer Haus, ältere Geschwister passen auf die jüngeren auf und gehen betteln. Alko-

holismus, Drogensucht und Gewalt sind weit verbreitet (Barreto 1996).

Theoretische Grundlage

Die „Terapia Comunitária“ wird theoretisch auf vier Säulen verortet: Systemischer Theorie, Kommunikationstheorie, Kulturanthropologie und Resilienz.

Systemtheorie

Der systemische Ansatz erlaubt es, den Menschen in seiner Beziehung zur Familie, der Gesellschaft, zu ihren Werten und ihrem Glauben zu sehen und damit einen Beitrag zum Verständnis und zur Transformation des Individuums zu liefern. Der systemische Ansatz wird genutzt, um ein Problem durch die Gruppe von allen Seiten in seinem Kontext zu verstehen. Man nutzt dabei den Ansatz des deutschen Biologen Ludwig von Bertalanffy (1976) aus den 20er Jahren.

Kommunikationstheorie

Orientierend an der Kommunikationstheorie von Watzlawick (1967) und Bateson werden Symptome wie Alkoholismus, delinquenten Handlungen, Somatisierung seelischen Leidens etc. als eine Form der Kommunikation betrachtet, wo bestimmte Botschaften verborgen bleiben. Der Gruppenprozess kann es nun ermöglichen, unter Einbeziehung von verbalen und non-verbalen Aussagen zu Inhalt aber auch zur Beziehung Dinge auszudrücken, die vorher nicht verbalisiert werden konnten. Dadurch wird das Bewusstsein der Betroffenen erweitert und es ergeben sich durch den Gruppenprozess neue Möglichkeiten der Transformation und Neudefinition.

Kulturanthropologie

Die Kulturanthropologie beleuchtet die kulturellen Werte und Überzeugungen als ein wichtiger Faktor bei der Gestaltung der Identität des Individuums und der Gruppe. Wesentlich ist diese Perspektive für die Entwicklung sozialer Netzwerke, seien sie intrainstitutionell oder sektorübergreifend, um lokale Ressourcen, Bindungen oder Familiendynamiken zu fördern. Nach Barreto ist soziale Transformation nur möglich durch zwei Wege: vertikal durch die Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse oder horizontal über Veränderungen sozioökonomischer und kultureller Verhältnisse.

Resilienz

Resilienz wird als Fähigkeit von Individuen, Familien und Gemeinschaften begriffen, kontextuelle Schwierigkeiten, die über Jahrhunderte das Leben in Armut und Unterdrückung geprägt haben, zu überwinden. Als wesentlich dafür werden die Wertschätzung der persönlichen Erfahrung und die Interaktion zwischen Individuum und seiner Umwelt gesehen, die zwar keinen Vorrang vor der öffentlichen und sozialen Ordnung haben, aber Anstöße geben sich neu zu orientieren; ferner: Sinn für Humor als Weg

Tragisches in Konstruktives zu drehen; Wertschätzung der Kompetenzen von Individuen, Familien und Gemeinschaften als eine wichtige Quelle von Sicherheit, Kompetenz und Wissen.

Methodik der „Terapia Comunitária“

Ziele

- Weiterentwicklung von Prävention und soziale Integration von Menschen in Krisen und mit psychischen Leiden;
- Förderung der Integration von Menschen und Gemeinschaften bei der Rettung von Würde und Staatsbürgerschaft, einen Beitrag zur Reduktion von verschiedenen Arten von Ausgrenzung;
- Förderung der zwischenmenschlichen und interkommunalen Treffen auf die Modernisierung von ihrer jeweiligen Geschichte, der Identität Rettung, Restaurierung von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sollen, und
- Stärkung der Bindung zwischen Menschen unter Wahrung der kulturellen Bezugspunkte eines jeden; Aufzeigen verschiedener Möglichkeiten und Lösungen bei Problemkonstellationen (Camarotti u.a. 2012).

Arbeitsweise

Die Gruppen sind offen, jeder kann teilnehmen zu jeder Zeit. Die Gruppen werden in der Kommune durchgeführt: in kirchlichen Einrichtungen, Gemeindezentren, Gesundheitszentren, Krankenhäusern, Schulen, Bürgerinitiativen, Wohnhäusern etc.. Die Gruppen finden wöchentlich statt oder nach einer vorgegebenen Frequenz mit einer Sitzungslänge von rund zwei Stunden. Zu Beginn wird für neue Teilnehmer eine kurze Erklärung gegeben über das Setting und um die Gruppe für neue zu öffnen. Es besteht keine Verpflichtung der regelmäßigen Teilnahme oder Anmeldung (Barreto 1997).

An den Gruppen können Menschen mit verschiedenen psychologischen Problemen teilnehmen, seien es Bluthochdruckpatienten, Diabetiker, schwangere Frauen, Drogenabhängige, HIV-Positive, Erwachsene, Senioren, Kinder und Jugendliche, freundliche Menschen, nahe Verwandte ohne Altersbegrenzung. Die Sitzung einer Terapia Comunitária gliedert sich in folgende fünf Phasen:

- 1 - Eröffnung
 - 2 - Themenwahl
 - 3 - Kontextbildung
 - 4 - Problematisierung
 - 5 - Zusammenführung
- (Camarotti u.a. 2012)

1 - Eröffnung

Zur Eröffnung setzen sich die Teilnehmer bequem in einen Kreis, neue Teilnehmer stellen sich vor; Teilnehmer, die Geburtstag hatten, bekommen ein Ständchen; die Regeln des Gruppensettings

werden kurz erklärt (Förderung einer Atmosphäre des Zuhörens; Sprechen immer in erster Person Singular, Aufforderung Erfahrungen mitzuteilen, was selbst erlebt wurde und mit welchen Lösungsstrategien Erfahrungen gemacht wurden; keine Ratschläge oder Predigten; zwischen den Beiträgen der Teilnehmer gibt es ein Lied, ein Sprichwort oder eine Redensart, die relevant sind für das diskutierte Thema; Teilnehmer können Familienangehörige, Nachbarn oder Freunde in die Gruppe einladen).

2 - Themenwahl

Teilnehmer werden aufgefordert, Probleme oder Situationen zu benennen, die Anlass sind zur Sorge. Anschließend entscheidet sich die Gruppe für ein Thema mit kurzer Darlegung eines jeden, warum das Thema gewählt wurde.

3 - Kontextbildung

In der Phase der Kontextualisierung wird die betroffene Person, dessen Thema gewählt wurde, gebeten, die Problemsituation genauer darzulegen. Anschließend kann jeder dazu Fragen stellen. Die Fragen sollen helfen, die Reorganisation von Vorstellungen und den Wandel zu ermöglichen. Durch entscheidende Interventionen des Therapeuten kommt es zu einer Transformation des Problems von der individuellen Dimension zur Dimension der Gruppe, z.B. durch die Frage „Wer hat eine ähnliche Situation erlebt, und was hat er getan, sie zu lösen?“ oder „Wer hat ähnliche Gefühle erlebt wie derjenige, der ein Problem vorgestellt hat?“.

4 - Problematisierung

In dieser Phase spricht jeder von seinen persönlichen Erfahrungen; Gemeinsamkeiten und Unterschiede werden herausgearbeitet, so dass für denjenigen, der ein Problem vorgestellt hat, Alternativen deutlich werden können.

Häufige Themen einer Sitzung:

- Verlust oder Krankheit
- Alkohol und Drogen
- Arbeitslosigkeit und Probleme bei der Arbeit
- Persönliche Schwierigkeiten: Mangel an Selbstvertrauen, Unsicherheit, Traurigkeit, Angst
- Verwaistheit, Adoption
- Probleme in der Beziehung mit Kindern, Ehepartner oder Geschwistern
- Häusliche Gewalt
- Schulprobleme und Beschwerden bzgl. der öffentlichen Dienstleistungen
- Verbesserungen nach einer Sitzung

5 - Zusammenführung

Ein affektives Klima entsteht, so dass sich Menschen von anderen unterstützt fühlen, indem sie deren Erfahrungen zur Verfügung gestellt bekommen und diese verinnerlichen können. Lieder werden gesungen, Unterstützung signalisiert. Der Therapeut versucht all denen positive Konnotationen zu geben, die von ihrem

Leid berichtet haben, und er bittet die Teilnehmer mehr von den positiven Dingen zu sprechen, die sie berührt und begeistert haben. Die Sitzung endet mit dem Dank und Wertschätzung sowie der Einladung zum nächsten Treffen.

Therapeutische Haltung

Die Ausbildung kann für verschiedene Gesundheits- und Sozialberufe erfolgen. Der Therapeut ist nicht primär ein Experte, ein Träger der Erkenntnis, er ist vielmehr ein Vermittler, dessen Wissen keinen privilegierten Status in der Gruppe bedeutet. So macht der Therapeut auch keine Interpretationen oder Analysen, die auf theoretischen Erklärungen beruhen. Er versteht sich als ein professioneller Vermittler der Ideen und Lösungen, die aus der Gruppe kommen. Sein Handeln zielt auch nicht explizit darauf, Einstellungen, Verhaltensweisen und Gedanken zu ändern.

Ausblick

Heute gibt es rund 27.000 Gemeindetherapeuten, die in 25 der 28 brasilianischen Bundesstaaten wirken, und das Konzept hat Eingang gefunden in das brasilianische Familiengesundheitsprogramm, wird aber auch in anderen Zusammenhängen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystems angewandt. In den letzten 10 Jahren wurde diese Form der Gemeindetherapie in andere Länder wie Frankreich, der Schweiz, Deutschland, Mosambik, Argentinien, Chile und Mexiko eingeführt. In jedem dieser Länder haben eigene Formen pädagogischer Konzepte Eingang gefunden, um die Sprache und die Art und Weise jeder Gruppe zu erleichtern.

In Deutschland wird durch das Norddeutsche Institut für Bioenergetische Analyse e.V. (NIBA) (<http://niba-ev.de/fortbpedroza/allgemein.php>) eine Fortbildung als Systemisch integrative Gruppenarbeit unter dem Begriff „Selbststärkende Gemeinschaft“ angeboten.

Videos über die Gruppenarbeit mit englischer Übersetzung finden sich bei Youtube unter:

Adalberto Barreto Terapia Comunitaria Parte 1

<http://www.youtube.com/watch?v=zf7IL5a1tA0&feature=related>

Adalberto Barreto Terapia Comunitaria Parte 2

<http://www.youtube.com/watch?v=rVJZi1EqR8w&feature=related>

Für die brasilianische Etablierung des Familiengesundheitsprogramms in seiner starken Gemeindeorientierung und die Entwicklung einer Gemeindetherapie im Besonderen war zivilstaatliches Engagement prägend. Als Vorläufer dieser Entwicklung gilt die „Educação popular“ eines Paulo Freire mit seiner Kritik an den herrschenden Verhältnissen im Bildungssektor der 60er Jahre als Antwort auf den Ausschluss des „Volkes“ aus dem formalen Bildungssystem und einem Alphabetisierungsprogramm für Erwachsene, das nicht nur eine Technik des raschen und gezielten

Erwerbs von Lesen und Schreiben darstellt, sondern darüber hinaus eine Methode der Bewusstseinsbildung. Als weiteren wichtigen gesellschaftlichen Entwicklungsschritt ist die Hochphase der Theologie der Befreiung Brasiliens in den 80er Jahren zu nennen, die in Basisgemeinden eine breite Bewusstseinsbildung erreichen konnte und Erfahrungen in Gruppenprozessen in kommunalen Strukturen sammeln konnte.

Die durch die Konferenz von Alma-Ata propagierte Primary-Health-Care-Bewegung mit dem Ziel, politisch, gesellschaftlich und wirtschaftlich unannehmbaren Ungleichheiten im Gesundheitsbereich zu begegnen, ließ sich vor diesem historisch-kulturellen Prozess Brasiliens sehr gut integrieren.

Dem gegenüber fällt auf, dass die Professionsentwicklung der Allgemeinmedizin und Familienmedizin in Deutschland noch sehr viel stärker Arzt, Patienten und Medizin zentriert ist und bislang weit weniger konzeptionell edukative, bewusstseinsbildende und gemeindeorientierte Ansätze aufzuweisen hat. So gestaltet sich in Deutschland die aktive Einbeziehung von Laien in die Gestaltung von Versorgung ungemein schwieriger. Dies gilt ebenso für die Förderung einer Gemeindeorientierung in der Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Dies mag zum einen daher rühren, dass klassische bevölkerungsmedizinische Felder durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst besetzt sind. Zum anderen stellt sich die Frage, inwieweit zivilstaatliches Handeln, wie es beispielsweise die Gesundheitsbewegung der 80er Jahre in Deutschland propagierte, auch dynamisch Eingang fand in die Weiterentwicklung unserer Gesundheitsversorgung.

Ogleich in beiden Ländern unterschiedliche Formen der sozialen Absicherung im Gesundheitswesen, in der Struktur der Gesundheitssysteme und den Primary-Health-Care-Modellen vorliegen, kann die Vertiefung der vergleichenden Studie zum besseren Verständnis der gemeinsamen Probleme und zum Wissen über die Vielfalt gefundener Lösungen beitragen. Der Blick über den Tellerrand hinaus lohnt sich, durch die Erfahrungen anderer Länder zu lernen. Dennoch ist es nicht möglich, die Erfahrungen zu übertragen, da sie sich aus einer bestimmten historischen, politischen und kulturellen Entwicklung heraus ergeben, einschließlich sozioökonomischer Unterschiede. ■

Prof. Dr. med. Markus Herrmann

MPH, M.A.; Studium der Humanmedizin, Soziologie und Gesundheitswissenschaften, Facharzt für Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Psychotherapie, Psychoanalyse, Suchtmedizin und Homöopathie; niedergelassen in kassenärztlicher Praxis für Allgemeinmedizin in Berlin seit 1999 und seit 2005 Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Magdeburg; Forschung zu allgemeinmedizinischer Versorgungsforschung und Professionsentwicklung.



Literatur

- Araújo MRN A saúde da família: construindo um novo paradigma de intervenções no processo saúde-doença [doutorado]. São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999.
- Barreto, A. A Aranha e a Comunidade tecem suas teias. Belém – PA: Papers do CEPIG, ano 1, No 4, set/1996.
- Barreto, A. Manual do Terapeuta Comunitário da Pastoral da Criança. Fortaleza : Mimeo, 1997
- Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC., Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs; Lancet 2011; 377: 1877–89
- Bertalanffy, L.V. & cols. (1976) Teoria dos Sistemas. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas
- Camarotti, M.H.; Silva, F.R.S.; Medeiros, D.; Lins, R.A.; Barros, P.M.; Camarotti, J.; Rodrigues, A. Terapia Comunitária: Relato da Experiência de Implantação em Brasília – Distrito Federal; Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária do DF (MISMEC-DF) Endereço: SMLN MI 3 conj03 casa 37 Lago Norte – Brasília-DF Brasil, s. <http://mismecdf.org/pdf/relato%20de%20experiencia%20df.pdf> (Zugriff 04.04.2012)
- Costa NR, Siva PLB, Ribeiro JM, A descentralização do sistema de saúde no Brasil. Revista do Serviço Público (1999), 50 (3):33–54.
- Franzkowiak P, Sabo P (Hrsg.) Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente der Gesundheitsförderung in Wortlaut und Kommentierung. Peter Sabo. Mainz, 1993; s.a.: http://www.gesundheitsfoerderung.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_international/1978ALMAATA_de_BZgA93.pdf (23.03.2011)
- Giovanella L, de Souza Porto MF Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik in Brasilien, 2004 Arbeitspapier Nr. 25, Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Frankfurt
- Lobato LVCL, Giovanella L Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, org. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008, S.107–140.
- Lourenço LG, Soler ZASG Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil (Implementation of the Family Health Program in Brazil); Arq Ciênc Saúde 2004 jul-set;11(3):158–62
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J, The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011 May 21;377(9779):1778–97.
- Piola SF., Biasoto JG. Financiamento do SUS nos anos 90. In: Brasil. Radiografia da Saúde (B. Negri & G. de Giovanni, org) pp. 219–32. Campinas: Unicamp/IE., 2001
- Reichenheim ME, Ramos de Souza E, Moraes CL, Prado de Mello Jorge MH, Furtado Passos da Silva CM, de Souza Minayo MC, Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead; Lancet. 2011 Jun 4;377(9781):1962–75.
- Rosenbrock R, Gerlinger T Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung; Huber, Göttingen, 2004
- Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR., Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges; Lancet. 2011 Jun 4;377(9781):1949–61.
- Starfield B, Politics, primary healthcare and health. J Epidemiol Community Health 2011;65:653–655 doi:10.1136/jech.2009.102780
- Victoria CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges, Lancet 2011a; 377: 1863–76
- Victoria CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos FI, Almeida C, Bahia L, Travassos C, Reichenheim M, Barros FC, Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward, Lancet. 2011b Jun 11;377(9782):2042–53.
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD Pragmatics of Human Communication. New York W. W. Norton 1967.