

Emotionale Kompetenz

Eine Basis für Gesundheit und Gesundheitsförderung

Ein gesundheitswissenschaftlicher Beitrag zur Grundversorgung von Menschen mit psychogenen Störungen und Erkrankungen

Dissertation zur
Erlangung des Doktorgrades
Dr. Public Health (P.H.)
an der
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
der Universität Bielefeld

November 2004

Vorgelegt von: Ulla Franken
Mathildenstr. 46
45130 Essen

Erstgutachter: Prof. Dr. B. Badura
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Zweitgutachter: Prof. Dr. M. Wirsching
Universität Freiburg
Abteilung für Psychosomatik und
Psychotherapeutische Medizin

Drittgutachter: Prof. Dr. G. Hüther
Universität Göttingen
Klinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie
Neurobiologisches Labor

Inhalt

1	Zur Problemstellung und Relevanz der Arbeit sowie zu ihren Zielen und ihrer Konzeption.....	7
1.1	Zur Verbreitung und Versorgungsrelevanz psychischer, psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen.....	7
1.2	Die Antwort des Systems: Psychosomatische Grundversorgung – ein neuer Versorgungsansatz zwischen Biomedizin und Psychotherapie.....	14
1.3	Möglichkeiten und Grenzen der bisherigen Versorgungsansätze.....	16
1.3.1	Möglichkeiten.....	16
1.3.2	Grenzen.....	20
1.3.3	Vernachlässigung von Gesundheitsförderung und Prävention.....	25
1.3.4	Weiterführende Überlegungen.....	28
1.4	Zielsetzung der Arbeit.....	32
1.4.1	Gesundheitswissenschaftliche Ausrichtung.....	34
1.4.1	Fokussierung auf die Emotionen.....	37
1.5	Forschungsstand.....	39
1.5.1	Die pathogenetische Forschungstradition und ihre Auswirkungen auf die Praxis.....	40
1.5.2	Die salutogenetische Forschungstradition und ihre Auswirkungen auf die Praxis.....	45
1.5.3	Weiterführende Überlegungen.....	52
1.6	Konzeption und Aufbau der Untersuchung.....	60
1.7	Zur Methode.....	63
2	Grundlegende Emotionstheorien.....	67
2.1	Zum Begriff und zur Klassifikation der Emotionen.....	67
2.2	Evolutionspsychologische Theorien.....	71
2.3	Psychophysiologische Theorien.....	75
2.4	Kognitive Emotionstheorien.....	77
2.4.1	Auf dem Weg zu einer Kognitivierung der Emotionstheorien.....	77
2.4.2	Ein echter kognitiver Ansatz: Das Modell von Lazarus.....	78
2.5	Die Biologie der Emotionen.....	83
2.5.1	Die Stressregulation.....	84
2.5.1.1	<i>Die beiden Achsen der Stressreaktion.....</i>	84
2.5.1.2	<i>Die Stressreaktion und die Herausbildung emotionaler Grundmuster.....</i>	88
2.5.1.3	<i>Die Stressreaktion als Basis der Entwicklung.....</i>	91
2.5.2	Die Psychoneuroimmunologie.....	93
2.5.3	Neurale Grundlagen der Emotionen.....	96
2.5.4	Die Neurobiologie positiver Emotionen.....	99
2.6	Fazit.....	111

3	Gesundheitsrelevante Persönlichkeitsdispositionen und Emotionen.....	117
3.1	Gesundheitsrisikofaktoren, Persönlichkeit und Emotionen	118
3.1.1	Typ-A-Verhalten, Feindseligkeit, Ärger etc.....	118
3.1.2	Typ-C-Verhaltensmuster, Depression, Hilf- und Hoffnungslosigkeit.....	124
3.1.3	Gelernte Hilflosigkeit	131
3.2	Gesundheitsschutzfaktoren, Persönlichkeit und Emotionen.....	135
3.2.1	Selbstwirksamkeits- und Kompetenzerwartung	136
3.2.2	Kontrollüberzeugungen	141
3.2.3	Hardiness und Kohärenzgefühl.....	146
3.2.4	Soziale Unterstützung und Persönlichkeit.....	154
3.3	Fazit.....	161
4	Die <i>Entstehung</i> verschiedener chronischer Emotionen.....	167
4.1	Stress und Neurosenentwicklung.....	169
4.1.1	Stresszustände als mögliche Ausgangspunkte einer neurotischen Entwicklung.....	169
4.1.2	Der Stressbegriff – ein Brückenschlag zum psychoanalytischen Verständnis?.....	171
4.2	Die normale und die gestörte Entwicklung einzelner Emotionen.....	174
4.2.1	Angst /Furcht.....	175
4.2.2	Kummer, Trauer, Niedergeschlagenheit und Depression.....	177
4.2.3	Ärger, Wut und Zorn.....	182
4.2.4	Selbstwertgefühl.....	184
4.2.5	Freude, Glück und Wohlbefinden – Zeichen für psychische Gesundheit.....	187
4.3	Auswirkungen pathogener Belastungen auf die Emotionalität	190
4.4	Fazit.....	195
5	Die „ <i>ausweichende</i> “ <i>Bewältigung</i> unlustbetonter Emotionen.....	199
5.1	Sucht und Abhängigkeit als verbreitete Strategien zur Regulierung von unlustbetonten Gefühlen.....	199
5.1.1	Was ist Sucht? Verbreitung, Bedeutung, Formen, Funktion.....	201
5.1.2	Ursachen: Wie wird Sucht erklärt?.....	206
5.1.2.1	<i>Faktor: Droge</i>	207
5.1.2.2	<i>Faktor: Person</i>	210
5.1.2.3	<i>Faktor: Umwelt</i>	214
5.2	Beispiele stoffungebundener Sucht	217
5.2.1	Co-Abhängigkeit: Herkunft des Begriffs, Definitionen, Ursachen.....	218
5.2.2	Merkmale co-abhängigen Verhaltens.....	220
5.2.3	Das Helfer-Syndrom / Die Helfer-Problematik.....	223
5.2.4	Exkurs: Burnout.....	225
5.2.5	Parallelen zwischen Süchten und anderen „Störungsbildern“.....	229
5.3	Fazit.....	233

6	Die gesundheitsförderliche Beeinflussung unlustbetonter Emotionen.....	237
6.1	Einige Zielsetzungen und Grundannahmen psychotherapeutischen Vorgehens	238
6.1.1	Zielvorstellungen in der Psychotherapie	238
6.1.1.1	Zielvorstellungen der Psychoanalyse.....	238
6.1.1.2	Die Zielvorstellungen anderer tiefenpsychologischer Schulen	240
6.1.1.3	Zielvorstellungen der humanistischen Psychologie	242
6.1.1.4	Zielvorstellungen der kognitiven Therapieschulen	245
6.1.2	Vom Sinn schmerzhafter Lebenserfahrungen und emotionalen Leids.....	247
6.2.	Beiträge aus Psychotherapie- und Bewältigungsforschung zur Beeinflussung unlustbetonter, belastender Emotionen.....	251
6.2.1	Strategien zur Beeinflussung unlustbetonter Emotionen	252
6.2.1.1	Das Identifizieren und Benennen von Emotionen.....	252
6.2.1.2	Klärung der Motive und Selbstklärung.....	254
6.2.1.3	Veränderung dysfunktionaler Denkmuster.....	256
6.2.1.4	Die Auflösung emotionaler Blockaden (Katharsis).....	258
6.2.1.5	Problembewältigung.....	262
6.2.1.6	Bewegung.....	264
6.2.1.7	Entspannung, Meditation	267
6.2.1.8	Verschiedene weitere Wirkfaktoren	271
6.2.2	Der Beitrag der Bewältigungsforschung.....	273
6.2.2.1	Einteilungs- und Ordnungsversuche.....	274
6.2.2.2	Zur Effizienz der verschiedenen Bewältigungsformen.....	276
6.3	Zum Zusammenhang von psychischer und körperlicher Gesundheit	278
6.4	Fazit und Ausblick.....	284
7	Gesundheitsförderung durch Förderung emotionaler Kompetenz.....	291
7.1	Zusammenfassung der Ausgangssituation und Zielbestimmung	291
7.1.1	Zusammenfassung der Ausgangssituation in einem Modell.....	291
7.1.2	Das Ziel der Gesundheitsförderung: Verbesserung der Selbstregulation.....	299
7.1.3	Entwicklung von Interventionszielen/ -kriterien und Vervollständigung des Modells	306
7.2	Kritische Sichtung bewährter Stress- u. Gesundheitsförderungsprogramme.....	312
7.2.1	Stressbewältigung in der Tradition der kognitiven Psychologie	313
7.2.1.1	Das Gesundheitsförderungsprogramm nach Kaluza	313
7.2.1.2	Das Stressimpfungstraining nach Meichenbaum	319
7.2.1.3	Weitere Stressbewältigungs- und Gesundheitsförderungsprogramme	322
7.2.2	Ein Stressbewältigungsansatz aus der Mind-Body-Medizin.....	329
7.2.2.1	Das Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR).....	329
7.2.2.2	Weiterreichende Implikationen des MBSR (im Vergleich mit den bereits diskutierten Ansätzen).....	337

7.2.2.3	<i>Wirkungsnachweise der Programme</i>	344
7.2.2.4	<i>Erfahrungen von TeilnehmerInnen an achtsamkeitsbasierter Stressbewältigung.</i>	350
7.3	Schlussfolgerungen für die Gesundheitsförderung	375
7.3.1	Zu den „methodischen“ Konsequenzen für die Gesundheitsförderung	377
7.3.2	Zu den inhaltlichen Konsequenzen für die Gesundheitsförderung.....	383
7.3.2.1	<i>Resümee der inhaltlichen Empfehlungen</i>	383
7.3.2.2	<i>Allgemeine Überlegungen zur Umsetzung</i>	399
7.3.3	Zu den strukturellen Konsequenzen	405
Literaturverzeichnis		419

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Das Anforderungs-Ressourcen-Modell zur Erklärung des aktuellen Gesundheitszustandes von Becker
- Abbildung 2: Das sozialepidemiologische Modell der Krankheitsentstehung und -verhütung von Badura
- Abbildung 3: Die primären Emotionen nach Ekman, Izard, Tomkins und Plutchik
- Abbildung 4: Das transaktionale Stress-Coping-Modell von Lazarus
- Abbildung 5: Das psychoneuroendokrinologische Modell von Henry
- Abbildung 6: Darstellung des Mandelkerns (Amygdala) nach Goleman
- Abbildung 7: Das Vier-Quadranten-Modell der Kontrolle von Shapiro und Astin
- Abbildung 8: Beispiel für ein ABC-Schema
- Abbildung 9: Physiologische Veränderungen bei Kampf-oder-Flucht- und Entspannungsreaktion nach Benson
- Abbildung 10: Überblick über das Programm „ Optimistisch den Stress meistern“ von Reschke u. Schröder
- Abbildung 11: Die sechs zentralen Komponenten einer Patientenschulung nach Petermann

Entwicklung eines Modells gesundheitsförderlicher emotionaler Kompetenz in mehreren Schritten:

- Abbildung I/1: Das transaktionale Stress-Coping-Modell nach Lazarus, emotionstheoretisch fundiert und ergänzt um das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum nach Antonovsky
- Abbildung I/2: Der Einfluss gesundheitsförderlicher und gesundheitsriskanter Persönlichkeitsdispositionen auf das Ausgangsmodell
- Abbildung I/3: Die Geschichte der emotionalen Entwicklung als Hintergrund des aktuellen (Stress-)Erlebens
- Abbildung I/4: „Abhängigkeit“ und „ausweichende“ Bewältigung als weitere gesundheitsriskante Faktoren
- Abbildung I/5: Modell gesundheitsförderlicher emotionaler Kompetenz

1 Zur Problemstellung und Relevanz der Arbeit sowie zu ihren Zielen und ihrer Konzeption

1.1 Zur Verbreitung und Versorgungsrelevanz psychischer, psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen

Nachdem die Thematik in Deutschland lange Zeit vernachlässigt wurde, findet die herausragende Bedeutung psychogener Störungen seit einigen Jahren zunehmende wissenschaftliche und politische Aufmerksamkeit. Eine Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und verschiedene andere epidemiologische Untersuchungen haben die erhebliche Relevanz und Verbreitung psychischer, psychosomatischer und somatopsychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung deutlich gemacht und gezeigt, dass psychische Störungen nicht, wie vielfach angenommen, ein seltenes Phänomen sind (vgl. Maier, 1996, vgl. a. Wittchen, 1999). Neurosen, psychosomatische Krankheiten und pathologische Reaktionen auf belastende Lebensumstände gelten als die häufigsten Leidenszustände in allen industrialisierten Ländern (vgl. Tress, 1997, S. 3). Studien in den USA, Kanada, Deutschland und verschiedenen anderen europäischen Ländern zeigten übereinstimmend, dass fast jeder Zweite im Verlauf seines Lebens zumindest unter einer klinisch bedeutsamen Störung leidet (vgl. Wittchen u.a., 1999 u. 2000). In der Weltbevölkerung sind dies die zweithäufigsten Krankheiten nach den Infektionen (vgl. Huber, A., 1999, S. 52). Alleine die Depressionen stehen weltweit an vierter Stelle der Krankheitsursachen, wobei befürchtet wird, dass sie bis 2020 bereits den zweiten Platz einnehmen werden (ebd.). Die Zeitschrift „Psychologie Heute“ spricht in ihrem Bericht über einen Mental-Health-Kongress der WHO im Frühjahr 1999 sogar davon, dass „Europa psychisch krank ist“ (vgl. Huber, 1999). Die Entwicklung im Bereich der psychischen Gesundheit habe sich weltweit dramatisch verschlimmert. Als besonders beunruhigend gilt die Zunahme von depressiven Störungen, von Angst- und von Suchterkrankungen. Zudem rechnen die Forscher mit einem weiteren Ansteigen posttraumatischer Stresssyndrome aufgrund steigender gesellschaftlicher Gewalt sowie zunehmender kriegerischer Konflikte und Naturkatastrophen (ebd.).

Verschiedene Studien verdeutlichen die sozial- und gesundheitspolitischen Dimensionen dieser Entwicklung für die BRD:

Schepank (1987) und Mitarbeiter kamen im Rahmen der Mannheimer Feldstudie¹ zu dem Ergebnis, dass die Prävalenz psychogener Störungen von Krankheitswert in der erwachsenen Durchschnittsbevölkerung ungefähr ein Viertel (26 %) ausmacht. Die identifizierten psychogener Störung setzten sich zu 7,16 % aus Psychoneurosen (ICD-9/300), zu 5,67 % aus Charakterneurosen bzw. Persönlichkeitsstörungen (ICD-9/301) und zu 11,67 % aus den funktionellen psychosomatischen Störungen (ICD-9/305 u. 306) zusammen (vgl. Schepank, S. 273 ff.)²

¹ Bei der Mannheimer Feldstudie handelt es sich um eine Längsschnittstudie mit 600 aus dem Melderegister per Zufall gezogenen Mannheimer Bürgern, in deren Verlauf bisher zu drei Messzeitpunkten im Abstand von jeweils ca. 10 Jahren die Prävalenz psychogener Erkrankungen in der erwachsenen Normalbevölkerung untersucht wurde (Schepank, 1987).

² Die ICD „International Classification of Diseases“ mit ihren Unterkategorien, hier zum Beispiel (ICD 300 etc.) und die später noch erwähnte DSM-III-R „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (Revision der dritten Auflage der American Psychiatric Association, 1987) stellen übergreifende medizinische

Kroenke und Mangelsdorff (1989) kamen bei einer Untersuchung von 1000 Patienten, die sich mit Allgemeinsymptomen (Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Müdigkeit usw.) an einer medizinischen Poliklinik vorgestellt hatten, sogar zu einem Anteil von 84 %. Nur bei 16 % dieser Patienten, die drei Jahre lang begleitet und intensiv und invasiv diagnostiziert wurden, konnte eine organische Ätiologie der Beschwerden festgestellt werden.

Eine Studie der Weltgesundheitsorganisation zu „Psychologischen Problemen bei Allgemein- arztpatienten“ (vgl. **Weiffenbach u.a., 1996**) zeigte, dass bei einem knappen Drittel (32,3 %) der Patienten in Allgemeinpraxen eine psychische oder psychosomatische Störung vorliegt.³ Am häufigsten sind gemessen auf Basis der ICD-10 depressive Episoden (11,2 %) und Angst- erkrankungen (generalisierte Angststörung 8,5 %, Panikstörung 1,9 %) einerseits sowie ver- schiedene somatoforme Störungen (19,9 %) andererseits.

Eine Befragung von Allgemeinpraktikern im Rahmen einer Verbundstudie zur Psychosomati- schen Grundversorgung (**Sandholzer, 1999**) kam zu einer vergleichbaren Ergebnis. Danach sind etwa 34 % aller Patienten im Quartal psychisch oder psychosomatisch krank. Am häu- figsten leiden die Patienten an Angst, an Depressionen und an Partnerschaftskonflikten, gefolgt von unbewältigten Lebensereignissen, körperlicher Krankheit, Schmerzen, beruflichen Proble- men und Schlafstörungen.

Der Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ (**Wittchen u.a., 1999**), der 1998/1999 im Rahmen des Bundesgesundheits surveys erstellt wurde, kam zu dem Ergebnis, dass psychische Störun- gen in Form von affektiven, somatoformen und Angststörungen mit 17,3 % in der Allgemein- bevölkerung weit verbreitet sind. Dabei fiel die Prävalenz psychischer Störungen in den neuen Bundesländern eher niedriger als höher aus. Wieweit diese Divergenz auf unterschiedliche De- finitionen und Kriterien psychischer Störungen zurückzuführen ist (vgl. ebd., s. S. 222) oder darauf, dass z.B. berufliche Anpassungsprobleme in den neuen Bundesländern eher als gesell- schaftliches denn als individuelles Problem attribuiert werden, muss an dieser Stelle offen blei- ben (vgl. Linden u.a., 1996, S. 211 f.).

Die TACOS (Transitions in Alcohol Consumption and Smoking)-Studie (vgl. **Meyer u.a., 2000**), die die Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der 18- bis 64-jährigen Allge- meinbevölkerung einer norddeutschen Region untersucht hat, ermittelt eine Rate von 35,6 % der psychischen Störungen (erfasst nach DSM-IV), die sich auf 45,4 % erhöht, wenn die Ein- zeldiagnose mit der höchsten Prävalenz, die Tabakabhängigkeit, eingeschlossen wird. Störun- gen durch den Konsum psychotroper Substanzen (Tabak, Alkohol etc.) stellten mit einer Le- benszeitprävalenz von 25,8 % die häufigste Diagnosegruppe dar, gefolgt von Angststörungen (15,1 %), somatoformen Störungen (12,9 %), affektiven Störungen (12,3 %) und Essstörungen (0,7 %).

bzw. psychiatrische Klassifikationssysteme dar, die zugleich die jeweilig vorherrschenden Denkmodelle der Disziplin widerspiegeln (vgl. Herrmann u.a., 1990). Um einordnen zu können, welche ICD-Fassung der je- weiligen Untersuchung zugrundeliegt, ist es hilfreich zu wissen, dass die ICD-9 bis 1997 galt und ab Januar 1998 durch die bis heute gültige 10. Fassung (ICD-10) abgelöst wurde (vgl. <http://www.dimdi.de>). Ebenso liegt die DSM-Klassifikation inzwischen in einer vierten Auflage vor (vgl. Schulte-Markwort u.a., 2002; vgl. für eine Gegenüberstellung von ICD-9 und ICD-10 auch: Schneider u. a., S. 263ff)

³ Vgl. zu den Gründen für die niedrigere Rate in der Berliner Region: Linden u.a., 1996.

Schließlich weist die Deutsche Angestellten Krankenkasse DAK in jedem Gesundheitsreport der zurückliegenden Jahre auf die Zunahme der psychischen Erkrankungen unter den Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen hin (vgl. **DAK-Gesundheitsreport, 2002**). Ausgehend von den Werten des Jahres 1997 zeigte sich, dass sowohl die Zahl der Ausfalltage als auch die Zahl der Krankmeldungen aufgrund psychischer Störungen um etwa die Hälfte zugenommen hat. Etwas langsamer verlief die Entwicklung der Betroffenenquote. Der Anteil der Versicherten, die sich mindestens einmal im Jahr wegen seelischer Probleme krankgemeldet hatte, ist um 29 Prozent gestiegen (vgl. ebd. S. 50 ff.). Laut Gesundheitsreport 2003 hält diese Entwicklung weiterhin an, wobei verschiedene psychische Störungen bei Frauen um 70 % bis 90 % häufiger als Begründung für Arbeitsunfähigkeit registriert wurden als bei Männern (vgl. DAK-Gesundheitsreport, 2003, S. 32). Nach den Depressionen und verschiedenen neurotischen Erkrankungen (u.a. Angsterkrankungen und Reaktionen auf schwere Belastungen) stehen die Suchterkrankungen an dritter Stelle. Hier sind Männer stärker betroffen als Frauen. Besonders gehäuft treten psychische Erkrankungen bei Menschen in der Lebensmitte auf (vgl. ebd., S. 34). Ein alarmierender Anstieg psychischer Erkrankungen zeigt sich aber auch bei jungen DAK-Mitgliedern und hier bei jungen Männern ebenso wie bei jungen Frauen (vgl. DAK-Gesundheitsreport, 2002, S. 63 ff.)

Lange Zeit wurde in Deutschland die empirische Erforschung der psychischen Störungen vernachlässigt, so dass es wenig gesicherte Daten zur Prävalenz solcher Störungen in der Allgemeinbevölkerung gab. Insbesondere für die psychosomatischen Störungen wurden die Versuche zur Entwicklung einer operationalisierten Diagnostik weniger zahlreich und weniger konsequent vorangetrieben, als dies für andere häufige psychische Störungen der Fall war (vgl. Weiffenbach u.a., S. 528).⁴ Einige frühe Studien fanden daher zu einem Zeitpunkt statt, als standardisierte Instrumente und Klassifikationen nicht oder nur in unzureichender Form zur Verfügung standen (vgl. Weiffenbach, S. 529; vgl. a. Meyer u. a., 2000). Inzwischen hat sich die Situation verändert: Es liegt mit den Ergebnissen des Zusatzsurveys „Psychische Störungen“ zum Bundesgesundheitsurvey 1998/99, der WHO-Allgemeinpraktikerstudie, der Depression 2000- und der TACOS-Studie eine recht gut fundierte empirische Datenbasis vor.

Fasst man die Ergebnisse dieser Untersuchungen zusammen, so leidet etwa ein Drittel der Bevölkerung an einer psychischen Störung bzw. Erkrankung. Probleme bestehen allerdings in der Vergleichbarkeit der Befunde. Zum einen differieren – wie weiter unten noch deutlich werden wird – die Einschlusskriterien, je nachdem, was unter psychischer bzw. psychosomatischer

⁴ Hinzu kommt, dass sich das Konzept psychosomatischer Störungen in den letzten zwei Jahrzehnten in definitorischer und ätiologischer Hinsicht erheblich verändert hat. Zum einen wurde die herkömmliche, an psychodynamischen und psychoanalytischen Modellvorstellungen orientierte Betrachtungsweise durch Beiträge der psychophysiologisch und lernpsychologisch ausgerichteten Verhaltensmedizin ergänzt und erweitert. Zum anderen haben sich die Konzepte psychischer Störungen dahingehend geändert, dass durch die Einführung standardisierter, internationaler Diagnosesysteme (ICD-10, DSM-III-R, DSM-IV) ätiologische und pathogenetische Aspekte zugunsten symptomorientierter Diagnosen und kriterienorientierter Definitionen zurückgedrängt wurden. Beispielsweise wurden im Verlauf dieser Entwicklung solche klassischen theoriegebundenen Kategorien wie die der Neurose oder der Hysterie ganz abgeschafft oder in eher deskriptive Definitionen überführt (vgl. Weiffenbach, S. 528 ff.; vgl. a. Henningsen u.a., 2002, S. 6; zur kritischen Würdigung vgl. a. Hoffmann, 1998 u. Rudolf, 1998).

Erkrankung verstanden wird. Zum anderen sind Abweichungen zu erwarten, je nachdem, welches Diagnosesystem zugrunde gelegt wurde.⁵

Um vor diesem Hintergrund einen Überblick über die Dimensionen des hier relevanten Problemfeldes zu erhalten, empfiehlt es sich, zunächst vom nosologischen Oberbegriff der psychogenen Erkrankungen auszugehen (vgl. Tress, S. 5) und dann eine Unterteilung in psychische Störungen, funktionelle Störungen bzw. somatoforme Erkrankungen und psychosomatische Störungen im engeren Sinne vorzunehmen. Hinzu kommen noch die psychischen Begleitfaktoren bei chronischen somatischen Erkrankungen, die auch als sekundäre psychosomatische bzw. somatopsychische Störungen bezeichnet werden (vgl. zu der im Folgenden vorgenommenen Einteilung: Bundesärztekammer, 2001 u. Weiffenbach u.a., 1995).

1. **Psychische Erkrankungen** bzw. Störungen, bei denen eine primär somatische Symptomatik nicht im Vordergrund steht. Herkömmlich wurde für diese Art der Störungen der Begriff Neurosen gebraucht, eine Kategorie, die mit der ICD-10 ganz abgeschafft wurde. Häufige Erkrankungen dieser Kategorie sind die depressive Episode, die generalisierte Angststörung, die Panikstörung sowie Suchtprobleme, v.a. Alkoholerkrankungen.
2. **Funktionelle Störungen bzw. somatoforme Erkrankungen** stellen körperliche Beschwerden ohne organischen Befund dar (vor allem Schmerzen, aber auch Oberbauch- oder Herzbeschwerden, Durchfall und Übelkeit, Verspannungen). Zusammenfassend gesagt handelt es sich um Störungen, die wie körperlich verursacht aussehen, es aber nicht sind. Viele dieser Krankheitsbilder wurden traditionell häufig als funktionelle Störungen, als vegetative Dystonie, als allgemeines psychosomatisches Syndrom oder als psychische Überlagerung bezeichnet (vgl. Henningsen u.a., S. 6; zur Differenzierung von somatoformen und funktionellen Störungen vgl. a. ebd., S. 77 ff.; vgl. a. Rudolf u. Henningsen, 1998).⁶
3. **Psychosomatische Krankheiten**, also solche Krankheiten, bei denen organische Veränderungen vorliegen und an deren Entstehung und Verlauf gleichzeitig psychosoziale Faktoren wesentlich beteiligt sind. Als Beispiele für solche psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne werden Colitis ulzerosa, Morbus Crohn, Dermatosen, Rheuma, Allergien und der Herzinfarkt genannt (vgl. Bundesärztekammer, 2001, S. 46; vgl. a. Hinterhuber, 1988). An anderer Stelle werden auch solche Krankheitsbilder erwähnt, bei denen der organische Anteil in der Verursachung umstritten ist, wie der Tinnitus oder die Migräne. Diese und andere Erkrankungen werden häufig unter der ICD-10-Kategorie F 54 „Psychische Fakto-

⁵ Ein systematischer Vergleich der beiden Diagnosesysteme ICD-10 und DSM-III-R, der im Rahmen einer epidemiologischen Untersuchung über die Häufigkeit von Angst und von depressiven Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung durchgeführt wurde, ergab, dass durch die ICD-10 eine größere Zahl von affektiven Störungen identifiziert wurde als durch das DSM-III-R, und dass demgegenüber aber das DSM-III-R eine größere Zahl von Angststörungen identifizierte als die ICD-10 (vgl. Wacker, 1995).

⁶ „Mindestens 20 % der Patienten, die einen Hausarzt aufsuchen, leiden an einer somatoformen Störung; auch aus stationären Abteilungen werden somatoforme Störungen in einer Häufigkeit von 10 bis zu 40 % der Patienten berichtet.“ (Henningsen u.a., S. 3 ff.) Die Patienten mit somatoformen Erkrankungen stellen eine besondere Herausforderung für das Versorgungssystem dar, weil sie in vielen Fällen als behandlungsresistent gelten und wenig bereit sind, eine Psychotherapie zu beginnen. Man nimmt an, dass somatoforme Störungen häufig eine Eintrittskarte in das medizinische System darstellen, um bei Lösung eines unbewussten Konflikts Hilfe zu erhalten bzw. durch ärztliche Hilfe eine ängstigende oder schmerzvolle Neuorientierung zu vermeiden (vgl. Franz u.a., 1998).

ren oder Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Erkrankungen“ erfasst (vgl. Henningsen u.a., 2002, S. 5; vgl. a. Henningsen u. Rudolf, 1998).

4. Psychische Begleitfaktoren bei chronischen somatischen Erkrankungen, sogenannte **somatopsychische Störungen**, liegen dann vor, wenn bei schweren und chronischen körperlichen Erkrankungen (z.B. maligne Erkrankungen, koronare Herzerkrankung, Diabetes, Rheuma) somatopsychische Wechselwirkungen hinzutreten und die Bewältigung dieser Erkrankungen psychische Probleme verursacht (vgl. Bundesärztekammer, 2001, S. 32). In dem Positionspapier der Bundesärztekammer wird allerdings auch dann von somatopsychischen Erkrankungen gesprochen, wenn „schwere somatische Erkrankungen zur Bewältigung psychischer Probleme auftreten“ (Bundesärztekammer, 2001, S. 2).⁷

Berücksichtigt man das gesamte Spektrum der Erkrankungen, an denen psychische Faktoren verursachend oder sie begleitend beteiligt sind, dann ist anzunehmen, dass die Problematik insgesamt noch umfassender ist, als dies in den zuvor erwähnten Untersuchungen bereits deutlich wurde. Zum Beispiel konzentrierte sich die WHO-Studie bei der Erfassung der psychosomatischen Störungen v.a. auf die somatoformen Störungen der Kategorie F 45 (vgl. Weiffenbach u.a.). Diese Art der Störungen ist von sehr großer Bedeutung für das medizinische Versorgungssystem, weil die betroffenen Patienten zu dessen intensivsten Nutzern gehören. Andere ebenfalls psychogen verursachte Krankheitsbilder wurden in der WHO-Studie dagegen nicht erfasst. Unberücksichtigt blieben beispielsweise die Ess- und Schlafstörungen, die Konversionsstörungen, ein großer Teil der psychosomatischen Störungen, die oben unter Punkt 3 gefasst wurden, und verschiedene andere (vgl. Weiffenbach u.a., S. 533). Die Autoren selber vermuten daher, dass die Gesamtprävalenz psychischer und psychosomatischer Störungen durch diese Untersuchung eher noch unterschätzt wird (ebd.; vgl. a. Tress u.a., 1997).

Viele Erkrankungen, bei denen der organische Anteil in der Verursachung umstritten ist, beispielsweise der Tinnitus, der Spannungskopfschmerz oder die Fibromyalgie konnten in den angeführten Studien alleine deshalb nicht erfasst werden, weil sie nicht Teil der operationalisierten Klassifikationssysteme für psychische Störungen sind, sondern in den jeweiligen somatischen Spezialdisziplinen beschrieben werden (vgl. Henningsen u.a., S. 77). Dies gilt umgekehrt auch für Krankheiten, die sich zwar eindeutig somatisch zeigen, bei denen aber der psychische Faktor umstritten ist, wie zum Beispiel die Neurodermitis oder die rheumatoide Arthritis. So wird eine Vielzahl von Diagnosen, zu deren Ursachen möglicherweise ebenfalls psychogene Faktoren gehören, in erster Linie den Gebieten der Inneren Medizin, der Neurologie, der Orthopädie oder der Rheumatologie zugeordnet. Erst in zweiter Linie können sie zusätzlich zur Diagnose der organischen Erkrankung mit der zuvor bereits erwähnten ICD-10-Kategorie F 54 „psychische Faktoren ...bei andernorts klassifizierten Erkrankungen“ eingeordnet werden (vgl. Henningsen u. Rudolf, 1998, S. 13 ff.; vgl. a. Henningsen u.a., 2002). Inwiefern solche Klassifizierungen vom Krankheitsverständnis der beteiligten Ärzte abhängig sind,

⁷ Immer wieder wird die hohe Komorbidität zwischen den verschiedenen Störungsgruppen herausgestellt. So erfüllten laut TACOS-Studie 42,4 % (37 % bei Ausschluss der Tabakabhängigkeit) der Probanden die Kriterien mindestens einer weiteren Störung (vgl. Meyer u.a., 2000). Häufig lässt sich das Zusammentreffen von Somatisierungsstörungen bzw. von psychosomatischen Störungen mit Depression oder mit Angststörungen betrachten (vgl. Ebel u. Podoll, 1998; Weiffenbach, 1995). Auch hat sich im Rahmen der WHO-Studie gezeigt, dass chronische somatische Störungen das Risiko für psychische Störungen sehr erhöhen und „psychische und psychosomatische Störungen überzufällig häufig mit chronischen somatischen Erkrankungen assoziiert (sind)“ (vgl. Weiffenbach u.a., S. 533; vgl. a. Maier u.a., 1996; Wacker, 1995).

ist in zukünftigen Untersuchungen noch zu prüfen. Bei Tress findet sich in diesem Zusammenhang der interessante Hinweis, dass sich in den Praxen, die im Rahmen der Düsseldorfer Hausarztstudie untersucht wurden, eine Schwankungsbreite zwischen 17,5 % und 64,3 % in der Prävalenz psychogener Erkrankungen ergab. „Psychogene Erkrankungen können sich hinter fast jedem Konsultationsanlaß verbergen. Namentlich bei Beschwerden des Magen-Darm-Trakts und allgemeinen Symptomen wie auch bei Kopfschmerzen ist ein hoher Anteil von Patienten mit psychogenen Erkrankungen auszumachen. Es deckt sich u.a. mit Befunden, dass über 50 % der Patienten in gastroenterologischen Praxen unter funktionellen, oft psychosomatisch bedingten Bauchbeschwerden leiden“ (Tress u.a., S. 229). Würde man nun alle Krankheiten bzw. Störungen einbeziehen, die in der einschlägigen Literatur in diesem Zusammenhang angesprochen werden, darunter solche epidemiologisch bedeutsamen Erkrankungen wie den Herzinfarkt und andere oben unter Punkt 3 genannte Erkrankungen (vgl. Bundesärztekammer, 2001, S. 46), die Rückenschmerzen⁸ oder ein Syndrom wie das Burnout, welches bis zu 25 % der Bevölkerung betreffen soll (vgl. Bauer u.a., 2003; vgl. a. hinten 5.2.4), dann würde sich die Rate der „psychogenen“ Erkrankungen noch um ein Vielfaches erhöhen.

Unberücksichtigt blieb in der WHO-Studie wie auch in den meisten anderen Erhebungen ein großer Teil der Abhängigkeitserkrankungen, obwohl die Gefahren seit langer Zeit bekannt sind. So wurde die Diagnose Tabakabhängigkeit nur in der TACOS-Studie, die Teil des Forschungsverbundes „Analytical Epidemiology of Substance Abuse“ (ANEPSA) ist, berücksichtigt, in der Annahme, dass der „bisher von der psychiatrischen Epidemiologie weitgehend vernachlässigte Tabakkonsum und die Tabakabhängigkeit ein für die öffentliche Gesundheit nicht zu ignorierendes Problem (ist), welches ... auch in den nächsten Jahrzehnten den alarmierendsten Trend bezogen auf die gesundheitliche Beeinträchtigung und Mortalität in der Weltbevölkerung darstellen wird“ (Meyer u.a., 2000, S. 541; vgl. auch die zum Teil alarmierenden Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys – Junge u. Nagel, 1999 – sowie die von der WHO herausgegebenen Veröffentlichungen zur Tabakabhängigkeit von Warren, 2002, und zur Alkoholabhängigkeit von jungen Europäern von Settertobulte u.a., 2001).

Sehr aufschlussreich sind auch Längsschnittbetrachtungen, wie sie im Rahmen der Mannheimer Kohortenstudie vorgenommen wurden. Dabei wurde festgestellt, dass es im Verlauf der Lebenszeit häufig zu einem Übergang in eine andere psychogene Erkrankung kommt. So wurde bei 35,5 % der Probanden, bei denen zum Zeitpunkt der A-Studie die ICD-Diagnose (8. Fassung) einer somatoformen Störung diagnostiziert worden war, zu einem späteren Zeitpunkt eine andere psychogene Erkrankung festgestellt. Insgesamt wird eine hohe Verlaufsstabilität der durch psychogene Beschwerden verursachten Beeinträchtigungen sowie eine Abhängigkeit von Persönlichkeitsfaktoren und den frühkindlichen Entwicklungsbedingungen berichtet (vgl. Franz u.a., 1998, S. 44). Vor diesem Hintergrund argumentiert Tress, dass die nosologische Aufteilung psychogener Erkrankungen in psychische und psychosomatische Störungen unter

8 Die Rückenleiden zählen laut Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zu den sieben häufigsten Beschwerdebildern in der Bevölkerung. Zu den Risikofaktoren für die Entstehung und Chronifizierung unkomplizierter Rückenschmerzen gehören neben den Belastungen durch körperlich schwere oder einseitige Arbeit auch solche Faktoren wie anhaltende Sorgen und Belastungen im privaten Alltag, wahrgenommene geringe soziale Unterstützung, Angst und Depression (vgl. Sachverständigenrat, 2000/ 2001, Bd. III). Wegen seiner Dringlichkeit und Häufigkeit wurde das Thema Rückenschmerzen beispielsweise auch exemplarisch für eine Veröffentlichung über die Arbeit von Qualitätszirkeln zur Psychosomatischen Grundversorgung ausgewählt (vgl. Härter u.a., 1995).

Verlaufsaspekten sehr ins Wanken gerät. „Nach drei Jahren haben 75 % der Probanden die Leitsymptomatik gewechselt; der Herzneurotiker erscheint nun alkoholkrank, der vormalige Kopfschmerzpatient imponiert jetzt neurotisch depressiv. An die Stelle einer vormaligen pathologischen Partnerkonstellation tritt heute, nach der Trennung, eine entzündliche Darmerkrankung“ (Tress, S. 4). Diese Sachlage legt nahe, „von dem übergeordneten Begriff der psychogenen Erkrankungen auszugehen, das heißt von seelisch bedingten und mitbedingten Krankheitsbildern, die uns einmal mehr im leiblichen Befinden, dann eher im seelischen Erleben und sehr häufig gleichzeitig auch im zwischenmenschlichen Verhalten begegnen, wobei der Einzelfall im Laufe der Zeit mit einiger Wahrscheinlichkeit den klinischen Prägnanztyp mehrfach wechselt“ (ebd.).

Dieser Überblick über verschiedene Befunde der epidemiologischen Forschung verdeutlicht, dass die psychogenen und somatopsychischen Erkrankungen in sehr vielfältigen Formen auftreten, dass die psychischen und somatischen Faktoren dieser Erkrankungen häufig eng miteinander verbunden sind und dass das gesamte Ausmaß der Erkrankungen, an denen psychische Faktoren verursachend oder begleitend beteiligt sind, in vielen der vorliegenden Studien möglicherweise noch unterschätzt wird (vgl. a. den eindrucksvollen Überblick bei Tausch, 1992, S. 53). Auch ohnedies ist die gesundheitspolitische und ökonomische Bedeutung dieser Problematik kaum zu bestreiten. Nachdem die Thematik lange Zeit vernachlässigt wurde und zu vermuten ist, „dass in diesem Versorgungsbereich psychische und psychosomatische Probleme jahrelang unerkannt und unbehandelt“ blieben (Sandholzer u. a., 1999, S. 7), sind nun seit einiger Zeit verstärkte Anstrengungen des medizinischen Systems zur Entwicklung neuer Versorgungsansätze zu beobachten.

Im Zentrum stehen dabei Überlegungen zur Verbesserung der hausärztlichen Primärversorgung, weil angenommen wird, dass der Hausarzt vielfach der erste Ansprechpartner für Patienten mit psychogenen Erkrankungen ist und dass Hausärzte einen großen Teil der Versorgung dieser Patienten übernehmen. Viele Patienten und Patientinnen wählen den Hausarzt als erste Anlaufstelle und werden seltener direkt in psychiatrischen Versorgungseinrichtungen oder beim Psychotherapeuten vorstellig. Darüber hinaus zeigen Befunde aus den Niederlanden, dass nicht ausreichend diagnostizierte Patienten seltener eine adäquate Therapie bekommen, deutlich schlechtere Therapieergebnisse aufweisen und vermehrte Kosten im Gesundheitssystem verursachen (vgl. Kruse u.a., S. 14). Daher geht es darum, die Kompetenz der niedergelassenen Ärzte in der Diagnostik und Therapie psychosozialer Störungen zu intensivieren. Sie sollen in die Lage versetzt werden, die ganze Breite von primär psychischen Erkrankungen, psychosomatischen und somatopsychischen Störungen möglichst frühzeitig zu erkennen und in dem durch die hausärztliche Praxis vorgegebenen Rahmen therapeutisch darauf zu reagieren (vgl. Berger u. Hoffmann, 1995; vgl. a. Maier u.a., 1996).⁹

9 Weitergehende Bemühungen richten sich auf den Gesamtbereich medizinischer Versorgung. Unter anderem wird auch eine Revision der Ausbildungs- und Weiterbildungscurricula für unerlässlich gehalten, weil der gegenwärtige Anteil der Unterrichts- und Weiterbildungszeit bei Medizinstudenten und Ärzten „im krassen Mißverhältnis (steht) zur hohen Prävalenz dieser Störungen und zu dem Ausmaß des subjektiven Leidens und der psychosozialen Beeinträchtigung, das mit psychischen Erkrankungen verbunden ist“ (Maier u.a., A-1202/S.3; vgl. zu diesem Problemkomplex auch die Äußerung einer jüngeren Ärztin; Fußnote 167).

1.2 Die Antwort des Systems: Psychosomatische Grundversorgung – ein neuer Versorgungsansatz zwischen Biomedizin und Psychotherapie

Ein Meilenstein auf diesem Weg war die Einführung der Psychosomatischen Grundversorgung (PSGV)¹⁰ in die ambulante Versorgung (Psychotherapievereinbarungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Krankenkassen) im Jahre 1987.¹¹ Seit 1994 gibt es einheitliche Qualifikationsvoraussetzungen zur Abrechnung der Leistungen nach den Nummern 850 und 851 BMÄ/E-GO (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (vgl. Deutsches Ärzteblatt, zit. n. Fritzsche u. a., 1994). Fortbildungsrichtlinien der kassenärztlichen Bundesvereinigung regeln, wie niedergelassene Ärzte sich qualifizieren können, um Leistungen der PSGV abrechnen zu können (vgl. ebd., S. 526). Ebenfalls 1994 beschloss der Vorstand der Bundesärztekammer die Einrichtung eines Arbeitskreises, dessen Aufgabe und Ziel es ursprünglich war, ein Positionspapier zur Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Grundversorgung zu erarbeiten. Aus diesem Arbeitskreis ging 1997 ein Modellcurriculum „Psychosomatische Grundversorgung“ hervor, das in enger Abstimmung mit der kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Landesärztekammern und dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Forschungsprojekt zur „Psychosomatischen Grundversorgung“ entstand (vgl. Bundesärztekammer, 2001; vgl. zur Geschichte a. Janssen, 1993).¹²

Im Rahmen der hier skizzierten Entwicklung wird der Begriff Psychosomatische Grundversorgung „zur Bezeichnung eines in die vertragsärztliche Versorgung eingeführten Tätigkeitsbereiches verwendet“ (Bundesärztekammer, 2001, S. 32). Im Spannungsfeld zwischen Biomedizin und Psychotherapie soll Psychosomatische Grundversorgung zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit psychischen, somatoformen, psychosomatischen und somatopsychischen Erkrankungen beitragen. „Patienten, Ärzte und die für die Gestaltung des Gesundheitssystems Verantwortlichen ... sind sich in Deutschland wie in allen anderen westlichen Ländern einig: die naturwissenschaftlich-technischen und die psychosozialen Leistungen müssen in einem ausgewogenen Verhältnis stehen. ... Auch vom primär somatisch orientierten Arzt müssen psychische Probleme und Erkrankungen sicher erkannt und angemessen berücksichtigt werden.“ (Bundesärztekammer, 2001, S. 4 f.)

¹⁰ Die Abkürzung PSGV stammt aus dem Bericht über ein Modellprojekt zur Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung psychisch bzw. psychosomatisch Kranker und soll auch hier für die weitere Darstellung verwendet werden. Der Projektbericht wird in einem späteren Abschnitt noch berücksichtigt.

¹¹ Der Begriff wird von verschiedenen Autoren wegen der epidemiologischen Bedeutung psychischer Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung kritisiert. Sie schlagen vor ihn in zukünftigen Curricula angemessener durch den Begriff der „Grundversorgung bei psychischen, psychosomatischen und somatopsychischen Störungen“ zu ersetzen (Vauth u.a., S. 62). Dies würde auch dem Störungsspektrum und der weiter vorne dargestellten Systematik eher gerecht.

¹² Darüber hinaus wurde die Psychosomatische Grundversorgung mit dem Ärztetag 1992 als obligatorischer Bestandteil aller klinischen Weiterbildungsgänge in die Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer aufgenommen. Es fehlen allerdings (mit Ausnahme der Allgemeinmedizin sowie der Frauenheilkunde und Geburtshilfe) Richtlinien zu deren Umsetzung, wodurch eine bundeseinheitliche Verwirklichung der im Prinzip als richtig und wichtig anerkannten Weiterbildungsanteile erschwert wird (vgl. Bundesärztekammer, 2001, S. 14). Auch nach der – auf dem Ärztetag 2003 – novellierten Muster-Weiterbildungsordnung sind psychosomatische Grundlagen zwar in Form allgemeiner Bestimmungen für alle ärztlichen Weiterbildungen vorgesehen. In Form einer 80 Stunden umfassenden Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung ist diese Anforderung aber nur für die bereits erwähnten Fachgebiete Allgemeinmedizin sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe konkretisiert (vgl. Bundesärztekammer, 2003)

Die Psychosomatische Grundversorgung umfasst folgende Leistungen (vgl. Bundesärztekammer, 2001; vgl. a. Psychotherapierichtlinien, 1998):

- Die **differentialdiagnostische Klärung komplexer Krankheitsbilder**. Dabei soll abgeschätzt werden, welchen Anteil psychosoziale Belastungen und Probleme am Krankheitsbild haben. Ein Großteil der anfallenden Störungen sollte möglichst schon beim Hausarzt, aber auch in der Facharztpraxis oder im Krankenhaus erkannt werden. Im medizinischen und psychosozialen Versorgungsnetz kommt der Psychosomatischen Grundversorgung die entscheidende Bedeutung zu, möglichst frühzeitig die biopsychosozialen Dimensionen komplexer Krankheitsbilder zu erkennen und die bewährte organmedizinische Diagnostik in Richtung einer Gesamtdiagnose zu erweitern (vgl. a. Mark u. Bischoff, S. 14).
- Der Basisdiagnostik folgt eine **verbale oder übende Basistherapie**. Die psychosomatische Behandlung erfolgt vor allem durch verbale Interventionen im Rahmen einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung. Zu den grundlegenden therapeutischen Leistungen durch den primär somatisch orientierten Arzt gehören in erster Linie Beratung und Unterstützung. Gegebenenfalls werden aber auch Entspannungsverfahren vermittelt und eingeübt. Die verbalen Interventionen finden meist als erweitertes Gespräch mit dem Patienten und unter Umständen auch mit dessen Angehörigen (z.B. Partner) statt (vgl. Bundesärztekammer, 2001, S. 17).
- Falls notwendig soll schließlich die **Indikationsstellung zur Einleitung einer ätiologisch orientierten Psychotherapie** erfolgen. Der Arzt ist hier als Wegweiser und Vermittler gefragt. Patienten, die spezielle psychotherapeutische und/oder psychiatrische Hilfe brauchen, sollen eine angemessene Vorbereitung (Aufklärung und Motivation) und Weitervermittlung erfahren. Darüber hinaus geht es um eine verbesserte Kooperation mit psychotherapeutischen und psychiatrischen Spezialisten zur differentialdiagnostischen / indikatorischen Klärung oder Weiter- bzw. Mitbehandlung.

Curricula zum Erwerb der Qualifikation in „Psychosomatischer Grundversorgung“ haben sich mittlerweile in ganz Deutschland etabliert. Um Maßnahmen der Psychosomatischen Grundversorgung nach dem Leistungsinhalt der Nummern 850 und 851 BMÄ erbringen und abrechnen zu können, muss neben dem Nachweis einer mindestens dreijährigen Tätigkeit in selbstverantworteter ärztlicher Tätigkeit eine mindestens 80-stündige Fortbildung nachgewiesen werden. Diese Fortbildung umfasst: Theorieseminare von mindestens 20-stündiger Dauer, Balint- oder patientenbezogene Selbsterfahrungsgruppen von mindestens 30-stündiger Dauer in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens einem halben Jahr sowie die Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken von mindestens 30-stündiger Dauer. Darüber hinaus müssen Weiterbildungszeugnisse vorgelegt werden, die eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in den verschiedenen Entspannungstechniken (autogenes Training, Hypnose, Jacobsonsche Relaxationstherapie) nachweisen (vgl. Psychotherapie-Richtlinien, S. A-3312). Vorausgesetzt werden ferner grundlegende Kenntnisse der Psychopharmako- und Psychotherapie (vgl. Bundesärztekammer, 2001, S. 17).

Die Themenauswahl für die Theorieseminare richtet sich nach den häufigsten und wichtigsten Anforderungen und Beratungsanlässen (vgl. ebd.). Es sollen vor allem die Krankheitsbilder besprochen werden, die in der Praxis vorrangig auftreten und differentialdiagnostisch abzuklären sind. Bei der Bearbeitung stehen die biologischen, psychologischen und soziologischen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit im Mittelpunkt sowie die Wechselwirkungen

dieser Dimensionen beim Erhalt und der Förderung von Gesundheit und bei der Entstehung von Krankheiten (vgl. ebd., S. 34). Bei der inhaltlichen Gestaltung und bei der Auswahl der Theorien sollte – in integrierter Form – die psychodynamische (tiefenpsychologische) Krankheits- und Behandlungslehre ebenso berücksichtigt werden wie verhaltensmedizinische (kognitiv-behaviorale), biologische und psychopathologische Ansätze oder systemtheoretische Sichtweisen (vgl. ebd., S. 34).

Dieses Nebeneinander verschiedener Ansätze erstaunt, nachdem die Entwicklung der sogenannten Fachpsychotherapie in Deutschland während der letzten Jahrzehnte erheblich durch die Abgrenzung unterschiedlicher Schulen geprägt war. Lange Zeit war die Psychoanalyse die Grundlagenwissenschaft der psychosomatischen Medizin (vgl. Wesiack, 1988, S. 2). Entsprechend war die curriculare Konkretisierung von Lehr-/Lerninhalten der Psychosomatischen Grundversorgung zunächst vorwiegend tiefenpsychologisch, psychoanalytisch geprägt. Erst später traten auch verhaltenstherapeutisch-verhaltensmedizinische Ansätze hinzu (vgl. Mark u. Bischoff, 1994). Inzwischen mehren sich die Stimmen für ein schulübergreifendes Vorgehen, und es wird betont, dass der Arzt in der Psychosomatischen Grundversorgung schulübergreifend denken und handeln können sollte (vgl. Finke u.a., 1995; Vauth u.a., 1999, S.55; Berger u. Hoffmann, 1995, S. 527; Stadtmüller u. Fritzsche, 1995, S. 541).

Kenntnisse und Erfahrungen in der Integration biopsychosozialer Aspekte kann man sich ihrer Natur nach nicht ausschließlich theoretisch aneignen. Dies betrifft vor allem die Anwendung der verschiedenen basistherapeutischen Interventionen: die erweiterte Anamnese, das ärztliche Gespräch (Beratung, Klärung, Stützung), Erfahrungen über die Arzt-Patient-Beziehung sowie deren therapeutische Gestaltung. Neben dem Erwerb theoretischer Kenntnisse müssen auch Erfahrungen und Übungen in der Gruppe hinzukommen (vgl. Mark u. Bischoff, S. 14 f.). Dem muss, so die Verfasser des Curriculums „Psychosomatische Grundversorgung“, die Durchführung der Fortbildungsangebote Rechnung tragen. Die Didaktik sollte durch eine Ausgewogenheit von Wissenserwerb, praktischen Übungen (z.B. Rollenspiele, Live-Demonstrationen, Fallbeispiele) und patienten- bzw. berufsbezogener Selbsterfahrung bestimmt sein. Weitere Kriterien sind: Kontinuität über ein Jahr (keine Crash-Kurse) mit angemessener Zeit zur Übung des Erlernten, überwiegende Kleingruppenarbeit (keine ausschließlichen Plenarvorträge), regionale Ausrichtung (kein Fortbildungstourismus) und Möglichkeiten zur gebiets- und praxispezifischen Differenzierung und Vertiefung, einschließlich Fortsetzungs-, Aufbau- und Auffrischungsangeboten (vgl. Bundesärztekammer, 2001, S. 17 ff.).

1.3 Möglichkeiten und Grenzen der bisherigen Versorgungsansätze

1.3.1 Möglichkeiten

Gute Ergebnisqualität der PSGV

Seit einiger Zeit liegen die Ergebnisse eines Modellprojekts zur Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung psychisch bzw. psychosomatisch Kranker vor (vgl. Sandholzer, 1999). An diesem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekt nahmen von 1994 bis 1998 acht regionale Zentren in Deutschland teil. Hauptziel war eine Bestandsaufnahme der Psychosomatischen Grundversorgung unter Qualitätsgesichtspunkten und die darauf aufbauende Entwicklung von gezielten Maßnahmen zu ihrer Verbesserung.

Es wurden insgesamt zwei Erhebungen durchgeführt. Zwischen beiden Erhebungen wurden, innerhalb des Projekts, qualitätsverbessernde Maßnahmen wie Qualitätszirkel, familienorientierte Fallkonferenzen, Konsultationssprechstunden und Kooperationsgruppen zwischen Ärzten und Psychotherapeuten eingeführt. An der ersten Erhebung 1995 nahmen 150 Praxen teil, die insgesamt 1338 erwachsene Patienten mit einem Verdacht auf eine psychosoziale / psychische Problematik dokumentierten. Die zweite Erhebung 1996/97 basiert auf einer Stichprobe von 795 erwachsenen Patienten aus insgesamt 87 Praxen (vgl. ebd., S. 13 ff.). Bei allen Patienten erfolgte eine sogenannte Basisdokumentation PSGV, u.a. zu den aktuellen biopsychosozialen Belastungen, zum psychosozialen bzw. psychosomatischen Krankheitsverständnis, zu den verordneten Maßnahmen, zu den Behandlungsergebnissen und zum Austausch mit anderen Kollegen. Zudem wurden Patienten, Ärzte und Psychotherapeuten nach ihren Erfahrungen und Einschätzungen befragt.

Es wurde deutlich, dass der PSGV in der Praxis eine große Bedeutung zukommt. Nach Meinung der befragten niedergelassenen Ärzte sind etwa 34 % aller Patienten im Quartal psychisch oder psychosomatisch krank. Zu den häufigsten biopsychosozialen Belastungen der Patienten gehören Ängste, Depressionen und Partnerschaftskonflikte, gefolgt von unbewältigten Lebensereignissen, körperlicher Krankheit, Schmerzen, beruflichen Problemen, Schlafstörungen und Noxen (vgl. Sandholzer, 1999, S. 36). Nur ca. ein Viertel (27 %) der Patienten hatte bei Behandlungsbeginn (nur in der Erhebung I erhoben) ein psychosomatisches Krankheitsverständnis. Bei weiteren 46 % der Patienten gelang es den Ärzten, ein psychosomatisches Krankheitsverständnis zu vermitteln (vgl. ebd., S. 37).

Die Einführung qualitätssichernder Maßnahmen in das Projekt wirkte sich nach Einschätzung der Ärzte positiv aus. Es fand eine Erweiterung der diagnostischen Kompetenz der Ärzte beim Erkennen psychischer und psychosomatischer Probleme statt. Die Kooperation mit Psychotherapeuten verbesserte sich erheblich, und auch das therapeutische Verhalten der Ärzte veränderte sich. Ca. 80 % der Patienten erhielten spezifische Behandlungen – bei jedem Fünften wurden Entspannungsverfahren eingesetzt und bei jedem Dritten Psychopharmaka –, eine klare Abgrenzung der PSGV von hausärztlichen Beratungen und therapeutischen Gesprächen fehlte jedoch (vgl. Sandholzer, S. 16). Die Überweisungen zur Psychotherapie stiegen von 6,6 % auf 15,5 %. Auch wurden signifikant mehr Patienten (27,2 % statt 19,3 %) zur somatischen Ausschlussdiagnostik an andere Fachärzte überwiesen. Dagegen sank – in allen beteiligten Zentren feststellbar – der Anteil an stationären Aufenthalten und physikalischer Therapie signifikant im Gesamtprojekt (vgl. ebd., S. 25). Insgesamt wurde die Ergebnisqualität der PSGV entgegen den Erwartungen der Ärzte und den allgemein vermuteten Mängeln von Ärzten und Patienten überwiegend als gut oder sehr gut eingeschätzt.^{13 14}

¹³ Bei 49 % (Erh. I) bzw. 52 % (Erh. II) der dokumentierten Fälle gehen die Ärzte von einer deutlichen Verbesserung der Beschwerden seit Diagnosestellung aus und bewerten 56 % bzw. 45 % der dokumentierten Behandlungen als sehr erfolgreich. Bei 72 % der dokumentierten Verdachtsfälle auf eine psychosomatische / psychosoziale Problematik meinen die Ärzte, die Patienten seien mit ihrer Behandlung insgesamt (sehr) zufrieden. 66 % (Erhebung I), der unabhängig von den Ärzten befragten Patienten schätzen die Behandlung insgesamt als (sehr) erfolgreich ein; 82 % sind (sehr) zufrieden mit ihrer Behandlung. In der zweiten Erhebung waren die Ergebnisse sehr ähnlich (vgl. Sandholzer, S. 16 ff.).

¹⁴ In einer neueren Untersuchung, für die sich zehn in PSGV trainierte Allgemeinpraktiker zur Verfügung stellten, war das Ergebnis nicht ganz so zufriedenstellend. 54% der Patienten äußerten sich zwar zufrieden über die hausärztliche Beratung, zeigten sich aber bei genauerer Befragung unzufrieden mit der zeitlichen Beschränkung und dem Inhalt der ärztlichen Beratung (Fritzsche u.a., 2002)

Vor dem Hintergrund dieser Studie kann angenommen werden, dass die Einführung der Psychosomatischen Grundversorgung als Kassenleistung ohne Zweifel einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung und zur Integration psychosomatischen Denkens in die Medizin leistet. Psychosoziale Aspekte von Krankheit „dürfen“ gleichrangig neben eher organmedizinischen Beschwerden thematisiert werden und sind nicht länger marginal. Patienten müssen nicht mehr Zuflucht nehmen zu eher diffus-körperlich attribuierten Beschwerden, wenn psychosoziale Belastungen und Konflikte zu Leidensdruck führen. Damit sinkt das Risiko, dass auf psychosoziale Fragen mit überwiegend organmedizinischen bzw. pharmakologischen Interventionen geantwortet wird, ein Vorgehen, welches sich in der Vergangenheit aus verschiedenen Gründen als sehr problematisch erwiesen hat.

Patienten haben vielfach den Arzt gewechselt, wenn sie sich nicht ausreichend verstanden fühlten. Aufgrund dessen wurde häufig die Diagnostik wiederholt, auch wenn sie eigentlich nicht mehr indiziert war. Dies wiederum hat den Patienten entgegen der ärztlichen Aussage in der furchtsamen Annahme bestärkt, doch „etwas zu haben“ (Mark u. Bischoff, S. 13; vgl. a. ebd. S. 40; vgl. a. Franz u.a., 1998). Schließlich wurden insbesondere Kranke ohne Organbefund zu „schwierigen Patienten“, bei denen es häufig viele Jahre dauerte, bis es nach zahlreichen Arztwechseln und Facharztconsultationen zu einer Behandlung kam, die den psychogenen Ursachen der Erkrankung angemessen war. Die nichtindizierte Diagnostik und das medizinische „Mehr desselben“ haben nicht nur zur Chronifizierung beigetragen, sondern auch hohe Kosten verursacht. Es hat sich gezeigt, dass psychogen erkrankte Patienten durchschnittlich sechs bis acht Jahre ausschließlich im somatischen System behandelt wurden, ehe sie in qualifizierte psychotherapeutische Versorgung gelangten (vgl. Janssen u.a., 1998; S. 80; vgl. a. Lamprecht 1996; vgl. für eine differenzierte Betrachtung der Chronifizierungsproblematik auch Potreck-Rose u. Koch, 1994).

Diese Problematik hat sich – legt man die Ergebnisse der oben angeführten Verbundstudie zugrunde – mit der Einführung der PSGV erheblich verbessert. In den beteiligten Praxen vergehen durchschnittlich knapp 12 Monate vom Auftreten bis zum Erkennen und durchschnittlich weitere 8 Monate vom Erkennen bis zur Behandlung einer psychischen bzw. psychosozialen Problematik durch den Arzt (vgl. Sandholzer u.a., S. 16). Durch die frühzeitige Diagnostik und Basistherapie psychogener Erkrankungen kann vielen Menschen schneller und wirkungsvoller geholfen werden, so dass zu hoffen ist, dass kostenträchtige Chronifizierungen wie die zuvor beschriebenen mit der flächendeckenden Verbreitung der Psychosomatischen Grundversorgung abnehmen werden.

Es stellt sich allerdings die Frage, wieweit die „ausgeprägt gute Versorgungsqualität“ (Sandholzer, S. 27), die in dem geschilderten Qualitätssicherungsprojekt festgestellt wurde tatsächlich auch in allen Praxen, die PSGV praktizieren, erreicht wird. Selbst wenn abrechnungstechnisch die psychosomatischen Grundversorgungsleistungen zugenommen haben sollten (vgl. Janssen, S. 16)¹⁵, muss dies nicht unbedingt mit einer „schwerlich weiter zu steigern(den)“ Versor-

¹⁵ Erfahrungen aus den Anfangszeiten der PSGV im südbadischen Raum zeigen allerdings, dass die Arbeitszufriedenheit der Ärzte aufgrund der absolvierten Fortbildung in PSGV zwar gestiegen ist, dass aber dennoch Leistungen der PSGV nur in sehr begrenztem Umfang in der Abrechnung geltend gemacht werden. Der Aufwand lohne sich nicht und werde ab einem bestimmten Umfang sogar zu einem betriebswirtschaftlichen Risiko. In diesem Zusammenhang hat sich auch gezeigt, dass sich der zeitliche Aufwand durch die Fortbildung nicht geändert hat. Offenbar kostet „sprechende Medizin“ nicht unbedingt mehr Zeit (Fritzsche u.a.; 1994; vgl. a. Mark u. Bischoff, S. 46 ff.; Wittchen u.a., 2000). Eine besondere Herausforderung stellen Depressi-

gungsqualität (Sandholzer, S. 27) einhergehen, wie dies in der genannten Verbundstudie der Fall war. Fraglich bleibt, ob dieses Ergebnis auf die PSGV insgesamt zu übertragen ist, da die Teilnahme an dem Projekt und an den qualitätssichernden Maßnahmen freiwillig war und anzunehmen ist, dass vor allem psychosomatisch engagierte Ärzte teilgenommen haben.

Den sehr positiven Befunden der Verbundstudie stehen einschränkend die Ergebnisse der bundesweiten Depressionsstudie (Wittchen u.a., 2000) und der Düsseldorfer Hausarztstudie (Kruse u.a., 1999; Tress u.a., 1997) gegenüber, die deutlich machen, dass die Qualität der Versorgung insgesamt noch nicht so optimal ist, wie es wünschenswert wäre. Demnach ist davon auszugehen, dass die psychogenen Erkrankungen von vielen Hausärzten nicht in vollem Umfang erfasst werden. Defizite in der diagnostischen Kompetenz zeigen sich v.a. bei der Erfassung von weniger schweren psychischen Beeinträchtigungen (Kruse u.a., S. 17; vgl. a. Linden u.a., S. 213). Außerdem suchten die Hausärzte die Zusammenarbeit mit einem Psychotherapeuten nur bei den Patienten, die sie als sehr schwer beeinträchtigt ansahen (vgl. Kruse u.a., S. 20 f.). Bei der Beurteilung dieser Ergebnisse ist allerdings zu berücksichtigen, dass von den Düsseldorfer Primärärzten, die an der Untersuchung teilgenommen haben, keiner einen Kurs zur Psychosomatischen Grundversorgung, eine Balintgruppe oder eine psychotherapeutische Weiterbildung absolviert hatte (vgl. ebd., S. 15).

Ebenso hat die bundesweite Depressionsstudie gezeigt, dass inzwischen zwar ungefähr 75 % der schweren Depressionsformen erkannt werden (im Unterschied zu 50 % vor 10 Jahren), dass bei den Hausärzten aber immer noch Unsicherheiten bei der Diagnose der leichteren Formen von Depressionen bestehen. „41 % aller ICD-10-Depressionen werden nicht als eindeutig erkannt“ (Wittchen u.a., 2000, S. 78). Dabei deuten die Befunde – sehr vorsichtig interpretiert – an, dass bessere Erkennensqualitäten in erster Linie diejenigen Allgemeinärzte und Internisten aufwiesen, die sich aktuell und kontinuierlich mit der Problematik psychischer Störungen auseinandersetzen (vgl. ebd., S. 58). Die Analysen und Empfehlungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (vgl. Sachverständigenrat, Bd. III) machen ebenfalls deutlich, dass die Erkennung und Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen in der hausärztlichen Versorgung noch nicht optimal ist. Zahlreiche Organisationen, die im Rahmen des Gutachtens 2000/2001 des Sachverständigenrates befragt wurden, stellten „übereinstimmend“ fest, „dass depressive Erkrankungen von den behandelnden Ärzten häufig nicht oder zu spät diagnostiziert würden“ (Sachverständigenrat, S. 170). Der Sachverständigenrat empfiehlt daher, den hausärztlichen Bereich in den Mittelpunkt der Verbesserungsmaßnahmen zu stellen (vgl. ebd., S. 176).¹⁶

Vor diesem Hintergrund bleibt zusammenfassend festzustellen, dass durch die Psychosomatische Grundversorgung die medizinische Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen offensichtlich wesentlich zu verbessern ist, vorausgesetzt, dass

onspatienten dar, die einen durchschnittlich höheren Aufwand erfordern und dennoch – nach überwiegender Aussage der Ärzte – nur schlecht wirtschaftlich abrechenbar sind (vgl. Wittchen u.a., 2000, S. 38).

¹⁶ Dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen kommt laut § 142 Abs. 2 SGB V die kontinuierliche Begutachtung der Versorgungssituation in Deutschland zu. In diesem Rahmen wurden 300 wissenschaftliche Organisationen, Körperschaften und Selbsthilfeeinrichtungen des Gesundheitswesens befragt und unter der Gesamtüberschrift „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ Stellungnahmen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung in acht ausgewählten Bereichen bzw. Krankheitsgruppen vorgelegt (vgl. Sachverständigenrat, 2000/2001).

die Ärzte in der Primärversorgung bereit sind, sich entsprechend fortzubilden und Psychosomatische Grundversorgung in ihrer Praxis umzusetzen.

Große Akzeptanz der Primärärzte auch bei psychischen Problemen der Patienten

Eine gesicherte Qualität der Psychosomatischen Grundversorgung ist deshalb so relevant, weil sich herausgestellt hat, dass der Primärarzt, insbesondere der Hausarzt, auch bei psychischen Problemen von außerordentlicher Bedeutung für die Gesundheitsversorgung ist. Der Hausarzt erfährt im Allgemeinen eine hohe Akzeptanz als kompetente Person bei psychischen Problemen, während die Ärzte anderer psychosozialer Richtungen (Psychotherapeuten, Psychiater) die am wenigsten konsultierten Ärzte sind (vgl. Glöser, 1995; vgl. a. Hessel u.a., 2000). Nur 35 bzw. 36 % der Bevölkerung würden im Fall psychosozialer Schwierigkeiten einen Psychiater oder Psychotherapeuten aufsuchen, und 38 bzw. 39 % der Untersuchungspersonen erklärten sogar, dass sie sich „bestimmt nicht“ an diese Berufsgruppen wenden würden (Hessel u.a., S. 238).

Nur sehr wenige Patienten suchten eigeninitiativ psychotherapeutische Hilfe auf (vgl. Glöser, 1998; vgl. a. Hessel u.a., S. 239). Das Wissen um die Existenz psychosozialer Berufsgruppen wie auch die Akzeptanz ihrer Kompetenz ist in der Bevölkerung immer noch relativ gering und die Inanspruchnahme von Therapie defizitär (vgl. Hessel u.a., 2000). Dagegen genießt der Hausarzt großes Vertrauen. Erstaunlich viele Menschen, die nicht von sich aus auf die Idee kommen, eine Psychotherapie zu beginnen, sind bereit, einer entsprechenden Empfehlung des Hausarztes und gegebenenfalls seiner Überweisung zu folgen. Viele der Untersuchungspersonen (80,7 %) führten eine Therapie durch, wenn ihr Arzt ihnen eine solche empfohlen hat. Nur 19,3 % entschieden sich gegen die ärztliche Empfehlung (vgl. ebd., S. 239). Franz spricht ebenfalls von einer unerwarteten Erhöhung der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe, kommt aber zu weit niedrigeren Zahlen. Demnach waren nur 33 % der Probanden bereit ein Psychotherapieangebot anzunehmen (vgl. Franz, 1997, S. 181).

Insgesamt unterstreichen diese Ergebnisse die hohe Verantwortung der Primärärzte und die große Bedeutung der PSGV. Lässt man die besonderen Probleme in der Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen (vgl. Fußnote 6), unberücksichtigt, dann trägt die PGSV sicher in hohem Maße dazu bei, dass durch die frühzeitige Diagnostik und Basistherapie psychogener Erkrankungen vielen Menschen schneller und wirkungsvoller geholfen werden kann, also kostenträchtige Chronifizierungen verhindert werden. In vielen Fällen reicht bereits eine angemessene Betreuung durch den Primärarzt. In anderen Fällen erfolgt, wie im Verlauf der Verbundstudie deutlich wurde, eine frühzeitige Weitervermittlung in eine Psychotherapie (vgl. Sandholzer, S. 25).

Dennoch sind mit dem Versorgungsansatz „Psychosomatische Grundversorgung“ noch nicht alle Probleme gelöst, die sich aus der hohen Prävalenz psychogener und somatopsychischer Störungen in der Bevölkerung ergeben. Neben den unbestreitbaren Möglichkeiten bestehen auch Defizite und Grenzen, die im Folgenden genauer betrachtet werden sollen.

1.3.2 Grenzen

PSGV: Kein Ersatz für Psychotherapie

In ihren Anfängen wurde die Psychosomatische Grundversorgung von den Fachpsychotherapeuten und Psychosomatikern zum Teil ambivalent aufgenommen. Einerseits wurde betont,

dass es nicht um Schmalspur-Psychotherapie gehen könne, andererseits wurde festgestellt, dass die Anforderungen an die Umstellungsfähigkeit und Breite der therapeutischen Kompetenz des Arztes außerordentlich hoch seien. Vom Arzt werde in der PSGV sowohl die Kompetenz hinsichtlich eines einsichtsorientierten und erlebnisaktivierenden Vorgehens erwartet als auch die Fähigkeit, verhaltenskorrigierende und suggestiv-relaxierende Verfahren anzuwenden (vgl. Finke u.a., S. 40). Es wurde befürchtet, dass die therapeutischen Möglichkeiten innerhalb der PSGV überschätzt werden könnten, weil die Möglichkeiten und Zielsetzungen im Kommentar zu den Psychotherapierichtlinien zwar ausdrücklich begrenzt werden, die Anforderungen an den Arzt aber gleichzeitig sehr anspruchsvoll sind (vgl. Mark u. Bischoff, S. 16 ff.). Skepsis wurde auch bei der Frage deutlich, „ob das, was langjährig erfahrene Psychoanalytiker und Familientherapeuten tun und können, auch einfach und schlicht an die Allgemeinärzte und Internisten mit einer eindeutig medizinisch-naturwissenschaftlichen Identität vermittelt werden kann“ (Janssen, S. 547).

Solche Bedenken bestätigen sich – legt man die Ergebnisse der oben angeführten Verbundstudie zugrunde – bisher nicht. Wie in einer der Projektgruppen deutlich wurde, besteht bei den Hausärzten trotz der absolvierten Fortbildung in PSGV immer noch eine große Angst, psychische Probleme anzusprechen. Sie fürchten, eine Lawine beim Patienten auszulösen, der sie sich dann nicht gewachsen fühlen, und greifen dann zu den gängigen und vom Patienten erwarteten Methoden wie Blutdruckmessen, EKG usw., was eine Distanz herstelle (vgl. Sandholzer, S. 153; vgl. a. Fritzsche u.a., 1995).

Darüber hinaus lässt die Realität der hausärztlichen Praxis eine „Konkurrenz“ zur Psychotherapie kaum zu. Obwohl die PSGV den Alltag erobert hat und ihre Notwendigkeit mittlerweile nicht mehr bestritten wird, „ist die Integration in den Praxisalltag nach wie vor schwierig“ (Glöser, 1999, S. A-2576). Vauth u.a. (1999) warnen in ihrer Analyse aktueller Ansätze der Psychosomatischen Grundversorgung sogar ausdrücklich davor, Elemente aus der Psychotherapie einfach in den Versorgungsalltag zu transferieren. Hauptschwächen der bisherigen Konzeptionen resultieren nach Ansicht der Autoren gerade „aus dem problematischen Versuch, Elemente der Psychotherapieausbildung direkt (!) auf die hausärztliche Versorgungsrealität zu übertragen“ (Vauth u.a., S. 56). Ein solches Vorgehen drohe zu scheitern, da verschiedenen Besonderheiten unzureichend Rechnung getragen werde:

1. Anders als im psychotherapeutischen Setting stehen in der (haus)ärztlichen Praxis für diagnostische und therapeutische Interventionen im Mittel nur 10 Minuten zur Verfügung.
2. In dieser sehr begrenzten Zeit ist der Hausarzt nicht nur im Bereich „sprechender Medizin“ gefordert. Er muss vielmehr, sowohl auf der Ebene der Diagnostik wie auch auf der Ebene der Intervention, in der Lage sein, organmedizinisch-somatische und psychosoziale Aspekte wirksam zu verbinden.
3. Aufgrund sehr begrenzter Möglichkeiten zur Selbsterfahrung und Reflexion fehlt ihm dabei die entscheidende Voraussetzung für „ein handlungsrelevantes In-Bezug-Setzen von diagnostischen und therapeutischen Vorkenntnissen zu der eigenen Handlungspraxis bzw. zur eigenen Person“ (ebd.).
4. Eine Vermittlung von theoretischen Konzepten „erfolgt meist in einer didaktisch fragwürdigen Kombination von Frontalfortbildung (Vortrag) und Gruppendiskussion (Kleingrup-

pe im Seminarstil“, so dass „nur sehr begrenzt handlungsrelevante Wissensstrukturen aufgebaut werden (können)“ (ebd.).

5. Hinzu kommt noch, dass zumindest in den eher tiefenpsychologisch dominierten Ansätzen der Psychosomatischen Grundversorgung „die Aspekte der Person des Patienten mit seinen individuellen konflikthafter biographischen Bezügen und durch Übertragung/ Gegenübertragung belastete Arzt-Patient-Beziehung überbetont (werden)“ (ebd.).

Gefordert werden daher eine auf die speziellen Bedürfnisse der ärztlichen Praxis ausgerichtete Fachkompetenz (Finke u.a., S. 535) und die Entwicklung praxisnaher Modelle, die an den bereits vorhandenen Ressourcen der Hausärzte ansetzen und stärker die Anforderungen an Zeitökonomie und Praktikabilität in der hausärztlichen Praxis berücksichtigen (vgl. Vauth u.a., S. 57).

Legt man die Schlussfolgerungen dieser Analyse und die zuvor referierten Ergebnisse der Qualitätssicherung zugrunde, dann ist die Psychosomatische Grundversorgung – zumindest so, wie sie bisher praktiziert wird – weit davon entfernt, einen Ersatz bzw. eine Alternative zur Psychotherapie darzustellen. Zwar hat sich im Verlauf der Verbundstudie zur Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung gezeigt, dass in vielen Fällen schon eine angemessene Betreuung durch den Primärarzt ausreichte. Andererseits wurde aber deutlich, dass häufiger als früher eine Weitervermittlung in die Psychotherapie erfolgte. Vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, dass mit der weiteren Verbreitung der PSGV und mit zunehmender „psychosomatischer“ Kompetenz der Hausärzte der Bedarf an Psychotherapie noch steigen wird. Da viele Menschen, die von sich aus nicht auf die Idee kämen, eine Psychotherapie zu beginnen, bereit sind, einer entsprechenden Empfehlung des Hausarztes zu folgen, stellt sich die Frage, ob das psychotherapeutische Versorgungsangebot überhaupt ausreicht, diesen Bedarf zu decken.

Unzureichende psychotherapeutische Versorgungslage

Die Einschätzungen zur psychotherapeutischen Versorgungsrealität in der Bundesrepublik gehen weit auseinander. Wie bereits die Zahlen zur Prävalenz psychogener Erkrankungen zeigen auch die Zahlen zum Bedarf an Psychotherapie eine erhebliche Spannweite.¹⁷ So berechnen Meyer u.a. (vgl. 1991, S. 99) in ihrem Gutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes einen Anteil von 5,3 % der Gesamtbevölkerung der BRD (8% in Großstädten), der einer Therapie bedarf. Schmid (vgl. 1992, S. 39) hingegen kommt aufgrund kritischer Durchsicht der vorliegenden Studien nur zu einer Prozentzahl von 2,1 % der behandlungsbedürftigen Patienten, die ein entsprechendes Angebot annehmen würden. Dabei betont er allerdings, dass es sich um eine versuchsweise Untergrenzenschätzung handelt. Löcherbach u.a. schließlich, die für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung eine umfassende Studie zur Frage der adäquaten Bedarfsplanung erstellt haben, schätzen den Anteil der Patienten, die sich einer psychotherapeutischen Behandlung unterziehen sollten und dies bei einem entsprechenden Angebot auch tun würden, sogar auf nur ca. 1,89 % (vgl. Löcherbach u.a., S. 210 f.). bzw. an anderer Stelle sogar auf nur durchschnittlich 0,6 % (vgl. Löcherbach u. Weber, S. 31).

¹⁷ Da solche Faktoren wie mangelnde Motivierbarkeit, aber auch nicht ausreichende Therapierbarkeit (beispielsweise durch langjährige Chronifizierung), diesen Zusammenhang einschränken, ist es nicht zulässig, alleine von Prävalenzdaten auf den Psychotherapiebedarf zu schließen (vgl. Hessel u.a., S. 238; vgl. a. Franz u.a., 1990)

Trotz dieser vergleichsweise niedrigen Bedarfszahlen stellen die Autoren unmissverständlich fest: „Gemessen an der Zahl potentieller Patienten mit entsprechend behandlungsbedürftigen Gesundheitsproblemen, herrscht in Deutschland durchschnittlich eine massive Unterversorgung in diesem Bereich. Nur etwa 50 % der psychotherapeutisch Behandlungsbedürftigen können von den derzeit im Rahmen der GKV zugelassenen Therapeuten psychotherapeutisch versorgt werden, bei immensen regionalen Unterschieden“ (Löcherbach u. Weber, S. 27). Auch die Anwendung der Bestimmungen zur gesetzlich vorgeschriebenen Bedarfsplanung wird dazu führen, „dass gravierende Versorgungsungleichgewichte, die bereits bestehen, auch für die zukünftige Versorgung festgeschrieben werden“ (ebd., S. 28)¹⁸.

Eine repräsentative Befragung (Zepf u.a., 2001, 2002) aller niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche in ausgewählten Bundesländern¹⁹ nach Wartezeiten, Anzahl der Patienten, Einschätzung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im jeweiligen Planungsbereich und v.a.m. macht das Ausmaß der Unterversorgung deutlich. In dieser Studie „Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland“, die nach dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt wurde, zeigte sich, dass 65 % der Psychotherapeuten, die diese Frage beantworteten, die psychotherapeutische Versorgung in dem Planungsbereich, in dem sie niedergelassen sind, für nicht ausreichend halten (vgl. Zepf u.a., 2002, S. 14). „Interessanterweise halten selbst in den Planungsbereichen, in denen der von den KVen festgestellte Versorgungsgrad eine Überversorgung von >300 % angibt, 62 % der Psychotherapeuten für Erwachsene eine ausreichende ambulante psychotherapeutische Versorgung für nicht gewährleistet. Und bei einem Versorgungsgrad von >400 % hielten noch 47 % der Psychotherapeuten, die aus einem solchen Planungsbereich kamen, die Versorgung für nicht ausreichend“ (ebd.). Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird generell noch schlechter eingeschätzt (vgl. ebd.). Selbst wenn man nur die – oben bereits angeführten – sehr vorsichtigen Schätzungen von Löcherbach u.a. (2000) zugrunde legt, ergibt sich bei ca. 20 000 Psychotherapeuten, die im Schnitt pro Jahr 22 Patienten behandeln, immer noch eine Unterversorgung in der Gesamt-BRD zwischen 14 und 60 % (vgl. Deister, 2000, S. 5).

Die schlechte psychotherapeutische Versorgungslage, die somit auch nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes unverändert fortbesteht (vgl. Zepf u.a., 2002, S. 14), spiegelt sich bereits in den bestehenden Wartezeiten auf ein Einzelgespräch bzw. auf einen Therapieplatz wider. Im Durchschnitt musste ca. 1,9 Monate auf ein Erstgespräch bzw. 4,6 Monate auf einen Therapieplatz gewartet werden, wobei sich ein Einfluss der Kostenträger auf den Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung zeigte. Selbstzahler, Privatversicherte und Beihilfeberechtigte warteten ca. 1,3 Monate auf ein Erstgespräch bzw. ca. 3,2 Monate auf einen Thera-

¹⁸ Grundlage der von vielen Seiten kritisierten Bedarfsplanung (genauer: Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte 1999 nach §101(4) SGB V) sind Sollzahlen, die als inadäquat gelten, weil sie nicht aus einer wie immer garteten Ermittlung behandlungsbedürftiger und -williger Patienten mit psychischen oder psychosomatischen Störungsbildern in den Planungsbereichen bestehen, sondern nur einen Istzustand an einem bestimmten Stichtag festschreiben. Die Sollzahlen geben lediglich das Verhältnis Psychotherapeut/Einwohner an, wie es sich zum 31.8.99 in den Planungsbereichen im Durchschnitt in der BRD darstellte (vgl. Zepf, 2001, S. 192; vgl. a. Sachverständigenrat, Bd. III, S. 174).

¹⁹ Die Erhebungen wurden im Auftrag des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten (BVVP) zunächst im Saarland und später auch in Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen durchgeführt.

pieplatz, Ersatzkassenversicherte ca. 2 bzw. 5 Monate und Primärkassenversicherte ca. 2,4 bzw. 5,6 Monate. Auch die Wahrscheinlichkeit, überhaupt einen Behandlungsplatz zu erhalten, war vom Kostenträger abhängig. 70 % der Selbstzahler, Privatversicherten und Beihilferechtigten, aber nur 62 % der Ersatzkassenversicherten und 58 % der Primärkassenversicherten, die in diagnostische Einzelgespräche kamen, wurden auch tatsächlich in Behandlung genommen. Hierbei wurden Primärkassenversicherte im Vergleich mit anderweitig Versicherten bevorzugt in suggestiven Verfahren, im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung, der psychiatrischen Versorgung und in Kurzzeittherapien behandelt (vgl. Zepf u.a., 2002, S. 14).

Bereits vor dem probatorischen Erstgespräch war etwa die Hälfte der Personen, die wegen eines Erstgesprächs und eines Behandlungsplatzes angefragt hatten, abgewiesen worden. Von den 11266 Patienten wiederum, die probatorische Sitzungen erhielten, wurden 61 % in Behandlung genommen. Von den 4357 Personen, die nach den probatorischen Sitzungen nicht in Behandlung genommen wurden, „wurden 50 % abgewiesen, bei 10 % wurde eine stationäre Einweisung veranlasst, bei 20 % wurde keine Behandlungsindikation gestellt, und weitere 20 % lehnten das Behandlungsangebot ab“ (vgl. Zepf, 2002, S. 13)²⁰

Schwer zu erreichen ist ein Psychotherapieplatz vor allem für Menschen aus unteren sozialen Schichten (vgl. a. Franke, 1984, 1991). Eine Unterversorgung betrifft auch Patienten mit Suchterkrankungen, organischen Krankheiten mit psychischen Veränderungen, Anorexia nervosa, schweren psychosomatischen Organerkrankungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Schmerz- und Tinnituspatienten (Zepf u.a. 2001, S. 194; vgl.a. Fritzsche u.a. 2000), besonders also solche Patienten, deren Erkrankungen eine körperliche Komponente aufweisen. Der Sachverständigenrat (vgl. Fußnote 16) kommt ebenfalls zu der Einschätzung, dass Versorgungsdefizite nicht alle Krankheitsgruppen in gleichem Ausmaß betreffen. Für somatoforme Erkrankungen und Suchterkrankungen ergeben sich offensichtlich teilweise wesentlich schlechtere Behandlungsquoten als beispielsweise für Panikstörungen aus dem Formenkreis der Angststörungen oder für depressive Störungen aus dem affektiven Formenkreis (vgl. Sachverständigenrat, Bd. III, S. 174). So gelangen gerade diejenigen, die psychotherapeutischer Hilfe am meisten bedürfen, zumeist nicht oder erst viel zu spät in eine entsprechende Behandlung (vgl. Franz, S. 219).

Vor diesem Hintergrund sieht der Sachverständigenrat Hinweise für ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung (vgl. Sachverständigenrat, Bd. III, S. 173). Diese Einschätzung bezieht sich nicht nur auf regionale Versorgungsunterschiede in der vertragsärztlichen psychotherapeutischen Versorgung (vgl. ebd., S. 174).²¹ Vielmehr deutet die Zusammenschau

²⁰ „Gänzlich unversorgt blieben nach den probatorischen Sitzungen 3926 (34,8 %) Patienten, von denen nur 51 nach Einschätzung der Therapeuten keine Störung aufwiesen“ (Zepf u.a., S. 13; Hervorh. i. Original/U.F.). „Bei den restlichen 3875 Patienten legen die diagnostizierten Störungsbilder nahe, dass diese gleichwohl als behandlungsbedürftig anzusehen sind“ (ebd.).

²¹ Löcherbach u.a. (vgl. 2000, S. 201ff.) kommen aufgrund ihrer Überlegungen zu einem modifizierten Bedarfsplanungs-Modell zu der Auffassung, dass eine Unterversorgung mit Psychotherapie eher außerhalb der großen Städte, vor allem in vielen ländlichen Regionen der ganzen BRD und in allen Regionen der neuen Bundesländer anzunehmen ist. Dagegen zeigt die Gesundheitsberichterstattung einzelner Städte, dass eine Unterversorgung durchaus auch in größeren und Großstädten der alten Bundesländer anzutreffen ist. Beispielsweise kommt die psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in Aachen zu dem Ergebnis, dass selbst bei einer Minimal-schätzung des Bedarfs an Psychotherapie von 0,6 % ca. 10 % der einer Psychotherapie bedürftigen Bürger unversorgt bleiben und dass der Bedarf an ambulanter psychotherapeutischer Versorgung in der Region Aachen-Düren-Heinsberg von einer Sicherstellung im Sinne der betroffenen Bürger noch weit entfernt ist (vgl.

der zahlreichen Aussagen auch darauf hin, dass auf „der einen Seite zu viele und zu lange Therapien bei unproblematischen Patienten durchgeführt (würden) (Überversorgung), während andererseits schwerkranke und nicht ideal angepasste Patienten unzureichend versorgt würden (Unter- und Fehlversorgung)“ (ebd., S. 171). Vor diesem Hintergrund kommt der Rat in seinem Gutachten zu der zusammenfassenden Einschätzung, dass „offensichtlich nur ein relativ kleiner Anteil von Menschen mit psychischen Störungen eine nach modernen Behandlungsleitlinien als adäquat zu bezeichnende Behandlung (erhält)“ (ebd., S. 173 f.).

Fasst man die hier vorgelegten Forschungsergebnisse, Analysen und gutachterlichen Stellungnahmen zusammen, dann wird deutlich, dass der unbestreitbare Fortschritt, den die PSGV für die psychosoziale Versorgung der Bevölkerung darstellt, doch wesentlich dadurch geschmälert wird, dass im Gesamtsystem die bisherigen Anstrengungen nach Ansicht aller Beteiligten nicht ausreichen, um den gesamten Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung zu decken. Es sieht so aus, als ob gerade die Menschen mit psychischen, psychosomatischen und somato-psychischen Erkrankungen Opfer der „somatischen Fixierung“ des Gesundheitssystems in der BRD sind, welche sich nach Ansicht des Sachverständigenrats „besonders deutlich in der Versorgung psychisch Kranker (zeigt). Leichtere, den Patienten und seine Umgebung nichtsdestotrotz stark belastende, psychische Erkrankungen werden häufig bagatellisiert, schwer psychisch kranke ... Patienten hingegen stigmatisiert“ (Sachverständigenrat, S. 68).

Die hier zusammengetragenen Befunde machen deutlich, dass die Versorgungssituation in Bezug auf die verbreiteten psychischen Probleme der Bevölkerung zumindest als unzureichend anzusehen ist. Vor diesem Hintergrund gilt es nun solche Ansätze ins Blickfeld zu rücken, die in der bisherigen Diskussion um die Grundversorgung bei psychischen, psychosomatischen und somatopsychischen Erkrankungen noch nicht berücksichtigt wurden.

1.3.3 Vernachlässigung von Gesundheitsförderung und Prävention

Im Gutachten des Sachverständigenrats werden Versorgungsprobleme in acht ausgewählten Krankheitsgruppen dargestellt, von denen angenommen wird, dass sie zwei Drittel aller Krankheitsausgaben des Gesundheitssystems verursachen. Detailanalysen finden sich u.a. zu ischämischen Herzerkrankungen (inklusive Myocardinfarkt), zu Rückenleiden, zu chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen, zu depressiven Störungen und zu Krebserkrankungen. Insgesamt lassen sich lt. Sachverständigenrat „über unterschiedliche Krankheiten und Patientengruppen hinweg konvergente Muster überholter Paradigmen und Versorgungsgewohnheiten erkennen“ (Sachverständigenrat, Bd. III, S. 18). Das gegenwärtige System sei im Wesentlichen geprägt durch die Dominanz einer auf akute Krankheitsformen ausgerichteten kurativen Versorgung, einschließlich eines entsprechenden „strukturellen Überversorgungsgrades“ (ebd., S. 19). Vorherrschend sei eine „somatische Fixierung“ (ebd., S. 19) des Gesundheitssystems, in

PSAG-AC, 2000/2001). Ebenso kommt eine Arbeitsgruppe der Gesundheitskonferenz der Stadt Essen mit dem Schwerpunktthema „Patientenberatung zu psychosozialen und psychotherapeutischen Hilfen in Essen“ zu dem Ergebnis, dass Versorgungsengpässe und Wartezeiten einen deutlichen Mangel an Versorgungsangeboten aufzeigen, während die offizielle Bedarfsplanung für Essen von einer Überversorgung in diesem Gebiet ausgeht (Gesundheitsamt Essen, 2002). Der Sachverständigenrat für eine Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen sieht Hinweise auf eine Überversorgung in städtischen Ballungszentren, v.a. mit Universitätseinrichtungen und psychotherapeutischen Weiterbildungsstätten, wogegen es in strukturschwächeren, v.a. ländlichen Gebieten Anhaltspunkte für eine Unterversorgung gibt. Neben einem West-Ost-Gefälle existiert in Deutschland offensichtlich auch ein Süd-Nord-Gefälle (vgl. Sachverständigenrat, Bd. III, S. 174).

dem die „sozialen, psychischen, lebensweltlichen und biographischen Bezüge chronisch Kranker und ihrer Angehörigen oftmals nicht oder nur unzureichend berücksichtigt“ würden (ebd.). Betroffenen-Organisationen beklagten, dass von den Leistungserbringern die psychosoziale Belastung durch chronische Krankheit häufig unterschätzt werde und sich viele chronisch Kranke und ihre Angehörige mit belastenden Diagnosen alleine gelassen fühlten (ebd., S. 67).

Eine solche vorrangig auf akute Verschlechterungen des Gesundheitszustandes reagierende medizinische Versorgung alleine sei aber langfristig offensichtlich wenig erfolgreich, wenn sie nicht durch ein Behandlungskonzept ergänzt werde, das psychosoziale, umweltbezogene und verhaltensbezogene Faktoren angemessen berücksichtigt. Notwendig sei die gleichzeitige und gleichberechtigte Anwendung und Verzahnung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege (vgl. ebd., S. 66). Vor diesem Hintergrund sieht der Sachverständigenrat bei allen im vorhergehenden Abschnitt genannten Krankheitsgruppen erheblichen Bedarf zur Verbesserung der Versorgungskette, darüber hinaus in der Regel ein bedeutsames und nicht ausgeschöpftes Potenzial an Primär- und teilweise auch Sekundär- bzw. Tertiärprävention (vgl. ebd., S. 14). Eine „Optimierung des Systems durch Gesundheitsförderung und Prävention“ (ebd., Bd. I/II, S. 25) wird ebenso dringend empfohlen wie die „Optimierung des Nutzerverhaltens durch Kompetenz und Partizipation“ (ebd., S. 40).

Während der Nutzer des gesundheitlichen Versorgungssystems in der Vergangenheit vorwiegend in der Rolle des passiven Empfängers medizinischer Leistungen gesehen wurde, der sich weitgehend auf die Fürsorge und Qualität der Entscheidungen anderer verlassen musste, zeichnen sich für das Gesundheitssystem im 21. Jahrhundert neue Regeln ab (ebd., Bd. III, S. 22). Nach Ansicht des Sachverständigenrats wird in Zukunft die Frage an Bedeutung gewinnen, inwieweit eine aktive, mitgestaltende Rolle von Bürgern, Versicherten und Patienten verwirklicht ist. Während im bisherigen System vor allem die Professionellen die Versorgung kontrollieren, wird zukünftig zunehmend der Patient zum selbstverantwortlichen Manager seiner Krankheit und zum kompetenten Nutzer des Systems (vgl. ebd.). Vor diesem Hintergrund erkennt der Rat „in Kompetenz und Partizipation die Schlüsselqualifikationen des Nutzers, die einen wesentlichen Einfluss auf Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungen und Wirtschaftlichkeit des gesamten Systems ausüben“ (Bd. I/II; S. 40) und folgert, „dass zum einen vorhandene Kompetenzen besser genutzt werden müssen, und dass zum anderen das Nutzerverhalten durch einen Ausbau der Kompetenzen und durch mehr Partizipation zu verbessern ist“ (ebd.).

Als eine der zentralen Voraussetzungen zum Erreichen dieser Ziele (Partizipation und Nutzerkompetenz) gilt die Weitergabe und der Erhalt von Informationen auf allen Ebenen des Gesundheitssystems. Fundierte, im wirklichen Sinne aufklärende Information, die dem Nutzer der Dienstleistung Entscheidungsgrundlagen bietet, ist Voraussetzung für mehr Autonomie des Patienten und für partnerschaftliche Entscheidungen von Ärzten und Patienten (vgl. Bd. I/II, S. 42). Darüber hinaus ist eine ausreichende Information über vorhandene psychosoziale und pädagogische Unterstützungsangebote gefordert. Betroffenen-Organisationen beklagen, dass in der Vergangenheit solche Informationen in der ärztlichen Praxis häufig unterblieben, unter anderem auch deshalb, weil die Ärzte selbst unzureichend informiert seien (vgl. Bd. III, S. 67). Der Rat empfiehlt den Ausbau und die Optimierung aller Ansätze zur Versicherteninformation sowie zur gesundheitlichen Aufklärung, Beratung und Schulung. Krankenkassen und gleichsinnige Einrichtungen sollten alle Möglichkeiten moderner Kommunikation und zielgruppenorientierter Informationen nutzen (vgl. Bd. I/II, S. 42). Auch sollten mit Blick auf die Steigerung der

Nutzerkompetenz umweltbedingte Voraussetzungen und Formen der sozialen und institutionellen Unterstützung (wie z.B. Selbsthilfegruppen) ebenso berücksichtigt werden wie rechtliche Bedingungen (Patientenrechte) oder edukative Faktoren.

Nun ist die vom Rat so deutlich beklagte „mangelnde Präventionsorientierung des deutschen Systems“ (Bd. III, S. 19) bisher kaum in Bezug auf die hier zur Diskussion stehenden psychogenen Erkrankungen mit ihren verschiedenen Untergruppen thematisiert worden. Zwar wird in der Psychosomatik seit einigen Jahren versucht, die Pathologiezentrierung der medizinischen Sichtweise um die Fragestellung nach gesundheitserhaltenden oder -förderlichen Faktoren zu ergänzen. Auch wächst das Bewusstsein, dass die „Förderung von körperlichen, seelischen und sozialen Ressourcen, von bereits vorhandenen oder angelegten Fähigkeiten und von Selbstheilungskräften einen vielversprechenden und innerhalb der Medizin, mit Ausnahme der Rehabilitations- und Kurmedizin, noch viel zu wenig genutzten Ansatz dar(stellt)“ (Lamprecht u. Sack, S. 31; vgl. a. Schüffel u.a, 1998). Dennoch hat die in der Medizin bisher unübliche Sichtweise der „Salutogenese“ (vgl. Kap. 1.5.2.) zwar verschiedene neue Forschungsansätze, bisher aber kaum neue Therapiemöglichkeiten hervorgebracht (vgl. Lamprecht u. Johnen, 1998; vgl. a. Bengel u.a., 1999, S. 73 ff.). So stellt es in der Diskussion eher eine Ausnahme dar, wenn Ärzte auf die Notwendigkeit einer umfassenden Gesundheitsbildung und einer Stärkung von Selbsthilfepotenzialen hinweisen (vgl. Halhuber, 1988; vgl. a. Sturm, 2000).

Obwohl Gesundheitsförderungsprogramme für psychosomatische Patienten bereits bestehen und teilweise mit großem Erfolg durchgeführt wurden²², erstaunt es, wie wenig das Vorhandensein solcher Ansätze in der Diskussion über die Psychosomatische Grundversorgung auch nur erwähnt wird. Psychosomatische Grundversorgung ist allein ärztliche Tätigkeit und kann laut Psychotherapie-Richtlinien nur im „Rahmen einer übergeordneten somato-psychischen Behandlungsstrategie Anwendung finden“ (Psychotherapie-Richtlinien, S. 67). Es „findet sich kein Argument für zeitgenössische Überlegungen, die Versorgung psychogen Kranker aus der Verantwortung der Ärzte zu entlassen. Gerade die so wesentlich mitbetroffene Symptomebene des Körpers, die partielle Ausdrucksgemeinschaft des Organischen und Neurotischen ... käme derart zu kurz“ (Tress, S. 4). So legitim es erscheinen mag, dass psychosomatische Versorgung auch und vor allem an die Zuständigkeit der Ärzte gebunden bleibt, so geht mit der oben zitierten Formulierung zugleich auch eine Festlegung einher, die den Blick für gesundheitsförderliche, psychoedukative Beiträge zur Grundversorgung bei psychogenen Störungen und Erkrankungen einengt und verstellt.²³ In Hinsicht auf eine patientenorientierte Gestaltung des Gesundheitswesens, die eine Kooperation der beteiligten Professionen und eine Vernetzung aller

²² Einschränkung muss allerdings hinzugefügt werden, dass sich die meisten gesundheitsförderlich ausgerichteten Konzepte an ganz konkrete Gruppen von Betroffenen, darunter besonders häufig an Koronarkranke richten (vgl. z.B. Albus u. Köhle, 1997; Mittag u.a., 2001; Scharfenstein u. Basler, 1993; vgl. zum Überblick über sekundär- u. tertiärpräventive Ansätze a: Weber u. Jerusalem, 2003; Weitkunat u.a., 1997 sowie Kaluza u.a., 2002). Eine Ausnahme stellt das Programm von Franke und MitarbeiterInnen dar, die schon vor nun beinahe 20 Jahren ein unspezifisches Gruppentraining gegen psychosomatische Störungen entwickelt haben, das später als psychologisches Programm zur Gesundheitsförderung überarbeitet und neu aufgelegt wurde. Dieses psychologische Gruppenprogramm fand im therapeutisch unterversorgten Ruhrgebiet großen Anklang bei Patienten, Ärzten, Therapeuten, Beratungsstellen etc. (vgl. Franke, 1984; 1991; Franke u. Möller, 1993).

²³ Allerdings erscheint auch der Gedanke nicht ganz abwegig, dass möglicherweise angestammte berufspolitische Konkurrenzen – beispielsweise zwischen Medizinern und Psychologen – sich als hinderlich für die Entwicklung interdisziplinär begründeter Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme erweisen könnten (vgl. Franke, 1984, S. 1).

Leistungen erfordert, erscheint eine solche Ausgrenzung nicht-medizinischer Beiträge und Disziplinen eher unproduktiv und hinderlich (vgl. Badura u. Feuerstein, 1996; Sachverständigenrat, 2000/2001, Bd. II u. III). Dabei besteht offensichtlich dringender Handlungsbedarf. Ohne der weiteren Arbeit damit vorgreifen zu wollen, sollen einige Argumente den Bedarf an pädagogischen und psychoedukativen Formen der Gesundheitsförderung als Ergänzung zu den bisherigen Ansätzen Psychosomatischer Grundversorgung verdeutlichen.

1.3.4 Weiterführende Überlegungen

Argumente für eine Ergänzung der PSGV durch Gesundheitsförderung.

Das größte Hindernis für die angemessene Versorgung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen besteht nach Aussage der WHO in der Diskriminierung dieser Menschen und ihrer Probleme (vgl. WHO, 2001; vgl. a. Sachverständigenrat, Bd. III, S. 173 f.). Die Minderachtung psychischer Probleme und der von ihnen Betroffenen stellt ein weit verbreitetes gesellschaftliches Phänomen dar. Sie geht nicht nur von den Leistungserbringern, sondern auch von den Patienten und ihren Angehörigen aus (vgl. ebd., S. 68). Solange aber das Thema einer solchen Erkrankung hinter einer Mauer aus Schweigen und Scham verborgen bleibt, können vorhandene Möglichkeiten einer frühzeitigen und sachgerechten Behandlung nicht wahrgenommen werden (vgl. ebd., S. 173). Aus diesem Grund ist es wichtig, die Aufklärung über Häufigkeit und Natur solcher Erkrankungen zu verbessern, die Akzeptanz und Selbstakzeptanz der Betroffenen zu fördern und Schambarrieren abzubauen.

Unkenntnis und Tabuisierung des eigenen Körpers und der eigenen Psyche sind nicht nur ein individuelles, sondern v.a. auch ein kulturelles Problem. Viele Menschen haben in unserer Kultur verlernt, ihren Körper- und Gefühlsreaktionen Aufmerksamkeit zu schenken. Zwar kennt unsere Sprache viele Redewendungen, die sehr plastisch bestimmte Verbindungen zwischen Gefühlen und körperlichen Reaktionen ausdrücken. Da bleibt mir die Luft weg, mache ich meiner Wut Luft, nehme mir etwas zu Herzen, fühle mich bedrückt oder fühle mich leicht oder heiter, ich ekle mich oder ich liebe: „das sind Ausdrücke für leibliche Gestimmtheiten oder in leiblichen Regungen erfahrene Affekte“ (Böhme, S. 119; vgl. a. Teegen, 1992, S. 103 ff.). Der moderne Mensch kennt aber häufig nicht mehr diese leibliche Erfahrung des sogenannten Seelischen, der Stimmungen und Gefühle, eben diese „affektive Weise, in der man seinen Leib erfährt“ (Böhme, S. 119). Der Körper ist für ihn nur noch das entfremdete Körperding, in dem er sich nicht mehr auskennt. Er weiß nichts mehr von seinem Körper, findet sich in leiblichen Regungen nicht mehr zurecht und „fühlt sich nicht mehr in der Lage, auch nur die kleinsten Entscheidungen in Bezug auf seinen Körper selbst zu fällen“ (ebd., S. 116). Der Kranke „versteht nämlich seine Krankheit, wie die Wissenschaft es ihn lehrt: als anonymes, erlebnisunabhängiges, mit seiner Person unverbundenes Naturgeschehen“ (Mitscherlich, S. 47). In einem Gesundheitssystem, das sich zunehmend am kompetenten Nutzer orientiert, wird es daher auch um eine Wiederaneignung des leiblich-seelischen Geschehens, um eine verbesserte Wahrnehmung des eigenen Körpers und um eine Sensibilisierung für soziopsychosomatische Zusammenhänge gehen müssen.

Wie groß unter den Nutzern des Gesundheitssystems der Bedarf an Information, Kompetenzsteigerung und Austausch unter Gleichbetroffenen ist, das wird insbesondere auch durch die Verbreitung von Selbsthilfegruppen deutlich. In der gängigen Versorgungsstruktur erfährt sich der Patient mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen häufig als abhängig Be-

handelter (vgl. Franke, 1984, S. 10), über den die Experten möglicherweise mehr wissen als er selber. Demgegenüber zeigt die Verbreitung der Selbsthilfe auch unter Menschen mit psychogenen Erkrankungen, wie groß das Bedürfnis von Betroffenen ist, als Experten für ihre Erkrankung ernst genommen zu werden. Beispielsweise zeigen Daten aus dem Jahresbericht 2002 der WIESE e.V., der Beratungsstelle für Essener Selbsthilfegruppen und Interessierte, eine deutliche Zunahme der Anfragen zu psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Mit dieser Entwicklung sind akute/chronische Erkrankungen und psychische/psychosomatische Erkrankungen nahezu auf dem gleichen Stand. Zählt man die Zahl der Anfragen zu Suchterkrankungen noch hinzu, überwiegen die psychogenen Erkrankungen sogar bei weitem. Zu den auffälligsten Veränderungen gegenüber dem Vorjahr zählt, dass die Nachfrage nach Selbsthilfe zum Thema „Depression“ nun an die erste Stelle aller Anfragen gerückt ist, gleich gefolgt von der Nachfrage zum Thema „Angst“ (vgl. Wiese e.V., S. 9 ff.). Wie groß das Interesse der Menschen ist, „selbstkompetent“ zu werden, spiegelt in gleicher Weise auch die zunehmende Verbreitung von Ratgeber- und Selbsthilfeliteratur und das Interesse an einschlägigen Kursen der Erwachsenenbildung.

Gesundheitliche Aufklärung in Kursen und Medien vermittelt bisher oft nur sehr allgemeine Kenntnisse. Häufig bezieht sie sich auf isolierte Riskofaktoren oder zu einfache Vorstellungen von Stress und bietet für die von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen Betroffenen wenig Anhaltspunkte und Anknüpfungsmöglichkeiten. Dabei gibt es unzweifelhaft sehr effektive, empirisch geprüfte, kostengünstige Möglichkeiten zur Förderung der körperlichen und seelischen Gesundheit (vgl. Lamprecht, 1996; Sobel, 1995; Tausch, 1992). Die Erfahrungen mit multi-modalen Gesundheitsförderungs- und Mind-Body-Programmen (vgl. hinten Kap. 7) weisen darauf hin, wie groß das Selbsthilfepotenzial von Menschen ist, die geeignete Information, Anleitung und Motivierung erhalten. Menschen mit den unterschiedlichsten Krankheitsbildern und Störungen verfügen über beeindruckende Ressourcen, die ihnen nicht nur bei der Förderung ihrer Gesundheit und bei der Krankheitsbewältigung helfen, sondern häufig zu einer Verbesserung der Symptomatik und manchmal sogar zu einer Heilung beitragen.

Die bisherige Form psychosomatischer und psychotherapeutischer Versorgung ist einerseits ein Fortschritt, andererseits stößt sie aber auch an ihre Grenzen. Unterversorgung bzw. Fehlversorgung betrifft – wie bereits ausgeführt wurde – vor allem Menschen in psychotherapeutisch unterversorgten Regionen, Menschen aus unteren Schichten und häufig auch Menschen mit Erkrankungen, an denen neben körperlichen auch psychische Faktoren beteiligt sind. Als besonders problematisch gilt ebenso die Versorgung von Patienten mit somatoformen Störungen, weil diese Patienten darauf bestehen, eine körperliche Krankheit zu haben, während der Arzt versucht, ihnen einsichtig zu machen, dass es sich eigentlich um eine seelische Störung handelt. Diese Situation ist Grundlage vieler Missverständnisse. Sie gehört als Interaktionsstörung zwischen Arzt und Patient zur Definition des Krankheitsbildes und führt häufig dazu, dass das hartnäckige Beharren der Patienten ihnen den Stempel der fehlenden Krankheitseinsicht einbringt und sie als untherapierbar erscheinen lässt (vgl. Fritzsche u.a., 2000, S. 37; Henningsen u.a., 2002). Die vielfach beschriebenen Probleme in der Arzt-Patient-Beziehung sind ein wesentlicher Grund für häufige Arztwechsel und für langwierige Chronifizierungsprozesse, an deren Ende dann der Patient mit einer neuen Krankheit steht, die „chronisches Krankheitsverhalten“ genannt wird (Mark u. Bischoff, S. 91). Solche Patienten sind auch durch Maßnahmen der Psychosomatischen Grundversorgung schwerer zu erreichen als diejenigen Patienten, die selber eine seelische Ursache für ihre Symptomatik angeben, so dass sich

eine „Versorgungslücke also gerade bei jenen Patienten auf(tut), die sich mit einem somatischen Krankheitsverständnis präsentieren“ (Tress u.a., 1997, S. 230, vgl. a. Franz, S. 213 f.; Fritzsche u.a., 2000). Zugleich ist die „Behandlungsresistenz“ dieser Patienten von außerordentlich großer Relevanz für die medizinische Versorgung, weil Patienten mit dieser Diagnose die größte Gruppe in der hausärztlichen Versorgung stellen (vgl. Fußnote 6). Viele Anstrengungen werden daher darauf verwendet, das organische Krankheitsverständnis dieser Patienten sensibel zu erweitern (vgl. Henningsen, 2002). Auch vor diesem Hintergrund scheint es sinnvoll, die bisherige Versorgungsstruktur um solche Angebote zu ergänzen, die den Patienten als Experten für seine Krankheit ansprechen und für ihn nicht verdächtig sind, ihn mit ungewollten Etikettierungen oder psychologischen Interpretationen zu konfrontieren. Krankheitseinsicht sollte nicht die Voraussetzung sein, sondern erst im Prozess entstehen. Dafür scheinen Gruppenprogramme zur Gesundheitsbildung besonders hilfreich, weil sie zum einen den Unterstützungsfaktor „sozialer Rückhalt“ als Ressource nutzen und zum anderen – in Abgrenzung zu autoritativen Konzepten der Gesundheitserziehung (vgl. dazu: Kap. 1.5.1.) – auf Selbstbildung und Stärkung der Persönlichkeit durch Wissens- und Kompetenzvermittlung abzielen.

Der Psychologe und Psychotherapeut Reinhard Tausch bringt noch ein weiteres Argument für die Notwendigkeit der Selbsthilfe in die Diskussion ein. Er geht davon aus, dass es unmöglich erscheint, Prävention und Gesundheitsförderung überwiegend durch professionelle Helfer durchzuführen, weil sich diese bei genauer Betrachtung der Faktenlage „auf fast alle Bundesbürger erstrecken“ (Tausch, 1992, S. 53) müssten. Diese Behauptung erscheint auf den ersten Blick überspitzt, sie leuchtet aber ein, wenn man die zugehörigen Fakten liest, die er schon 1992 zusammengestellt hat (vgl. ebd., S. 53). Vor diesem Hintergrund könne es nur darum gehen, durch Prävention und Gesundheitsförderung Selbsthilfe anzuregen. Zwischen den Zeilen finden sich ähnliche Einschätzungen auch bei anderen Autoren. Zum Beispiel weist Wittchen im Rahmen der bundesweiten Depressionsstudie darauf hin, dass die flächendeckende Versorgung mit Psychiatern und Psychotherapeuten nach Aussage der Ärzte vielerorts ein Problem zu sein scheint. „Die Folge ist offensichtlich für eine Reihe von teilnehmenden Ärzten, dass sie Probleme bei der Überweisung haben und einen gewissen Zwang empfinden, selbst behandeln zu müssen, obwohl andere Behandlungsmodalitäten oft als vielversprechender eingeschätzt werden“ (Wittchen u.a., 2000, S. 75). Da Depressionen von den Ärzten noch besser erkannt werden als andere psychogene Belastungen (zum Beispiel Angsterkrankungen – vgl. Sandholzer u.a., S. 24 – oder Alkoholabhängigkeiten – vgl. Linden u.a., S. 213), ist anzunehmen, dass diese Problematik noch weiter reicht, als es bei oberflächlicher Betrachtung der Situation deutlich wird. Hilfe ist in dieser Situation und mit Blick auf Gesundheitsförderung allerdings auch von den als Therapeuten tätigen Psychologen kaum zu erwarten. Diese sehen sich zwar als die Profession, die für die Durchführung entsprechender Gruppenprogramme zuständig wäre. Sie sind aber – wie einschlägigen Gesprächen im beruflichen und privaten Zusammenhang zu entnehmen ist – dennoch wenig bereit, solche Programme auch durchzuführen, weil die Praxen auch ohnedies ausgelastet sind und zumindest zum Zeitpunkt dieser Gespräche eine Unterstützung durch die Krankenkassen fraglich war.

Schließlich könnte die Erschließung des großen Bereichs der patienteneigenen Ressourcen und „die Mobilisierung der patienteneigenen Selbstheilungskräfte und Selbsthilfemaßnahmen ... die Krankenversorgung entlasten und die drohende Zwei-Klassen-Medizin sowie Rationierungen verhindern. Aber dazu benötigen alle Beteiligten, auch die Patienten, entsprechende Kenntnisse, Fähigkeiten und eine neue Grundeinstellung“ (Sturm, S. 17). Gesundheitliche Aufklärung in

Kursen und Medien vermittelt bisher oft nur sehr allgemeine Kenntnisse. Durch gezielte Anleitung durch einen Arzt oder Angehörige anderer Gesundheitsberufe „könnte jeder Mensch seine salutogenen Ressourcen sehr viel gezielter und wirkungsvoller einsetzen“ (ebd., S. 20). Salutogene Leistungen sind nicht auf die Behandlung von Krankheiten, sondern auf den einzelnen Patienten bezogen. Sie sollen bei Gesunden und Kranken salutogene Ressourcen mobilisieren, d.h. Gesundheitsbewusstsein wecken und helfen, dass sie ihre unbewussten Selbstheilungskräfte und Eigenregulationen bewusst unterstützen sowie gesundheitsfördernde Maßnahmen selbstverantwortlich durchführen“ (ebd., S. 20). Dabei kann die Bedeutung von Prävention und Selbsthilfekompetenz nicht hoch genug eingeschätzt werden. Friedhelm Lamprecht, ein Autor, der eine Analyse zu den Kosten von Fehlbehandlungen psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen erstellt hat, kommt zu dem Schluss, dass Angebote, die die Selfcare, also die Selbstbehandlungskompetenz um ca. 2-5 % steigern, in unserem Land zu Einsparungen von 60-120 Mrd. DM führen würden (vgl. Lamprecht, 1996, S. 289). In die gleiche Richtung weisen die Ergebnisse einer internationalen Expertenrunde, die im Auftrag der Bertelsmannstiftung Vorschläge zur Förderung von Vorbeugung im Gesundheitswesen erarbeitet hat. Beinahe zeitgleich zur Rürup-Kommission stellte ein Zirkel von 18 Gesundheitsexperten aus aller Welt ein Sparprogramm der ganz anderen Art dar. Würden im deutschen Gesundheitswesen gezielt alle Vorsorgemöglichkeiten ausgeschöpft, so urteilten die Forscher, ließen sich dadurch 25 Prozent der Kosten im System einsparen. In Zahlen heißt das: jährlich 55 Milliarden Euro (vgl. Hörbst, 2003). Gleichwohl fließen nur 4,5 Prozent des Gesamtbudgets in vorbeugende Maßnahmen. Vor diesem Hintergrund wird ein „nationales Präventionsprogramm“ gefordert (vgl. ebd.) und der Aufbau einer geeigneten Infrastruktur für wirkungsvolle Prävention, da Hausärzte als Gatekeeper kaum in der Lage seien, anspruchsvolle Präventionsprogramme als Steuermann zu organisieren (vgl. Bericht über die Arbeit der Expertenrunde in: Universitätsklinikum Münster, 2003).

Die hier nur sehr knapp ausgeführten Argumente dienen nun als Ausgangspunkt für weiterführende Überlegungen zum Ziel dieser Arbeit und zum weiteren Vorgehen.

1.4 Zielsetzung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit hat das Ziel, eine Konzeption²⁴ für die Förderung der Gesundheit von Menschen mit psychogenen Störungen zu entwickeln. Ausgangspunkt dafür ist die zunehmende Verbreitung und Versorgungsrelevanz dieser Art von Störungen, auf die das Versorgungssystem bisher nur sehr unzureichend reagiert. Zwar sind seit gut 15 Jahren verstärkte Bemühungen des medizinischen Systems um eine Etablierung und Ausweitung der psychosomatischen Grundversorgung zu notieren, die zweifellos einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung leistet. Diese reichen aber bisher kaum aus, um den steigenden Bedarf zu decken. Ganz im Gegenteil ist sogar zu befürchten, dass bei einer weiteren Verbreitung der psychosomatischen Grundversorgung und einer dadurch verbesserten gatekeeper-Funktion der Hausärzte der Bedarf an Psychotherapie noch steigen wird, wodurch die ohnedies defizitäre Versorgungslage in diesem Bereich noch deutlicher würde.

Neben diesen Bemühungen des medizinischen und psychotherapeutischen Systems um Kuration und Therapie wären aber aus vielen Gründen und nach Ansicht zahlreicher Experten dringend verstärkte Anstrengungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung notwendig, um den großen Bereich der patienteneigenen Ressourcen und die Selbsthilfekompetenz der Betroffenen zu erschließen. Zugleich bestehen aber kaum Zweifel an der „mangelnde(n) Präventionsorientierung des deutschen Systems“ (Sachverständigenrat, Bd. III, S. 19). In diesem Zusammenhang ist nicht nur zu kritisieren, dass bisherige Bemühungen um Prävention und Gesundheitsförderung häufig sehr unzureichend und unsystematisch sind. Auch inhaltlich beziehen sich die einschlägigen Programme oft auf isolierte Risikofaktoren oder zu einfache Vorstellungen von Stress und bieten daher für die von psychogenen Störungen betroffenen Menschen wenig Anhaltspunkte und Anknüpfungsmöglichkeiten. So weist der Gesundheitspsychologe Becker darauf hin, dass zwar schon 1975 in der Enquête zur Lage der Psychiatrie verstärkte Anstrengungen zur Prävention psychischer Störungen angemahnt, diese aber bis dato vernachlässigt wurden (vgl. Becker, 1997, S. 528 f.). Darüber hinaus wird vielfach die Konzeptionslosigkeit und Theoriearmut der bereits bestehenden Gesundheitsförderungsaktivitäten beklagt (vgl. Kap. 1.5.2).

Vor diesem Hintergrund soll nun herausgearbeitet werden, wie Ansätze zur Gesundheitsförderung konzipiert sein müssen, die einen Beitrag zum oben dargestellten Problemfeld leisten wollen. Dabei ist es nicht das Ziel, ein eigenes, in seiner Umsetzung konkret ausformuliertes Programm zu entwickeln. Dies zu evaluieren, würde neben der zu leistenden Grundlagenarbeit den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Es soll vielmehr darum gehen, vor dem Hintergrund einer umfangreichen und differenzierten Analyse der für die psychische, körperliche und auch soziale Gesundheit relevanten Faktoren ein Modell von und Kriterien

²⁴ Der Terminus „Konzeption“ soll hier als wissenschaftlich „klar umrissene Grundvorstellung“ bzw. als „Leitprogramm“ oder „gedanklicher Entwurf“ verstanden werden (vgl. Wiss. Rat der Dudenredaktion, 2001). Dabei wird er – sofern er sich auf das Ziel dieser Untersuchung bezieht – auch synonym mit dem Begriff „Konzept“ verwendet werden, dem eine sehr verwandte Bedeutung zukommt (vgl. ebd.). Wieweit dabei die in dieser Arbeit zitierten Autoren den Begriff „Konzept“ in gleicher Weise verwenden oder in seiner wissenschaftlichen Bedeutung als Synonym für das Wort „Begriff“ (vgl. Meyer, A. o.J.), wird aus dem Zusammenhang ersichtlich sein.

für die Gesundheitsförderung zu entwickeln, die es erlauben, maßgebliche, bereits vorhandene und evaluierte Programme auf ihren Beitrag zur oben beschriebenen Problematik hin zu überprüfen, in Bezug auf diesbezügliche Stärken und Schwächen kritisch zu diskutieren und abschließende Folgerungen daraus zu ziehen. Dass und warum es für dieses Vorhaben aussichtsreich erscheint, die wissenschaftliche Diskussion zum Thema Gesundheit mit derjenigen zum Thema Emotionen zusammenzuführen, und wie dies umgesetzt werden soll, wird im Folgenden noch ausführlich erläutert. Ebenso wird sich im weiteren Verlauf der Arbeit zeigen, warum es unmöglich ist, die psychischen, körperlichen und sozialen Aspekte von Gesundheit isoliert zu betrachten.

Des Weiteren sollen sich die Überlegungen zur Gesundheitsförderung in dem genannten Problemfeld nicht auf konkrete Problem- und Krankheitsgruppen beziehen, sondern möglichst krankheitsunspezifisch und breit, d.h. sowohl auf den Bereich der primären wie auch der sekundären und tertiären Prävention anwendbar sein. Dem Vorhaben liegt im Einklang mit der Ottawa-Charta der WHO und den Stellungnahmen des Sachverständigenrates ein Begriff von Gesundheitsförderung zugrunde, der sich nicht auf Prävention, d.h. auf die Krankheitsvorbeugung und auf „Maßnahmen zur Vermeidung eines schlechteren Zustandes“ beschränken lässt (Sachverständigenrat, Bd. I, S. 25). Über die „Vermeidung von tatsächliche(n) oder mögliche(n) Gesundheitsbelastungen“ (ebd.) hinaus orientiert sich dieser Begriff von Gesundheitsförderung vielmehr an beim Betreffenden „verbleibende(n) oder erweiterungsfähige(n) Potenziale(n) selbstkompetenten Handelns“ (ders. Bd. III, S. 66) und zielt darauf, den Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen. Eine in dieser Weise als Ressourcensteigerung verstandene Gesundheitsförderung ist laut Sachverständigenrat nicht auf die primäre Prävention zu beschränken, sondern „vielmehr funktional in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung“ (ders. Bd. I, S. 25) und in allen Phasen eines Krankheitsverlaufs, also auch im Bereich der sekundären und tertiären Prävention zu verorten (vgl. ebd.).

Vor dem Hintergrund dieser Zielsetzung soll hier eine Konzeption entwickelt werden, die deutlich macht, wie Gesundheitsförderung gestaltet sein muss, die eine „gesundheitsorientierte“ Ergänzung zum bisherigen Versorgungsspektrum darstellt und einen Beitrag zum großen Problemfeld der Prävention psychogener Erkrankungen leisten will. Dabei ist es das hauptsächliche Anliegen dieser Arbeit, die inhaltlichen Anforderungen zu präzisieren, die Gesundheitsförderung zu erfüllen hat, wenn sie Menschen zu einem kompetenten Umgang mit psychisch bedingten Störungen befähigen will. Daneben soll aber zumindest in groben Umrissen auch deutlich werden, wie eine solche Konzeption als Ergänzung zur bisher alleine in der Verantwortung der Ärzte angesiedelten psychosomatischen Grundversorgung im Rahmen gesundheitsorientierter Bildung in unterschiedlichen Formen und in verschiedensten Settings eingesetzt werden kann.

Es bedarf nun der Erläuterung, wie dieses Ziel realisiert werden soll. Wer ein solches Vorhaben in Angriff nehmen und Gesundheit fördern will, sollte Klarheit über den Zielzustand haben und sagen können, was er/sie unter Gesundheit versteht. Diese Frage ist aber beim gegenwärtigen Erkenntnisstand schwer zu beantworten. Gesundheit erweist sich als äußerst schwer zu definierender Zustand, obwohl eigentlich jeder mit seinen Erfahrungen etwas zu der Frage beitragen kann, was Gesundheit ist. Aus Literatur, Philosophie, Recht, Soziologie, Psychologie

und Psychiatrie liegt eine Vielzahl von Aussagen und Definitionen über den Gegenstand „Gesundheit“ vor, und dennoch existiert keine allgemeinverbindliche Definition.²⁵

Dieses Problem ist auch nicht zu lösen durch Hinzuziehung der vielzitierten Definition der WHO von 1946: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“ Auf diese Definition wird zwar trotz aller Vorbehalte häufig wegen ihrer umfassenden, ganzheitlichen Sichtweise zurückgegriffen, zumal sie für ein positives Konzept steht, in dem Gesundheit nicht alleine durch das Fehlen von Krankheit definiert ist. Gleichzeitig wird diese Definition häufig kritisiert, einerseits wegen ihres utopischen Charakters, andererseits, weil Gesundheit als statischer „Zustand“ und nicht als dynamischer Prozess verstanden wird. Eine weitere Schwierigkeit liegt darin, dass keine Aussagen dazu gemacht werden, wie körperliche, seelische und soziale Bedingungen der Gesundheit inhaltlich zu konkretisieren sind bzw. wie sie sich zueinander verhalten und zu gewichten sind (vgl. zur Kritik a. Becker, 1992, S. 96).

Idealerweise sollten Gesundheitsförderung und Prävention aber „auf präzisiertem ätiologischen Wissen bzw. Bedingungswissen (sowie auf Veränderungswissen) aufbauen“ (Becker, 1997, S. 520). Bisher fehlt jedoch eine allgemein gültige, anerkannte wissenschaftliche Definition von Gesundheit und eine umfassende, allgemein akzeptierte und überprüfte Theorie, auf die sich Gesundheitsförderung stützen könnte (vgl. Wipplinger u. Amann, S. 42; Becker, 1997, S. 520).

Um trotz dieser schwierigen und unbefriedigenden Ausgangsbedingungen eine wissenschaftlich begründete Annäherung an den Gegenstand vornehmen zu können, bedarf es zunächst einiger Vorüberlegungen und Erläuterungen, wie dieses Ziel erreicht und der Rahmen für das weitere Vorgehen abgesteckt werden soll.

1.4.1 Gesundheitswissenschaftliche Ausrichtung

Vor dem Hintergrund einer fehlenden wissenschaftlichen Definition und Theorie von Gesundheit gilt es eine Basis zu schaffen, von der aus das oben dargestellte Ziel erreicht werden kann. Dafür ist es zunächst notwendig, einen Überblick über die vielfältigen fördernden wie schädigenden Einflüsse und Faktoren zu erlangen, die aus wissenschaftlicher Sicht zur Entstehung von Gesundheit bzw. von Krankheit beitragen. Dieses Grundlagenwissen ist soweit zusammenzutragen, dass es möglich wird, die Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychischen und somatischen Prozessen zu rekonstruieren. Erst auf diesem Fundament kann dann das weitere Gebäude errichtet werden, d.h. erst dann können die Prinzipien und Strukturen eines Gesundheitsförderungsmodells abgeleitet und entwickelt werden.

Die Bearbeitung dieser Aufgabenstellung erfolgt ganz bewusst in den Gesundheitswissenschaften, einer Disziplin, für die Krankheitsprävention und vor allem Gesundheitsförderung zentrales Ziel und ausdrückliches Anliegen sind. Ein wesentlicher Grund für das Entstehen dieser

²⁵ Franke hat einen Überblick über viele der Versuche, Gesundheit zu definieren, gegeben und dabei die Dimensionen herausgefiltert, die in verschiedenen Gesundheitstheorien und Definitionen am häufigsten erwähnt werden. Dabei wird deutlich, wie wichtig es ist, die individuellen und gesellschaftlichen Implikationen dieser Definitionen zu prüfen. Gesundheitsbegriffe haben einen bedeutenden Einfluss darauf, welche Mittel als angemessen und notwendig für den Erhalt und die Förderung von Gesundheit angesehen werden, und entscheiden darüber, welche Einflussmöglichkeiten und Verantwortlichkeiten für die Krankheitsentstehung und Heilung dem Patienten zugeschrieben werden könnten oder sollten (vgl. Franke, 1993 a u. b; vgl. a. Schwartz, Siegrist u. v. Troschke, 2000; Waller, 1996).

noch jungen Disziplin besteht darin, dass die Medizin und die biomedizinisch ausgerichtete Forschung den neuartigen Herausforderungen nicht gewachsen sind, die in Anbetracht der eingangs dieser Arbeit dargestellten Gesundheitsprobleme sowie eines sich von den akuten zu den chronischen Krankheiten wandelnden Krankheitsspektrums an die Aufrechterhaltung und die Förderung der Gesundheit in breiten Schichten der Bevölkerung gestellt werden. Die Medizin hat sich zwar nahezu „eine Monopolstellung für die Erforschung der Entstehung und Entwicklung, der Heilung und Rehabilitation von Krankheit erworben“ (Hurrelmann u. Laaser, 1998, S. 11). Sie stößt aber – wie noch zu zeigen sein wird – mit ihren eigenen Bemühungen zur Gesundheitserziehung und Prävention an die Grenzen einer biomedizinisch ausgerichteten Forschung und Praxis (vgl. hinten Kap. 1.5.1). Veränderte Rahmenbedingungen wie die Überalterung der Gesellschaft und der zunehmende Bedarf an Rehabilitation und Pflege sowie die immer weiter steigenden gesellschaftlichen Kosten für den Gesundheitsbereich erzeugen einen wachsenden Problemdruck, der in zunehmendem Maße Kritik an der bestehenden Gesundheitsversorgung ausgelöst hat. Vor diesem Hintergrund erkennen selbst viele Vertreter der Medizin an, dass die unser Gesundheitssystem bisher dominierenden „biomedizinischen“ Konzepte um Zugangsweisen ergänzt werden müssen, die geeignet sind „das Grundlagenwissen über die Bedingungen von Gesundheit und Krankheit zu erweitern“ und „die Kompetenzen für die Planung und Steuerung des Gesundheitswesens zu verbessern“ (ebd., S. 12).

In Anbetracht dieser Herausforderungen stellen die Gesundheitswissenschaften den in der Geschichte der Wissenschaften neuartigen Versuch dar, verschiedenste Fachdisziplinen unter einem Dach zusammenzufassen, um so die Probleme der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung aus einer erweiterten Perspektive bearbeiten zu können. Dabei soll schon der „Plural ‘Gesundheitswissenschaften’ ... zum Ausdruck bringen, daß es sich nach dem heutigen Stand der wissenschaftlichen Arbeitsweisen um ein interdisziplinäres Gebiet handelt“ (Hurrelmann u. Laaser, 1998, S. 13), in dem alle die für den „Gegenstandsbereich ‘Gesundheit der Bevölkerung’“ (ebd.) relevanten naturwissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Disziplinen mit dem Ziel einer erweiterten „Analyse von Gesundheits- und Krankheitsprozessen“ sowie der „Ableitung von bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen und deren Evaluation“ (ebd., S. 31) zusammenarbeiten. Medizin, Biologie, Psychologie, Soziologie, Ökonomie und möglicherweise noch weiteren Grundlagenwissenschaften gehören mit ihren vielfältigen fachlichen Einzeldisziplinen alle zu dem organisatorisch eigenständigen Gebiet der Gesundheitswissenschaften und arbeiten in einer gleichberechtigten Kooperation, aber mit unterschiedlicher Perspektive an den Problemen und Fragestellungen, die mit dem Gegenstand „Gesundheit“ verbunden sind (vgl. ebd., S. 30 ff.; vgl. a. dies., 1993, S. 9).²⁶

Für die Leistungsfähigkeit der Gesundheitswissenschaften ist es „von ausschlaggebender Bedeutung“, aus unterschiedlichen Wissenschafts- und Forschungsgebieten „Impulse zu erhalten und an möglichst viele bereits bestehende und bewährte Teilgebiete der entsprechenden Dis-

²⁶ Unter dem Begriff Gesundheitswissenschaften (engl. Health Sciences) werden die Wissenschaften zusammengefasst, die in Forschung und Lehre zur Bearbeitung von Fragen der öffentlichen Gesundheit beitragen, ein Arbeitsgebiet, welches häufig auch mit dem Begriff „Public Health“ bezeichnet wird (vgl. Schwartz u.a., 2003). Gegenüber einer solchen parallelen Verwendung der Begriffe begründen Hurrelmann u. Laaser (1998), dass die Gesundheitswissenschaften über bisherige Konzeptionen von „Old“ und „New“ Public Health hinausgehen und diese „in ein umfassenderes und eindeutig wissenschaftliches Verständnis (inkorporieren)“ (ebd., S. 30)

ziplinen anzuknüpfen“ (Hurrelmann u. Laaser, 1993, S. 10).²⁷ Dem liegt – so die Gesundheitswissenschaftler Badura und Strodtholz – die These zugrunde, dass „die globalen Probleme unserer Tage“, wie beispielsweise „die Bekämpfung vermeidbarer körperlicher und seelischer Leiden“, sich einer Bearbeitung durch *eine* wissenschaftliche Disziplin entziehen und „nennenswerter Erkenntnisfortschritt nicht mehr allein durch Abgrenzung und Arbeitsteilung, sondern vor allem durch Disziplinen überschreitende Kooperation zu erzielen ist“ (Badura u. Strodtholz, S. 146). Für die Beantwortung der Frage ‚Was ist und bedingt Gesundheit und Krankheit?‘ hat sich die Kluft zwischen den Natur- und Sozialwissenschaften als besonders nachteilig erwiesen. Der Mensch läßt sich nun einmal weder allein als Organismus, noch allein als denkendes oder fühlendes Wesen begreifen. Deswegen ist in einer ‚Menschenwissenschaft‘ (Elias) – und Gesundheitswissenschaft ist eine ‚Menschenwissenschaft‘, d.h. eine Wissenschaft vom ganzen Menschen, seiner Lebensbedingungen, seiner kognitiven, seelischen und biologischen Voraussetzungen und seines Verhaltens – Zusammenarbeit gerade unter denjenigen unabdingbar, die der Wissenschaftsbereich in unterschiedliche ... Lager spaltet“ (ebd.).

Zu den ausdrücklichen Anliegen dieser Disziplin gehört es daher, die Voraussetzungen für einen ‚Brückenschlag‘ zwischen den Wissenschaftskulturen“ und für eine „intensive und dauerhafte Kooperation insbesondere unter Soziologen, Psychologen und Biomedizinern“ zu schaffen (Badura u. Strodtholz, S. 146). Von einer solchen intensiven Zusammenarbeit zwischen den Vertretern unterschiedlichster Disziplinen wird erhofft, dass sie eine weitergehende Erforschung sozialer, seelischer und physiologischer Prozesse und ein breiteres Verständnis der Zusammenhänge und „Wechselwirkungen zwischen Sozialstruktur, Gesundheit und Verhalten“ (ebd.) ermöglicht. So können nun viele der zentralen Forschungsschwerpunkte und Determinanten für Gesundheit und Krankheit von Vertretern verschiedener Disziplinen bearbeitet werden, die den jeweiligen Gegenstand aus ihren unterschiedlichen Perspektiven fokussieren. Der soziologischen Fragestellung geht es ganz wesentlich um „die Thematisierung von Risiken und Potentialen, die sich einer Kontrolle durch individuelles Verhalten ganz oder weitgehend entziehen“ (Badura, 1993, S. 70). Der Blick richtet sich „in erster Linie auf Risiken und Gesundheitspotentiale der Sozialstruktur, einzelner Organisationen und Institutionen sowie auf die Entwicklung sozialer Beziehungen ... und erst zuletzt auf das Verhalten einzelner Individuen. In der psychologischen und medizinischen Forschung liegen die Gewichte völlig anders. Hier steht das individuelle Verhalten mit seinen gesundheitlichen Konsequenzen am Beginn und nicht am Ende der zu betrachtenden Kausalitäten“ (ebd., S. 78).

Eine erste Sichtung von Beiträgen aus den verschiedenen Disziplinen macht deutlich, dass bereits eine kaum zu übersehende Fülle an Einzelergebnissen zu den verschiedensten gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen vorliegt. Ein großes Problem besteht aber darin, dass alle diese Befunde über zahlreiche Disziplinen verstreut sind und dass „der stark induktive Charakter der Forschung ... häufig einem Denken in Variablen Vorschub geleistet (hat), ohne dass dies in eine allgemeinere Bemühung zur Theorieentwicklung eingemündet wäre“ (Badura,

²⁷ Zu den wesentlichen beteiligten Fachdisziplinen der Gesundheitswissenschaften gehören u.a. die Epidemiologie und die empirische Sozialforschung als die methodischen Kerngebiete sowie aus dem „medizinisch-naturwissenschaftlichen Paradigma“ die Disziplinen Human- und Biomedizin, Arbeits- und Umwelt-, Verhaltens- und Sozialmedizin und aus dem „sozial-, verhaltens- und organisationswissenschaftlichen Paradigma“ die Disziplinen Medizinsoziologie und Gesundheitspolitik, Gesundheitspsychologie und -erziehung, Gesundheitsökonomie, Organisations- und Managementwissenschaften (Hurrelmann u. Laaser, 1998, S. 31f.; vgl. a. Schwartz, 2003).

1993, S. 75). Dabei trifft das, was hier für die Sozialepidemiologie konstatiert wird, offensichtlich auch für andere Forschungsrichtungen, z.B. für die Gesundheitspsychologie zu. Ungleich schwieriger wird es noch, wenn es zur Bearbeitung einer bestimmten Fragestellung notwendig ist, die Befunde aus verschiedenen Disziplinen und Forschungsbereichen zusammenzutragen.

1.4.1 Fokussierung auf die Emotionen

Vor diesem Problem steht auch das Vorhaben, mit Bezug auf die oben skizzierte Problematik eine Gesundheitsförderungskonzeption zu erarbeiten. Dafür kann es nicht ausreichen, die vorliegenden Forschungsergebnisse und Theorien zu den Bedingungen von Gesundheit und Krankheit nur in mehr oder weniger sinnvoller Ordnung zusammenzutragen. Die eigentliche Herausforderung besteht darin, die Fülle der Fakten in einen systematischen Zusammenhang zu bringen, der in Bezug zum eigentlichen Anliegen dieser Arbeit steht, die Gesundheit von Menschen mit psychischen, psychosomatischen und somatopsychischen Störungen zu fördern. Es gilt, dafür einen Ordnungsrahmen zu finden, der geeignet ist, die Vielfalt der Befunde zu bündeln und den durch die wissenschaftliche Arbeitsteilung verloren gegangenen Blick auf das Wesentliche wiederherzustellen.

Für einen solchen Versuch einer Verknüpfung von Forschungsergebnissen sowie einer Synthese möglicherweise eng zusammenhängender Komplexe, Strukturen und Prinzipien, die aufgrund der Differenzierung der Fachwissenschaften und zum Zweck der wissenschaftlichen Analyse parzelliert und auseinandergerissen wurden, bietet sich in besonderer Weise eine Fokussierung auf das Thema „Emotionen“ an. Die Erfahrung, dass Emotionen in zahlreichen privaten und beruflichen Zusammenhängen eine besondere und sehr bedeutsame Rolle spielen, hat schon im Vorfeld dieser Arbeit dazu geführt, viele der Fragestellungen nach der Entstehung und den Bedingungen von Krankheit und Gesundheit unter einem „emotionszentrierten“ Erkenntnisinteresse zu betrachten. Im Verlauf der weiteren Recherche haben sich die Hinweise dann immer mehr verdichtet, mit den Konzepten, Befunden und Theorien zur Emotion einen wichtigen Strang in der Hand zu haben, der eine schlüssige und erhellende Sichtweise auf viele Fragestellungen der Gesundheitswissenschaften freigibt.

Emotionen sind ein grundlegender Teil des menschlichen Lebens. Die Emotionen „stehen, zu allererst, im Schnittpunkt aller psychischen Funktionen“ (Kruse, 1985, S. 2) und bilden als ein zentrales Element der psychischen Organisation den Schlüssel zum Verständnis der Subjektivität, des Verhaltens und der sozialen Beziehungen. Von ebenso großer Bedeutung sind die Emotionen aber auch für das Verständnis somatischer Vorgänge, weil sie über zahlreiche vegetative und hormonelle Kanäle eng mit physiologischen Prozessen verbunden sind und „die wichtigste Schaltstelle zwischen Psychischem und Somatischem“ darstellen (ebd.).

Es gibt daher gute Gründe anzunehmen, dass die Emotionen für die Erforschung der biopsychosozialen Zusammenhänge von Gesundheit eine ebenso „strategische Schlüsselstellung“ einnehmen, wie dies für die Lösung vieler Probleme innerhalb der Psychologie der Fall ist (Traxel zit. n. Kruse, 1985, S. 2). Lange Zeit wurden die Gefühle vernachlässigt, weil sie als Störfaktoren rationalen Denkens galten, die Sachlichkeit verhindern und daher in der Wissenschaft und im öffentlichen Leben nichts zu suchen haben. Seit einigen Jahren nun führt der Aufschwung der Grundlagenforschung, an der Wissenschaftler vieler unterschiedlicher Disziplinen beteiligt sind, zu einer „Wiederentdeckung des Gefühls“ (Petzold, 1995 a). Die Forschungser-

gebnisse rücken die Bedeutung der Gefühle für das seelische Wohlbefinden und die seelische Gesundheit und deren Einfluss auf die körperlichen Funktionen und die körperliche Gesundheit zunehmend in das Blickfeld verschiedenster Disziplinen.

Für das skizzierte Vorhaben einer wissenschaftlichen Grundlegung von Gesundheitsförderung ist diese Entwicklung erfreulich, weil anzunehmen ist, dass dadurch Brückenschläge zwischen den Wissenschaftskulturen ermöglicht und erleichtert werden, die wiederum für eine vertiefende Klärung des biopsychosozialen Zusammenhangs von Gesundheit nützlich sind. Ein knapper Blick auf einige ausgewählte Disziplinen, die für eine Bearbeitung der Aufgabenstellung von Bedeutung sein könnten, macht die zentrale Stellung der Emotionen deutlich.

Maßgeblich zur Wiederentdeckung des Gefühls haben vor allem Vertreter der Neurowissenschaften (u.a. der Hirnforschung, der Neurophysiologie und der Psychoneuroimmunologie) sowie der Stressforschung und der Sozialepidemiologie beigetragen. Diese haben erreicht, dass in jüngster Zeit nicht nur Psychotherapeuten und Psychosomatiker, sondern auch Naturwissenschaftler und Biomediziner ein wachsendes Interesse an der Emotionsforschung und deren Befunden entwickeln.

Für die Psychosomatik sind die Emotionen als Nahtstelle zwischen sozialen, somatischen und seelischen Aspekten des Lebens ein zentraler Gegenstand ihrer Disziplin (vgl. z.B. Tress u.a., 1997 b, S. 32 ff.). Allerdings mangelte es lange Zeit an gesicherten Erkenntnissen, um Aussagen über die Bedeutung emotionaler Faktoren und Prozesse für die Krankheitsentstehung auch empirisch abzusichern. Auch jetzt, nachdem der „Aspekt des Biologischen im psychosomatischen Gefüge des Biopsychosozialen ...nun in den letzten Jahrzehnten eine außerordentliche Erweiterung erfahren (hat)“ (Rudolf im Vorwort zu Rüegg, 2003), ist es sicher noch verfrüht anzunehmen, dass die biologischen Zusammenhänge offen vor uns liegen. Aber mit der rasanten Entwicklung der Grundlagenforschung scheint es für zukünftige Wissenschaftlergenerationen zunehmend möglich, die Psychosomatik von ihren biologischen Voraussetzungen her zu formulieren und von dort aus die Elemente des Biologisch-Körperlichen, des Psychologischen und des Soziokulturellen miteinander zu verknüpfen (vgl. Rüegg, 2003).

In der Psychologie stellte die Erforschung der Gefühle über lange Jahre weiße Flecken in der wissenschaftlichen Landkarte dar. Inzwischen sind aber aus verschiedenen Teildisziplinen fruchtbare Beiträge zu erwarten. So liegen beispielsweise aus der Emotionspsychologie Überlegungen vor, den undifferenzierten Stressbegriff durch den Emotionsbegriff und das Wortfeld emotionsbezogener Begriffe zu ersetzen (vgl. Laux u. Weber, S. 561). Ebenso werden Befunde der Emotionsforschung inzwischen in der Klinischen Psychologie verstärkt berücksichtigt (vgl. Bastine, S. 379 ff.) und es liegen aus der Medizinischen Psychologie (vgl. Traue, 1998; Verres u. Bader, 2000) sowie aus der Gesundheitspsychologie verschiedene Forschungsergebnisse zum Verhältnis von Emotion und Gesundheit vor (vgl. Becker, 1992 a u. b; vgl. a. Schwenkmezger, 1992).

In der Psychotherapieforschung ist die emotionale Wende „voll im Gange“. Nachdem lange Zeit die Theoriebildung den Kognitionen einen zentralen Stellenwert einräumte, stehen jetzt Emotionstheorien im Mittelpunkt psychotherapeutischen Interesses. Außerdem ist gegenwärtig eine Entwicklung der Therapien hin zur Integration verschiedener therapeutischer Strategien zu beobachten, nachdem die letzten Jahre erheblich durch die Abgrenzung unterschiedlicher Schulen geprägt waren (vgl. Fliegel u. Kämmerer, 2002; Sulz u. Lenz, 2000; Petzold, 1995).

Schließlich wird den Emotionen auch in der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion eine entscheidende Mittlerfunktion in der Wechselwirkung von Mensch und Umwelt, Seele und Körper zugeschrieben. So sieht der Gesundheitswissenschaftler Badura in den Gefühlen die vielleicht wichtigsten Mittler zwischen den gesellschaftlichen Erfahrungen der Menschen und den in ihren Körpern ablaufenden biochemischen Vorgängen. Er schreibt: „Unserem Gefühlsleben kommt ...eine Schlüsselstellung zu. Gefühle widerspiegeln unsere alltäglichen Erfolge und Niederlagen, unsere Mühen und Belastungen und den Grad unserer Bedürfnisbefriedigung. Gefühle haben zugleich auch einen wesentlichen Einfluß auf Physiologie und Verhalten“ (Badura, 1996 b, S. 44). Dies erstaunt zunächst, weil der Schwerpunkt des Erkenntnisinteresses in den Gesundheitswissenschaften weniger als in den bisher angeführten Disziplinen auf dem einzelnen Individuum und mehr auf ganzen Bevölkerungsgruppen und ihren gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen einschließlich der medizinischen Versorgungsstrukturen liegt. Offensichtlich stellen die Emotionen aber nicht nur für Psychosomatiker, die immer schon von der Bedeutung der Gefühle gewusst haben, sondern auch für Sozialwissenschaftler eine so zentrale Schaltstelle zwischen somatischen, psychischen und sozialen Prozessen dar, dass der Medizinsoziologe Siegrist zu der Überzeugung kommt, dass jede „im weitesten Sinne sozial- bzw. humanwissenschaftliche Theorie der Gesundheit und Krankheit letzten Endes auf einer Emotionstheorie basieren (muss)“ (Siegrist, 1997, S. 101).

Die hier nur knapp skizzierten Entwicklungstendenzen in einigen der für diese Arbeit relevanten Disziplinen verdeutlichen, welche zentrale Rolle die Emotionen für die Erforschung der biopsychosozialen Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit mittlerweile spielen. Wenn es also im Folgenden darum geht, genauer zu verstehen, wie soziale, seelische und physiologische Prozesse zusammenhängen, welche Wechselwirkungen zwischen Sozialstruktur, Gesundheit und Verhalten bestehen und wodurch sich gesundheitsförderliche von gesundheitsbeeinträchtigenden Lebensbedingungen unterscheiden, dann erscheint es aussichtsreich, dafür die Emotionen zum Ausgangspunkt zu nehmen.

Nachdem mit diesen Vorüberlegungen der Rahmen abgesteckt ist, gilt es im folgenden Abschnitt zunächst den Forschungsstand zu sichten, um einen Überblick über die vielfältigen fördernden wie schädigenden Einflüsse und Faktoren zu bekommen, die aus wissenschaftlicher Sicht zur Entstehung von Krankheit bzw. Gesundheit beitragen.

1.5 Forschungsstand

Bei der Erforschung der Probleme von Gesundheit und Krankheit müssen zwei Stränge, eine krankheitsorientierte, pathogenetische und eine gesundheitsorientierte, salutogenetische Forschungstradition voneinander unterschieden werden. Die pathogenetische Forschungstradition befasst sich vor allem mit den Gesundheitsrisiken, die sich zu Krankheitsursachen verdichten können, die wiederum zu Krankheiten führen. Dazu gibt es eine Fülle von Erkenntnissen, da Gesundheitsrisiken und vor allem Krankheit immer schon im Mittelpunkt des Interesses unterschiedlicher Wissenschaften, insbesondere natürlich der Medizin standen. Gegenüber diesen „Krankheitswissenschaften“ und in Abgrenzung, als Gegenpol und in Arbeitsteilung zur biomedizinischen und klinischen Forschung verstehen sich die Gesundheitswissenschaften als gesundheitsorientierter Forschungsstrang, dessen zentrales Ziel es ist, „den Blick auf die somatischen, psychischen, sozialen und ökologischen Bedingungen der Gesunderhaltung und der

Vermeidung von Krankheit zu richten“ (Hurrelmann u. Laaser, 1993, S. 9). In der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion ist eine solche Forschungsperspektive auch mit dem Begriff Salutogenese verbunden (vgl. 1.5.2).

Obwohl die Arbeit sich einer explizit gesundheitsförderlichen Zielsetzung verpflichtet sieht, gilt es aufgrund des Forschungsstandes – die Krankheitswissenschaften haben lange Zeit viel mehr Beachtung erfahren –, dennoch beide Forschungsrichtungen zu berücksichtigen. Dies stellt aber keinen Nachteil, sondern eher einen Gewinn dar. Ein (Teil-)Aspekt einer Charakterisierung von Gesundheit kann auch die Kontrastierung mit Krankheit sein. So vertreten der Gesundheitspsychologe Becker und andere Forscher die Auffassung, dass beide Perspektiven und Forschungsstrategien Stärken und Schwächen aufweisen und sich in der Aufdeckung gesundheitsrelevanter Variablen in fruchtbarer Weise ergänzen (vgl. Becker 1998, S. 23; vgl. Zerssen u.a., 1998; vgl. a. Fußnote 31).

Die Darstellung wird daher der Unterteilung in eine „pathogenetische“ und eine „salutogenetische“ Forschungstradition folgen, die beide im nun folgenden Teil in ihren großen Entwicklungslinien und in ihren Auswirkungen auf das Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung betrachtet werden. Dabei ist es das Ziel der Darstellung, zunächst einmal einen Überblick über den Diskussionsstand zu erhalten. Es geht an dieser Stelle weniger um die Darstellung konkreter Befunde und um Vollständigkeit als vielmehr darum, die Konturen des Gesamtbildes deutlich zu machen.

1.5.1 Die pathogenetische Forschungstradition und ihre Auswirkungen auf die Praxis

Wie bereits in der Einleitung zu diesem Abschnitt gesagt wurde, ist die pathogenetische Forschungstradition vor allem auf die Erklärung von Krankheiten und auf die Erforschung von Gesundheitsrisiken ausgerichtet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis nicht mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Sie wird lediglich negativ über den Krankheitsbegriff definiert. An erster Stelle dieser Tradition steht das naturwissenschaftlich-biomedizinisch ausgerichtete **Krankheitsmodell der Schulmedizin**, welches die medizinische Versorgung in der BRD entscheidend prägt. Im biomedizinischen Krankheitsverständnis geht es um pathologische Vorgänge im menschlichen Organismus, von denen angenommen wird, dass sie entweder durch endogene Faktoren (genetische Dispositionen) oder durch exogene (physische, chemische oder biologische) Einwirkungen verursacht sind. Als Ursachen für Krankheit kommen wesentlich die folgenden vier in Frage: „durch Mikroorganismen übertragene Infektionen, biochemische Disfunktionen oder Unfälle hervorrufende Verhaltensweisen, Umwelttoxine und genetische Dispositionen“ (Badura, 1993, S. 69). Psychische und soziale Faktoren von Krankheit bleiben in der biomedizinischen Sicht unberücksichtigt.

Das biomedizinische Modell ist im Rahmen der Erforschung von Infektionskrankheiten entstanden und hat in großem Maße zum Verständnis dieser Erkrankungen beigetragen. Da ihm aber die Annahme zugrunde liegt, dass Krankheiten in der Regel auf eindeutige Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge und isolierte Faktoren zurückzuführen sind, können viele der heute vorherrschenden Krankheitsphänomene mit diesem Erklärungsansatz alleine nicht mehr ausreichend erklärt werden. Das biomedizinische Modell wird nicht als falsch erachtet, aber als einseitig und nicht umfassend genug, um die heute vorherrschenden Krankheitsbilder zu erklären (vgl. Kerkau, S. 35 f.). Die Grenzen des Modells werden bei vielen der heute in den hochindustrialisierten Ländern verbreiteten chronischen und psychosomatischen Krankheitsphäno-

menen deutlich. Psychische Störungen entziehen sich sogar weitgehend oder gänzlich einer rein naturwissenschaftlichen Deutung.

Risikofaktorenkonzept und Gesundheitserziehung

In den Industrieländern stehen heute die sogenannten Zivilisationserkrankungen an der Spitze der Todesursachen. Dazu gehören die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die Krebserkrankungen, die Krankheiten der Atmungs- und Verdauungsorgane sowie Suchterkrankungen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2003; vgl. a.: Robert-Koch-Institut, 1999; Schwartz, Siegrist u. v. Troschke, 2000; Siegrist, 2000).²⁸ Bei der Suche nach den Entstehungsursachen dieser chronischen Erkrankungen sind verschiedene Erklärungsmodelle entwickelt worden. Ein Konzept, das Forschung und Prävention in großem Maße beeinflusst hat, ist das Konzept der Risikofaktoren.

Die Entstehung dieses Modells ist eng verbunden mit epidemiologischen Studien über die Ursachen der Zivilisationserkrankungen, wobei sich das Gros der Forschungsaktivitäten auf die Erforschung der Risikofaktoren für die koronaren Herzerkrankungen richtete.²⁹ Wesentliche Basis des Risikofaktorenmodells ist der Nachweis eines statistischen Krankheitsrisikos für eine Reihe von individuellen Charakteristiken bzw. (Risiko-)Verhaltensweisen. Im Laufe der Risikofaktorenforschung ist eine große Zahl von Faktoren untersucht worden, von denen angenommen wird, dass sie ein erhöhtes Risiko für die Gesundheit darstellen. Erforscht wurden solche physiologischen Faktoren wie der Bluthochdruck oder die erhöhte Konzentration von Cholesterin, bestimmte psychische Faktoren wie Stress oder Typ-A-Persönlichkeit und die sogenannten Risikoverhaltensweisen Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum, Fehl- bzw. Überernährung und Bewegungsarmut. Aufgrund von epidemiologischen Untersuchungen unterschiedlicher Wertigkeit standen zeitweise noch viele weitere Faktoren zur Diskussion, von denen bis heute aber nur sehr wenige als gesichert gelten (vgl. Trautner u. Berger, S. 93).

Eine Schwierigkeit besteht darin, dass aus dem Zusammentreffen (den Korrelationen) von Risikofaktoren und Erkrankungen noch keine ursächlichen, kausalen Interpretationen oder Vorhersagen über die Häufigkeit, eine Krankheit zu bekommen oder an ihr zu sterben, abgeleitet werden können. Die Wirkung der Risikofaktoren ist für den einzelnen Menschen nicht zwangsläufig; es kann nur eine erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit angenommen werden. Auch sind einige Forschungsergebnisse zum Stellenwert verschiedener Risikofaktoren und deren Wechselwirkung sowie zur Festlegung von kritischen Werten (ab wann ist ein Risikofaktor gefährlich?) und Einwirkungszeiten (wie lange muß ein Risikofaktor bestehen?) widersprüchlich (vgl. Bengel u.a., S. 18 f.; ausführlich: Bengel u. Stöbel, S. 305 f.). Trotz dieser Probleme, bildet das Risikofaktorenkonzept eine wichtige Grundlage für die Prävention und Gesundheitserziehung. Viele pragmatische Konzeptionen und viele Handlungsfelder der Ge-

²⁸ Die psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen tauchen in den Statistiken zur Mortalität kaum auf. Dadurch wird die Häufigkeit dieser Erkrankungen, die Morbidität, weit unterschätzt (vgl. Waller o.J., Bd. 3, S. 7).

²⁹ Wegweisend war die Ende der vierziger Jahre durchgeführte Framingham-Studie, in der Faktoren und Risikokonstellationen ermittelt wurden, die mit einem erhöhten Risiko für die Entstehung von Arteriosklerose und damit für eine koronare Herzerkrankung verbunden waren. In diesem Zusammenhang ist der Begriff des Risikofaktors entstanden. Demnach trägt eine Person mit einem bestimmten Charakteristikum (z.B. Bluthochdruck, Zigarettenrauchen) ein erhöhtes Risiko, in einem definierten Zeitraum an einer Arteriosklerose oder an einer anderen bestimmten Krankheit zu erkranken. Besteht zwischen diesem Risiko und dem Risiko einer Person ohne dieses Charakteristikum ein statistisch signifikanter Unterschied, dann bezeichnet man dieses Charakteristikum als Risikofaktor (vgl. Pflanz, S. 13).

sundheitserziehung sind – obwohl sie durch die Kritik am Risikofaktorenmodell grundsätzlich in Frage gestellt sind – dennoch deutlich geprägt vom Risikofaktorendenken (vgl. zur Umsetzung durch die Krankenkassen u.a., S. 35 f.). Ihnen liegt die Annahme zugrunde, dass Risikoverhaltensweisen auf einer bewussten, individuellen Entscheidung beruhen, die maßgeblich vom zur Verfügung stehenden Wissen über gesundheitsbezogene Zusammenhänge bestimmt ist (vgl. Kerkau S. 22 f.). Implizit wird unterstellt, dass es dem Menschen offen stehe, sich frei und ungezwungen für oder gegen seine Gesundheit zu entscheiden (vgl. Wenzel, S. 5).

Zielsetzung ist es daher, durch Vermittlung von kognitivem Wissen über Gesundheitsrisiken die Menschen zu einer Verhaltens- und Einstellungsänderung zu motivieren, die zu gesundheitsgerechtem Verhalten führt. Neuere gesundheitspsychologische Ansätze machen zwar darauf aufmerksam, dass eine Reihe weiterer Faktoren wie z.B. Einstellungen und gesundheitsbezogene Überzeugungen ebenfalls auf das Gesundheitsverhalten wirken (vgl. für einen Überblick: Bengel, 1992; Schwarzer, 1996; Hurrelmann, 2000, S. 46 ff. u. S. 113 ff.). Die „Grundannahme der Gesundheitserziehung ‚Verhaltensbeeinflussung durch Informationsvermittlung‘ ist jedoch erhalten geblieben“ (Kerkau, S. 25; vgl. zur Kritik a: Laaser u. Hurrelmann, 1998).

Kritik an Grundannahmen der Gesundheitserziehung

Die Wirksamkeit derartiger gesundheitserzieherischer Anstrengungen gilt als zweifelhaft. Obwohl das Gesundheitswissen der Bevölkerung deutlich zugenommen hat, führte dies nur in geringem Maße zu Veränderungen des Verhaltens (vgl. Kerkau, S. 42). Anhaltende Wirkungen zeigen die Bemühungen zur Verhaltensmodifikation „meist nur bei einer Minderheit hochmotivierter und mit einem hohen Selbstvertrauen ausgestatteter Personen“ (Badura, 1993, S. 78). Eine Ursache für die geringe Wirkung gesundheitserzieherischer Maßnahmen wird darin gesehen, dass die Lebensbedingungen der Menschen und der soziokulturelle Kontext des Verhaltens nicht berücksichtigt werden. Beispielsweise wird Übergewicht als ein Risikoverhalten beurteilt, welches auf falschen Essgewohnheiten beruht, ohne die Gründe für das Ernährungsverhalten und die Funktion im individuellen Umfeld der Person zu betrachten (vgl. Kerkau, S. 22).

Risikofaktoren sind zwar einerseits verhaltensbedingt, stehen also potenziell unter Kontrolle des handelnden Individuums. Sie sind aber andererseits auch „in die gewohnheitsmäßigen Muster eines soziokulturellen Lebensstils eingebettet und durch die jeweilige Lebenslage geformt“ (Hurrelmann u. Laaser, 1993, S. 6). Sozialepidemiologen und Sozialmediziner kritisieren daher, dass eine individualpsychologische Betrachtung von Risikoverhaltensweisen die der Gesundheitsvorsorge entgegenstehenden Zwänge des Alltagshandelns vernachlässige. Aus ihrer Sicht ist Gesundheitsverhalten „keine von Sozialstruktur und unmittelbarer sozialer Umwelt ablösbare Variable“ (Badura u. Strodtholz, S. 158). Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen machen unter den Lebensbedingungen unserer Gesellschaft einen Großteil dessen aus, was als Lebensqualität gilt (vgl. von Troschke, 1998). Auch wird angenommen, dass der Konsum von Zigaretten und Alkohol, von Drogen und Medikamenten ganz entscheidend auf die „Bewältigung von Entfremdungs- und Unlustgefühlen sowie Streben nach Lustbefriedigung“ (vgl. Badura u. Strodtholz, S. 158) zurückzuführen ist. Vor diesem Hintergrund sollte der Funktion der Risikofaktoren als Bewältigungsstrategie des Individuums besondere Beachtung zukommen (vgl. Horn, 1983). Schließlich muss auch bedacht werden, dass die Lebensbedingungen und Lebensformen der modernen Gesellschaft hohe Anforderungen an die Flexibilität und die Anpassungs- bzw. Bewältigungskapazitäten der Menschen stellen. Viele individuelle Lebensent-

würfe scheitern an den konkreten alltäglichen strukturellen Lebensanforderungen und Vorgaben, die durch berufliche und ökonomische Bedingungen gesetzt sind (vgl. Hurrelmann, 1988, S. 80 ff.). Das folgende Beispiel verdeutlicht dies sehr lebensnah:

„Aber wer sollte es einer Ehefrau und Mutter von zwei Kindern, die bei geringem Lohn monotone Schichtarbeit verrichtet, täglich eine Stunde aus dem ziemlich anonymen Satellitenviertel zur Arbeit und zurück unterwegs ist und sich nebenher noch um ihre kranke Mutter kümmert, schon glaubwürdig vermitteln, dass sie vor allem dadurch glücklicher und gesünder werden könnte, wenn sie faserreiche Kost zu sich nimmt, am Wochenende joggt, nicht raucht und kaum trinkt“ (Rosenbrock, 1991, S. 9).

„Hier liegen klare Grenzen von Strategien, die isoliert Verhalten beeinflussen wollen“ (ebd.), und es wird anschaulich, dass das Verhalten und Handeln der Menschen nicht isoliert, sondern nur in Verbindung mit den jeweiligen Umweltbedingungen betrachtet werden kann. Um dieses umfassende und – gegenüber rein auf das Individuum konzentrierten Sichtweisen – kritische Verständnis zu verdeutlichen, wurde von dem Gesundheitssoziologen Wenzel der Begriff der „Lebensweise“ anstatt des Begriffs des „Verhaltens“ in die Diskussion eingebracht. Mit diesem Konzept der „Lebensweise“ soll konsequent auf den gesellschaftlichen Zusammenhang und die kollektiven Rahmenbedingungen, die das Verhalten der Menschen bestimmen, hingewiesen werden (vgl. Wenzel, 1983; vgl. zur Kritik am Risikofaktorenkonzept a. Franzkowiak, 1986). Aus soziologischer Sicht darf sich die Forschung daher nicht nur auf den Zusammenhang zwischen individuellem Handeln und krankheitsspezifischen Risikofaktoren konzentrieren. Es geht ebenso darum, die soziopsychosomatischen Zusammenhänge zu berücksichtigen, also Einflüsse der Sozialstruktur und Belastungen, die aus den jeweiligen Lebensbedingungen resultieren (vgl. Badura, 1993, S. 74). „‘Verhaltensänderung’ oder ‘Verhaltensmodifikation’ als Strategie der Gesundheitsvorsorge können...soziologisch niemals als individualpsychologisches Problem der Anpassung durch Lernen isoliert werden, sondern müssen die der Gesundheitsvorsorge entgegenstehenden sozialen Zwänge des Alltagshandelns einbeziehen“ (von Ferber, zit. n. Waller, 1996, S. 31).

Über das Gesundheitshandeln hinaus ist daher eine Vielzahl von Risiken in die Analyse einzu beziehen, die sich ganz oder weitgehend einer Kontrolle durch individuelles Verhalten entziehen. Erkenntnisse zu den gesundheitsrelevanten Einflüssen von sozialer Ungleichheit, über- oder unterfordernden Arbeitsbedingungen, Alter und Geschlecht, sozialen Netzwerken und sozialer Unterstützung sind vor allem durch die sozialepidemiologisch und sozialmedizinisch ausgerichtete Forschung erbracht worden. Dadurch wurden die gesellschaftlichen Entstehungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit sichtbar, und es wurde deutlich, dass zu den Entstehungsbedingungen chronischer Krankheiten nicht nur Erbinformationen, Infektionen, Risikofaktoren und Risikoverhaltensweisen, sondern auch sozioökonomische Hintergrundfaktoren, Arbeitsbedingungen, Umweltbedingungen und soziale Strukturen zählen. Außerdem konnte durch diese Forschungszweige herausgearbeitet werden, wie sich soziale Kräfte und kulturelle Faktoren, vermittelt über individuelle Bewertungsprozesse, bis hin zu körperlichen Veränderungen verfolgen lassen (vgl. Berkman u. Kawachi, 2000; Schwartz u.a., 2003; Waller, 1996).

Multifaktorielle Modelle der Krankheitsentstehung

Betrachtet man alle hier angesprochenen Gesundheitsrisiken zusammenfassend, dann lassen sich nach Badura (vgl. 1998, S. 153 f.) drei verschiedene Kausalpfade unterscheiden:

Der naturwissenschaftlich-somatische Kausalpfad: „Hier geht es um pathologische Vorgänge im menschlichen Organismus, die entweder durch endogene Störungen (z.B. angeborene Funktionsschwächen) oder exogene (physische, chemische oder biologische) Einwirkungen (z.B. Unfälle) verursacht werden.“ (ebd.)

Der soziopsychosomatische Kausalpfad: „Hier geht es um (soziale) Situationen oder Ereignisse, die als Verlust oder Bedrohung gedeutet werden (Kognition), dadurch Ängste oder Hilflosigkeitsgefühle auslösen (Emotion) und schließlich über das zentrale Nervensystem z.B. Immunschwäche, erhöhten Blutdruck oder Blutfettgehalt mit auszulösen vermögen.“ (ebd.)

Der verhaltensbedingte Kausalpfad: „Hier geht es um kulturell oder situativ bedingte Verhaltensweisen oder gewohnheiten, die für eine betreffende Person selbst (z.B. Fehlernährung, überhöhter Alkohol- oder Tabakkonsum) oder für Dritte (z.B. durch Fehlbedienung einzelner Techniken oder technischer Anlagen) Gesundheitsgefahren hervorrufen.“(ebd.)

An der Erforschung dieser Kausalpfade, die ja zugleich als „Krankheitsmodelle“ oder als „Krankheitstheorien“ betrachtet werden können (vgl. Waller, o. J./ Bd. 3, S.6; vgl. a. ders., 2002, S. 12 ff.), sind zahlreiche wissenschaftliche Disziplinen beteiligt. So sind aufgrund eines zunehmend besseren Verständnisses dieser Pfade auch komplexere Erklärungsansätze – sogenannte multifaktorielle Modelle der Krankheitsentstehung und -verhütung – entstanden, welche die verschiedenen einzelwissenschaftlichen Forschungsergebnisse integrieren (vgl. für einen Überblick: Waller, 2002; vgl. a. Hurrelmann, 2000). Diese ermöglichen es, die Ursachen von chronischen Erkrankungen mit ihrem komplexen Geflecht von ökologischen, sozialen, kulturellen, psychischen und biologischen Entstehungsbedingungen möglichst umfassend zu verstehen und ein breites Verständnis der Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen Sozialstruktur, Gesundheit und Verhalten zu entwickeln. Diese Modelle versuchen auch zu berücksichtigen, dass die beteiligten Faktoren nicht unabhängig voneinander wirken, sondern in vielfältiger Weise ineinandergreifen.

Obwohl solche komplexen Erklärungsmodelle einen großen Fortschritt gegenüber dem traditionellen Risikofaktorenmodell darstellen, haben sie kaum Einfluss auf die Sicht und das Verständnis von Prävention gehabt. Das Gros der Präventionsbemühungen konzentriert sich auf die Vermeidung der verhaltensgebundenen Risikofaktoren, während die kontext- und verhältnisbezogenen Faktoren noch vernachlässigt werden (vgl. Bengel u.a., S. 19). Vor diesem Hintergrund resümierte ein international zusammengesetztes Beraterkomitee der WHO: „Die Gesundheitserziehung hat fast ausschließlich im Wertesystem der professionellen schulmedizinischen Dienste operiert“ (WHO Expert Committee, zit. nach Franzkowiak u. Sabo, S. 13). Dabei haben sich die Anbieter von Gesundheitspflege in der Vergangenheit „vorrangig auf die Veränderung individuellen Verhaltens konzentriert, dabei unterstellend, dass der Einzelne alleine verantwortlich für seine Last sei. Dieser Ansatz ... ignoriert, dass in einer Vielzahl von Situationen nicht der einzelne Mensch geändert werden muß, sondern die soziale Umgebung, in der er oder sie lebt. Mit anderen Worten: alle politischen, ökonomischen und umweltbezogenen Faktoren, die eine negative oder neutralisierende Wirkung auf gesundes Verhalten haben, müssen geändert werden“ (ebd.).

Grundsätzliche Bedenken

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht werden allerdings auch die komplexen multifaktoriellen Modelle der Krankheitsentstehung skeptisch betrachtet. Mit der Anreicherung des biome-

dizinischen Modells durch Faktoren aus der psychologischen, sozialwissenschaftlichen und umweltwissenschaftlichen Forschung hat noch „kein Paradigmenwechsel grundlegender Art, kein völliger Wechsel der theoretischen Grundannahmen, stattgefunden, sondern eher eine Erweiterung, indem psychische, soziale und ökologische Folgen als zusätzliche Randbedingungen neben genetischen, endokrinologischen, neurologischen und physiologischen Faktoren in das Modell Eingang gefunden haben“ (Hurrelmann, 1993, S. 8). Daher bestehen Zweifel, ob solche erweiterten Modelle mit Blick auf Prävention und Gesundheitsförderung tatsächlich hilfreich sind und weiterführen. Es „bleibt doch unbefriedigend, dass alle theoretischen Bemühungen auf die Diagnose von Krankheiten und nicht auf die Klärung der Voraussetzung von Gesundheit (gerichtet sind)“ (ebd., S. 9, Hervorhebung i. Original/U.F.).

Zu einer ähnlich skeptischen Einschätzung kommt der Sozialmediziner Syme. Dieser stellt sich mit Blick auf die epidemiologisch besonders bedeutsame koronare Herzerkrankung die Frage, wie die restlichen 60 % aufzuklären sind, wenn alle bisher erforschten Risikofaktoren zusammengekommen nur ungefähr 40 % dieser Erkrankung erklären können, die immerhin als die bestuntersuchte aller Zivilisationserkrankungen gilt. Vorausgesetzt, dass die sozialepidemiologische Forschung nicht einfach ein bis zwei Einzelfaktoren übersehen hat, vermutet er, dass der Blick zu sehr durch das klinische Modell und die klinische Einteilung der Krankheiten verstellt sein könnte. Die meisten Forschungsarbeiten konzentrieren sich auf ein bestimmtes klinisches Krankheitsbild, so dass ihnen möglicherweise die wesentlichen Ursachen und Merkmale verborgen bleiben, die vielen Krankheiten gemeinsam sind. So wertvoll der klinische Zugang für die Diagnose und die Therapie ist, so wenig nützlich ist er möglicherweise, wenn das Ziel darin besteht, Krankheit zu verhüten (vgl. Syme, 2000; vgl. a. Scheier u. Bridges).

Für eine erste Zusammenfassung bleibt nach diesem Überblick nun die Feststellung, dass die bisherige konventionell organisierte Gesundheitsversorgung und Gesundheitsvorsorge offensichtlich zum großen Teil auf Modellen und Befunden der Krankheitswissenschaften beruht und darin ihre Grenzen hat. Parallel dazu sind in den letzten Jahren viele Erkenntnisse über gesundheitsfördernde Bedingungen gewonnen worden, denen sich die Wissenschaftler auf der Suche nach Alternativen und nach Möglichkeiten zur Überwindung einer krankheitsspezifischen Betrachtungsweise verstärkt zuwenden.

1.5.2 Die salutogenetische Forschungstradition und ihre Auswirkungen auf die Praxis

Antonovskys Modell der Salutogenese

In den vergangenen 20 Jahren ist ergänzend zu den bisherigen Betrachtungsweisen eine neue Forschungsperspektive entstanden, die den Blick vorrangig auf die somatischen, psychischen, sozialen und ökologischen Bedingungen der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit anstatt auf die Bedingungen von Krankheit richtet. Diese Veränderung der Blickrichtung vom biomedizinischen Defizitmodell des Menschen hin zu einem Gesundheitsmodell ist in der bundesrepublikanischen Forschung vor allem mit den Namen Antonovsky und mit dem von ihm geprägten Begriff der Salutogenese verbunden. Angeregt durch seine Forschungen verlagerte Antonovsky (vgl. 1993, 1997) seine Aufmerksamkeit von der Frage nach spezifischen Pathogenen und krank machenden Risikofaktoren auf die Frage, wie es möglich ist, dass manche Menschen trotz der Konfrontation mit einer Vielzahl von Gesundheitsrisiken nicht erkranken. Beide Sichtweisen grenzte er anhand verschiedener Fragen voneinander ab, indem er die wesentli-

chen Annahmen der westlichen medizinischen Forschung und Praxis unter dem Begriff Pathogenese zusammenfasste und diesen die Grundaussagen seiner salutogenetischen Sichtweise gegenüberstellte (vgl. a. das salutogenetische Modell im Überblick bei: Noack, S. 95).

Nach Antonovsky (vgl. 1993) gehen pathogenetische Ansätze u.a. von den drei Grundannahmen aus, dass der Mensch entweder gesund oder krank ist (Dichotomie), dass Krankheiten durch jeweils bestimmbare Noxen, Erreger, genetische Defekte bzw. durch Risikofaktoren ausgelöst werden und dass die so entstehenden Krankheiten eine Abweichung vom ansonsten normalen Zustand der Gesundheit darstellen. Im Modell der Salutogenese gibt es vollständige Gesundheit ebenso wenig wie absolute Krankheit. Völlige Gesundheit und völlige Krankheit sind extreme Ausprägungen eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums, und niemand befindet sich jemals von seiner Geburt bis zum Tod an einem dieser Extrempole. Nach dieser Vorstellung sind die Menschen nicht entweder nur gesund oder nur krank, sondern zu verschiedenen Zeitpunkten des Lebens mehr oder weniger gesund oder krank und mehr oder weniger entfernt von den Endpunkten des Kontinuums.

Für unzutreffend hält Antonovsky auch „die Annahme einer Homöostase als Normalzustand, der Glaube, dass, wenn nicht eine bestimmte Kombination bestimmter Umstände auftritt, Menschen nicht krank werden“ (Antonovsky, 1993, S. 6). Vielmehr nimmt er an, dass Heterostase, Ungleichgewicht, Krankheit, Leid und Tod inhärente Bestandteile menschlicher Existenz sind. Krankheit und Leid scheinen viel häufiger zu sein, als es das Modell der Pathogenese annimmt. Für Antonovsky besteht daher das „wahre Geheimnis nicht darin, warum Menschen krank werden und sterben. Die Pathogene sind ubiquitär, durchdringend und endemisch. ... Das eigentliche Rätsel ist, warum einige Menschen manchmal weniger als andere leiden, und warum sie sich auf dem Kontinuum in Richtung des Pols 'Gesundheit' bewegen“ (Antonovsky, 1993, S. 7; vgl. für eine ausführliche Darstellung und Diskussion des Modells auch: Bengel u.a., 1998).

Ein weiteres Anliegen des salutogenetischen Modells besteht darin, die Aufmerksamkeit weniger auf die Stressoren und mehr auf die Widerstandsfaktoren, d.h. auf die gesunderhaltenden und gesundheitsförderlichen Ressourcen und auf die Bewältigungsfähigkeiten einer Person zu richten, die es ihr ermöglichen, so erfolgreich wie möglich mit den Bedrohungen des Lebens umzugehen. Das Modell geht – vereinfacht ausgedrückt – von der Annahme aus, dass die Position einer Person innerhalb des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums auf dynamischen Wechselwirkungsprozessen zwischen einer Vielzahl möglicher Belastungsfaktoren (Stressoren, Risikokonstellationen) einerseits und schützenden Faktoren (sogenannten Widerstandsressourcen) andererseits im Kontext der soziokulturellen Situation und der Lebenserfahrungen einer Person beruht. Dabei werden die Stressoren nicht einfach nur als gefährliche Risikofaktoren betrachtet. Sie können, müssen aber nicht notwendigerweise zu Krankheiten führen, wenn man mit ihnen erfolgreich umgeht.

Das salutogenetische Denkmodell bildet in vieler Hinsicht ein Gegenmodell zu den bisher beschriebenen krankheitsorientierten Modellen. Es richtet den Fokus auf die Bedingungen gesunder Lebensführung und will dazu beitragen, dass andere Fragen formuliert und die Daten zu Gesundheit und Krankheit aus einem neuen Blickwinkel betrachtet werden. Im Zentrum steht dabei die Frage, warum manche Menschen trotz vielfältiger Belastungen ihre Gesundheit bewahren, während andere Menschen krank werden. Antonovsky verdeutlicht seine Vorstellungen an der Metapher, dass wir alle eine lange Skipiste herunterfahren. Die pathogenetische

Orientierung befasst sich hauptsächlich mit denjenigen, die an einen Felsen gefahren sind, an einen Baum, mit einem anderen Skifahrer zusammengestoßen sind oder in eine Gletscherspalte fielen. Die „salutogenetische Orientierung beschäftigt sich damit, wie die Piste ungefährlicher gemacht werden kann und wie man Menschen zu sehr guten Skifahrern machen kann“ (Antonovsky, 1993, S. 11).

Antonovsky selber sammelte ein breites Spektrum an Variablen, die in epidemiologischen Studien mit dem Gesundheitszustand korrelierten, und formulierte als Ergebnis seiner Forschung zunächst sogenannte generalisierte Widerstandsressourcen, die einer Gruppe oder Person überhaupt erst ermöglichen, so erfolgreich wie möglich mit den Belastungen und Krisen des Lebens umzugehen. Dazu zählen sowohl individuelle Faktoren (z.B. genetische Ausstattung, materielle Sicherheit, Intelligenz, Bewältigungsstrategien) wie auch soziale und kulturelle Faktoren (z.B. soziale Unterstützung, Integrationsfähigkeit der Gesellschaft). Als übergreifendes, gemeinsames Konzept hinter diesen Widerstandsressourcen hat er später das Konzept des Kohärenzgefühls vorgeschlagen, welches er als entscheidendes Persönlichkeitsmerkmal derjenigen Personen betrachtet, die trotz negativer Einflüsse eher gesund bleiben (vgl. dazu: Kap. 3.2.3.; vgl. a.: Bengel u.a., S. 34 ff.; vgl. a. Mittag, 1998).

Die Bedeutung der Ressourcen für die Gesundheit

Indem er die Aufmerksamkeit von den spezifischen Pathogenen und krank machenden Risikofaktoren auf die gesunderhaltenden und gesundheitsförderlichen Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten einer Person lenkte, hat Antonovsky die gesundheitswissenschaftliche Forschung nachhaltig beeinflusst und zu einem Perspektivwechsel in Prävention und Gesundheitsförderung beigetragen. Auch wenn sich die Forschung zum Teil schon vor und parallel zu Antonovsky verstärkt solchen gesunderhaltenden Faktoren und Ressourcen zuwandte, die es dem Einzelnen ermöglichen, die Gesundheit trotz „stressiger“ Lebensumstände zu schützen, kommt ihm das Verdienst zu, dieses Ziel konsequenter als andere verfolgt und mit dem Konzept der Salutogenese ein übergeordnetes Modell gesundheitsfördernder Prozesse und Faktoren beschrieben zu haben. Allerdings wird in der Diskussion auch davor gewarnt, das Konzept über Gebühr zu verallgemeinern (vgl. Siegrist u.a. 1998).

Aus der Stress- und Bewältigungsforschung sowie aus verschiedenen psychologischen und soziologischen Disziplinen liegt eine Reihe weiterer Theorien und Befunde zu den psychosozialen Ressourcen für körperliche und seelische Gesundheit vor (vgl. Mittag, S. 179 ff.). Für den Gesundheitswissenschaftler Hurrelmann, der viele dieser Untersuchungen und Befunde zusammengetragen hat, sind solche Ressourcen „soziale, psychische und körperliche Schutzfaktoren, die miteinander verbunden sind und als ‚Immunsystem‘ wirken können“ (vgl. Hurrelmann, 1988, S. 93). Zu diesen Protektivfaktoren gehören zum einen die **internen, personalen Ressourcen**. Für Hurrelmann sind damit der „persönliche Verarbeitungsstil von Lebensrealität und Lebensbelastung und die individuell zur Verfügung stehenden Handlungskapazitäten der Bewältigung von Lebenssituationen gemeint“ (1988, S. 93). Einige in der Literatur häufig genannte Beispiele für solche gesundheitsschützenden personalen Ressourcen sind neben dem bereits erwähnten Konzept des Kohärenzgefühls z.B. Optimismus, internale Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit oder Hardiness (Widerstandsfähigkeit) (vgl. Beutel, 1989; vgl. a. den Überblick bei Bengel u.a. S. 59; vgl. mit Blick auf psychische Störungen: Häfner u.a., 2001).

Von Hurrelmann werden zu den personalen Ressourcen auch verschiedene Handlungskompetenzen und Bewältigungsfähigkeiten gezählt, beispielsweise die Fähigkeiten zum interaktiven

und kommunikativen Handeln oder zum Lösen von Problemen (vgl. Hurrelmann, 1988, S. 93 ff.). Damit entwickelt Hurrelmann bisherige Konzepte zwar weiter, indem er Gesundheitsverhalten als Gesundheitshandeln thematisiert und herausstellt, dass solche Fähigkeiten zur kompetenten Auseinandersetzung mit Belastungen einerseits abhängig von den oben genannten persönlichen „Stilen“ sind und andererseits auch durch gesellschaftliche Bedingungen begrenzt werden (vgl. ebd., S. 104). Zugleich wird dieser zuletzt genannte „gesellschaftliche“ Aspekt bei Hurrelmann im Zusammenhang mit dem Gesundheitshandeln aber nur am Rande angedeutet. Dabei gilt für die Ressourcenforschung auch, was an anderer Stelle schon für die „Risiken“-forschung festgestellt wurde, dass nämlich das Verhalten und Handeln der Menschen nicht isoliert, sondern nur in Verbindung mit den jeweiligen Umweltbedingungen und den kollektiven Rahmenbedingungen, die das Verhalten der Menschen bestimmen, betrachtet werden kann. Vor diesem Hintergrund betonen andere Autoren (vgl. Wenzel, 1983; vgl.a. Abel, 1992) konsequenter – als Hurrelmann es an dieser Stelle tut – den gesellschaftlichen Zusammenhang und die soziale Dimension von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen.

Schließlich gilt es, auch die **externen Ressourcen** zu erfassen, d.h. die einem Menschen zur Verfügung stehenden Schutzfaktoren, die außerhalb seiner Person liegen. Hurrelmann versteht darunter die verschiedenen Unterstützungen aus der sozialen Umwelt und das Netzwerk der Sozialbeziehungen, die ein Mensch zur Verfügung hat oder die er in Belastungssituationen aktivieren kann (vgl. Hurrelmann, 1988, S. 93). Andere Autoren betonen neben der sozialen Unterstützung vor allem auch organisationale Ressourcen, also „alle Tätigkeitsbedingungen ..., die es einer Person erleichtern können, mit den Anforderungen bei der Arbeit zurechtzukommen und Belastungen auszuweichen, sie zu bewältigen oder zu tolerieren“ (Udris u. Rimann, S. 132 f.), wobei die Unterscheidung zwischen sozialen und organisationalen Ressourcen zum Teil allerdings Überschneidungen aufweist (vgl. ebd.). Neben der sozialen Unterstützung und einer befriedigenden Arbeitssituation zählen zu den externen Ressourcen aber auch viele andere Faktoren, beispielsweise gute Bildungsmöglichkeiten, eine angenehme Wohnumgebung, eine „gesunde Umwelt“ und viele andere soziale und gesellschaftliche Einflussfaktoren mehr (vgl. Waller, 1996, S. 35 ff.).

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung

Salutogenesemodell und Ressourcenforschung stehen im Einklang mit dem Gesundheitsverständnis, wie es die WHO in der Ottawa-Charta formuliert hat. In dieser Charta wurde von über 200 Gesundheitsexperten die bisherige Entwicklung der Gesundheitsförderung zusammengefasst (vgl. Kerkau, S. 47). Die Ergebnisse haben in großem Maße zu einem Wandel der Grundannahmen über Gesundheit und Krankheit und zu einem Wechsel der Perspektive von den Gesundheitsrisiken zu möglichen Gesundheitspotenzialen beigetragen. In der WHO-Definition von Gesundheitsförderung stellt die Betonung der individuellen und sozialen Ressourcen ein Schlüsselement für die Gesundheit dar. Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung sind dabei sowohl die gesundheitsrelevanten Ressourcen und Kompetenzen von Individuen und Gruppen als auch die gesunderhaltenden und fördernden Ressourcen und Handlungsräume der Gesellschaft. Beide Dimensionen sollen in ihrer wechselseitigen Bezogenheit und Verschränkung erweitert werden (vgl. WHO, 1986).

Die Gesundheitsförderung steht damit vor ungleich komplexeren Herausforderungen als die traditionelle Gesundheitserziehung und Prävention, die vorwiegend auf die Reduzierung von Risikoverhaltensweisen und auf Wissensvermittlung ausgerichtet waren. Sie will einerseits

allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen und sie in der Entwicklung ihrer Persönlichkeit und ihrer sozialen Kompetenzen unterstützen, so dass sie mehr Einfluss auf ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen nehmen können. Andererseits hat sie die Aufgabe, gesundheitsförderliche Lebenswelten zu gestalten und Voraussetzungen zu schaffen, die es allen Menschen ermöglichen, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen. Dabei gilt es, beide Ansatzebenen zu verschränken. Das „Empowerment“ der Menschen soll Hand in Hand gehen mit der Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (vgl. ebd.; vgl.a. Wipplinger, Amann, S. 36 f.).

Die WHO-Konzeption der Gesundheitsförderung hat weitreichende Konsequenzen gehabt. Sie hat die gesundheitswissenschaftliche und gesundheitspolitische Diskussion geprägt und zahlreiche Projekte und Initiativen zur praktischen Erprobung von Gesundheitsförderung angeregt (vgl. Paulus, 1992b). Auch ist durch die Veränderung der Betrachtungsweisen von Gesundheit und Krankheit den traditionellen präventiven und gesundheitserzieherischen Strategien ein psychosoziales und politisches Gegenkonzept erwachsen. Waller (1992, S. 163) hat die beiden Strategien – Prävention und Gesundheitsförderung – in 5 Positionen gegenübergestellt:

- „Gegen die negative Definition von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen setzt Gesundheitsförderung die positive Definition von Gesundheit als Gestaltungskraft und Bewältigungsfähigkeit.
- Gegen das die Prävention prägende Modell des durch Risikofaktoren von Krankheit bestimmten Vermeidungsverhaltens setzt Gesundheitsförderung das Modell des selbstbestimmten Gesundheitshandelns.
- Gegen die Medikalisierung von Gesundheit und Prävention setzt Gesundheitsförderung die Politisierung von Gesundheit.
- Gegen die professionelle Vereinnahmung von Gesundheit und Prävention setzt Gesundheitsförderung die Mitsprache und Mitgestaltung der Bürger und die Berücksichtigung von Laienkompetenz und Selbsthilfe.
- Gegen die Privatisierung und Individualisierung von Gesundheitsrisiken in der Prävention setzt Gesundheitsförderung die öffentliche Zuständigkeit für die Gesunderhaltung der Bevölkerung“ (ebd.).

Entwicklungsstand der Gesundheitsförderung in Forschung und Praxis

Mögen die aus der Ottawa-Charta der WHO abgeleiteten Forderungen auch mehr einem Ideal als der Realität entsprechen (vgl. Wipplinger u. Amann, S. 37), so haben sich daraus doch vielfältige Anregungen für die Gestaltung von Gesundheitsförderung ergeben. Für die Umsetzung von Gesundheitsförderung in die konkrete Praxis scheint jedoch eine realistischere Spezifizierung und Festlegung notwendig (vgl. ebd., S. 37).

Als Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung werden in der Ottawa-Charta sowohl die gesunderhaltenden und fördernden Ressourcen der Gesellschaft als auch die gesundheitsrelevanten Ressourcen und Kompetenzen von Individuen beschrieben. Um einen orientierenden Überblick über den bisherigen Entwicklungsstand der Gesundheitsförderung zu erlangen, ist es daher hilfreich, diese beiden grundlegenden Interventionsebenen getrennt zu betrachten. Dabei wird mit Blick auf die Interventionsebene der externen Ressourcen deutlich, dass bereits eine Vielzahl von Projekten und Konzepten angeregt und zum Teil auch umgesetzt wurde. Gesundheitsförderung findet in den unterschiedlichsten Settings statt, z.B. in Städten und Gemeinden, in Betrieben, Schulen und Krankenhäusern (vgl. Amann u. Wipplinger, 1998; vgl. a. Lobnig u. Pelikan, 1996, S. 59). Da angenommen wird, dass Organisationen nachhaltige Sozialisationsprozesse bewirken und eine strukturierende Kraft gegenüber den privaten Lebensformen entwickeln, wird Gesundheitsförderung in diesen Aufgabenfeldern häufig als Intervention in komplexe soziale Systeme begriffen und durch Prozesse der Organisationsentwicklung realisiert (vgl. Grossmann, S. 56 f.). Auf diese Weise wird es möglich, dass gesundheitsförderliche Initiativen zugleich zur Verbesserung der Lebenswelten der Menschen und zur inneren Reform und Modernisierung von Organisationen beitragen.

Sucht man hingegen nach Anwendungsbeispielen für die Förderung personaler Ressourcen, finden sich erstaunlich wenig konkrete, systematische Überlegungen, die auf die Förderung der individuellen Kompetenzen bzw. auf die in der Ottawa-Charta geforderte Entwicklung der Persönlichkeit abzielen. Viele gesundheitsförderliche Interventionen zielen doch wieder vor allem auf die Risikoverhaltensweisen. Beispielsweise zeigte eine Schweizerische Untersuchung in 78 Betrieben nicht nur, dass die verhaltensorientierten Maßnahmen (82 %) gegenüber den verhältnisorientierten Maßnahmen (18 %), die auch die betriebliche Seite, beispielsweise die Gestaltung der Organisation einbeziehen, bei weitem überwiegen. Es wurde auch deutlich, dass solche Angebote dominieren, die „zur traditionellen und etablierten Gesundheitsvorsorge (gehören)“ (Schwager u. Udris, S. 376; vgl. a. Hartmann u. Traue, 1998). Auf den ersten Plätzen standen Drogenprävention sowie Aufklärung und Information, besonders zum Thema Herz und Kreislauf. Erst dann folgten Maßnahmen wie Weiterbildung mit Gesundheitsförderung, soziale Kompetenz, Bewegungs- und Freizeitangebote. Auch wenn man verschiedene Projekte analysiert, die als Beispiele für Gesundheitsförderung fungieren (vgl. z.B. den Übersichtsband von Amann u. Wipplinger, 1998), dann ist es im Einzelfall häufig schwierig zu differenzieren, worin sich konkrete Prävention in den Interventionsbereichen Stress, Rauchen, Drogen, Alkohol- und Medikamentengebrauch, Ernährung, Bewegung, Hygiene, Unfälle und Verletzungen von Gesundheitsförderung im eigentlichen Sinne unterscheidet (vgl. Wipplinger u. Amann, S. 41).

Schwierigkeiten bei der Förderung personaler Ressourcen

Eine explizite Fokussierung der gesundheitsförderlichen Ressourcen statt der Risikofaktoren ist mit einigen Schwierigkeiten verbunden. Zum Teil bleibt die positive Bestimmung gesund-

heitsförderlicher Kompetenzen und Bewältigungsfähigkeiten erstaunlich diffus. Da ist die Rede von einer Berücksichtigung psychosozialer Aspekte wie Wohlbefinden und Lebensfreude, Stressbewältigung, Kommunikation (vgl. z.B. Krieger u. Dlugosch, S. 456 ff.) oder von einer Förderung kommunikativer und sozialer Kompetenzen (vgl. Backes u. Hemme, S. 240). Bei anderen Projekten findet sich zwar eine differenziertere Zielbestimmung, dafür wird aber deutlich, wie heterogen die theoretischen Ansätze sind, auf denen Gesundheitsförderung aufbaut (vgl. z.B. Mittag u. Jerusalem, 1998; vgl.a. Lohaus u. Klein-Heßling, 1998). Wenig aussichtsreich erscheint schließlich auch die Gleichsetzung von Gesundheitsförderung und Salutogenese, die von vielen Autoren vorgenommen wird. Es bleibt unklar, wie die zentrale Widerstandsressource, das Kohärenzgefühl, von dem Antonovsky annimmt, dass es in späteren Lebensjahren kaum noch veränderbar ist, denn überhaupt gefördert werden soll (vgl. Antonovsky, 1997, S. 114 ff.; vgl. a. Bengel u.a., S. 70 f.). Diese Frage betrifft auch einige andere der personalen Schutzfaktoren, die ja ebenfalls als relativ stabile, dispositionelle und durch Gesundheitsförderung nicht einfach zu verändernde Persönlichkeitsmerkmale gelten (vgl. Kaluza, 1996, S. 57). So bleibt trotz vielfältiger Forschungsaktivitäten im Allgemeinen offen, wie denn die Gesundheitsförderung eine Förderung der personalen Ressourcen erreichen soll. Wie Therapeuten stehen daher auch Gesundheitsförderer vor „dem Dilemma zwischen einem Patienten, der ‚gesund‘ werden möchte und einer Wissenschaft, die auf diesen Wunsch keine Antwort hat“ (Franke, 1993 b, S. 177). Die Forschung fragt erst einmal danach, welche Faktoren zur Gesundheit beitragen, und liefert nicht unbedingt auch Anhaltspunkte für die Intervention.

Vor diesem Hintergrund ist die Bestandsaufnahme für die Gesundheitsförderung eher ernüchternd. Häufig wird das Salutogenesemodell nur als Metatheorie und als Legitimation für konzeptuelle Überlegungen und unspezifische ressourcenstärkende und kompetenzsteigernde Maßnahmen benutzt, ohne dass diese im Einzelnen theoretisch begründet und die Zusammenhänge zwischen Theorie und Intervention explizit geklärt wären. „Die häufig theoriearm aneinandergereihten präventiven Aktivitäten bekommen hier eine Rahmentheorie“ (Bengel u.a., S. 93). Auch für die Ressourcenforschung, deren Bedeutung heute von vielen Forschern bis in die Medizin hinein immer wieder betont wird, ist die Befundlage insgesamt sehr widersprüchlich. Probleme für eine zusammenfassende Betrachtung der zahlreichen Befunde ergeben sich daraus, dass unterschiedliche theoretische Bezugssysteme und Wertorientierungen vorliegen (vgl. Beutel, 1989, S. 452). Auch fällt eine zum Teil beträchtliche Überschneidung zwischen den Konzepten auf, so dass „sich die Frage stellt, ob es nicht zielführend wäre, die vorhandenen Theorien und Modelle mit ihren bewährten Inhalten und Zusammenhängen in einem Modell zu integrieren. Ein derartiges allgemein gültiges Modell würde sicherlich helfen, die bestehende Begriffsverwirrung zu beseitigen“ (Wipplinger u. Amann, S. 35). Vor diesem Hintergrund empfiehlt Beutel, systematischer die Beziehungen zwischen den verschiedenen protektiven Faktoren zu untersuchen und dabei nicht nur die individuellen Bewältigungsressourcen zu berücksichtigen, sondern vor allem auch das Zusammenwirken zwischen personalen und sozialen Ressourcen zu klären. Schließlich sollte in eine solche Untersuchung auch das subjektive Erleben von Gesundheit und Krankheit einbezogen werden (vgl. Beutel, 1989, S. 461).

Dieser hier im Überblick dargestellte Diskussionsstand wird nun zum Ausgangspunkt für einen nächsten Schritt. Im Rahmen der Vorüberlegungen war bereits herausgestellt worden, dass eine Fokussierung auf das Thema „Emotionen“ möglicherweise hilfreich sein kann, die Vielzahl der vorhandenen Befunde zu bündeln und einige Fragen und Probleme der Gesundheitsförderung zu erhellen. Im nächsten Abschnitt gilt es jetzt zu prüfen, ob es tatsächlich aussichtsreich ist,

das bereits vorhandene Wissen über die Emotionen und die emotionalen Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit zum Ausgangspunkt weiterführender Überlegungen zu nehmen.

1.5.3 Weiterführende Überlegungen

Nachdem in den vorangegangenen Abschnitten deutlich geworden ist, dass es eine Vielzahl von Gesundheitsrisiken und Gesundheitsressourcen gibt, von denen in der Forschung angenommen wird, dass sie in komplexen Wechselwirkungsprozessen auf die Gesundheit wirken, soll nun die hypothetisch angenommene Mittlerfunktion der Emotionen in diesem Wirkungsgefüge genauer betrachtet und in Beziehung zu den bereits vorliegenden Vorstellungen und Modellen von Krankheit und Gesundheit gesetzt werden. Auf diesem Wege wird geprüft, ob es aussichtsreich ist, die Emotionen zum Ausgangspunkt weiterführender Überlegungen zu nehmen.

Gesundheitspsychologische Modellvorstellungen zu den Wirkungswegen der Emotionen

Dabei werden zunächst die weniger weit reichenden psychobiosozialen Modelle betrachtet, die zum großen Teil aus der gesundheitspsychologischen Forschung stammen. Für die Beantwortung der Frage, wie die Emotionen auf den Körper bzw. auf die Gesundheit wirken, werden drei mögliche Wirkungswege unterschieden, die sich gegenseitig nicht ausschließen, sondern eher verschiedene Akzente setzen (vgl. dazu: Krohne, 1997, S. 276; Schwenkmezger, 1992, S. 6; 1997, S. 302; Friedman u. Booth-Kewley, 1987; vgl. f. einen Überblick: Waller, 2002, S. 18 ff.):

1. Das **Modell des direkten Weges** geht davon aus, dass Emotionen bzw. Stress ursächlich psychologische und physiologische Veränderungen des Organismus hervorrufen, die dann unter Umständen zu einer Erkrankung führen. Dabei gelten die Emotionen nicht nur als kurzfristige Mittler zwischen den Erfahrungen der Menschen und körperlichen, biochemischen Vorgängen. Man nimmt an, dass sie als Folge des biographisch und kulturell vermittelten Umgangs mit bestimmten Gefühlen auch von längerfristiger Bedeutung sein können (vgl. Pkt. 3). Die krankmachende Wirkung kann entweder über eine chronische Erhöhung der physiologischen Reaktivität oder über Beeinträchtigungen des Immunsystems eintreten. Der Organismus wird ständig in einer erhöhten Widerstandsbereitschaft gehalten und verliert allmählich seine Fähigkeit zur natürlichen Selbstregulation, wenn keine Erholung und Entspannung eintritt. Bei zu lange anhaltender Belastung bricht schließlich das Anpassungsvermögen des Organismus zusammen, so dass es zu ernsthaften Organerkrankungen kommen kann.

2. Das **Modell des indirekten Weges** nimmt an, dass nach emotionaler Erregung Verhaltensweisen folgen, die Risikofaktoren darstellen oder das Vorsorgeverhalten beeinträchtigen. Rauchen, unangemessenes Ernährungsverhalten, Konsum von Alkohol oder anderen Drogen stellen direkt gesundheitsschädliche Risikoverhaltensweisen dar, die zur Bewältigung von Stress verstärkt auftreten. Negative Emotionen und Stress haben hier einen indirekten Effekt auf den Gesundheitsstatus einer Person, indem sie die Ausübung gesundheitsschädigenden Verhaltens begünstigen. Zudem tragen diese Risikoverhaltensweisen zu einer allgemeinen Erschöpfung der Abwehrkräfte bei und vermindern längerfristig die allgemeine Belastbarkeit.

3. Das interaktive Modell schließlich betont die Bedeutung von emotionalen Dispositionen und versucht solche übergreifenden Bewältigungsmuster, Bewertungsstile und Persönlichkeitsmerkmale zu identifizieren, die für den Betroffenen zum gesundheitlichen Risiko werden können. Menschen mit bestimmten Persönlichkeitsdispositionen gelten als prädisponiert zum Erleben spezifischer Emotionen. Diese Persönlichkeitsmerkmale wirken sich wahrscheinlich aus auf die Art und Weise, wie Menschen ihre Umwelt wahrnehmen, und führen möglicherweise dazu, dass diese ihre Umwelt in einer Weise beeinflussen, die sie diese Emotionen immer wieder erleben lässt. Es wird nun angenommen, dass relativ stabile Persönlichkeitsmerkmale entweder vermittelt über das emotionale Erleben zu fortgesetzten physiologischen Fehlregulierungen führen oder über situationsübergreifende Einstellungs- und Bewältigungsmuster wirksam werden, die vermittelt über das Verhalten die körperliche Gesundheit beeinträchtigen. Neben solchen Persönlichkeitsdispositionen, die unter Umständen zur Krankheitsanfälligkeit beitragen, werden auf der anderen Seite auch Dispositionen postuliert und untersucht, die eine krankheitsprotektive Wirkung haben und präventives Verhalten fördern.

Es fällt sogleich auf, dass in diesen Modellen die sozialen Risiken und Ressourcen ausgeklammert werden und damit derjenige Wirkungsweg, der von Badura als „der soziopsychosomatische Kausalpfad“ (vgl. vorne Kap. 1.5.1, S. 42) bezeichnet wird. Daher soll im Folgenden geprüft werden, wieweit trotz der begrenzten Reichweite dieser Modellvorstellungen dennoch Übereinstimmungen mit komplexeren Modellvorstellungen bestehen. Dazu werden nun die eben referierten Grundannahmen aus den psychobiosozialen Modellen (vgl. Schwenkmezger, 1997, S. 303) zunächst mit dem sehr viel komplexeren Anforderungs-Ressourcen-Modell von Becker und dann auch mit dem Modell der Krankheitsentstehung von Badura in Beziehung gesetzt.

Stellenwert der Emotionen in komplexeren Modellen

Ähnlich wie Antonovsky geht es Becker darum, die komplexen Wechselwirkungen von Anforderungen und Belastungen auf der einen Seite und Ressourcen auf der anderen Seite in ihren Wirkungen auf die Gesundheit zu erfassen. Dabei unterscheidet Becker sehr genau zwischen externen und internen Anforderungen und externen und internen Ressourcen, die jeweils wiederum in psychosoziale, psychische und physische Anforderungen und Ressourcen unterteilt werden (vgl. Becker, 1992a, S. 99-105; vgl. a. Abb. 1). Ohne die Anforderungen und Ressourcen nun im Einzelnen erläutern zu wollen, kann festgehalten werden, dass dieses Modell es umfassend erlaubt, all die Risiken und Ressourcen zu integrieren, von denen in den vorangegangenen Abschnitten die Rede war. Ein Unterschied zu den vorher dargestellten Modellvorstellungen besteht im Modell von Becker allerdings darin, dass neben möglichen internen physischen Anforderungen (zum Beispiel einer genetischen oder körperlichen Krankheitsdisposition) auch interne psychische Anforderungen (beispielsweise verinnerlichte Normen oder psychische Konflikte) berücksichtigt werden.

Beckers Modell liegt „die Leitidee zugrunde, dass Gesundheit Ausdruck einer positiven Bilanz der Versuche einer Person ist, externe und interne Anforderungen der letzten Zeit durch Einsatz von Ressourcen erfolgreich zu bewältigen“ (Becker, 1992, S. 100). Als zentrale Kategorie zur Bewältigung externer und interner Anforderungen erscheint bei ihm die „Seelische Gesundheit“, etwa vergleichbar mit dem Konzept des Kohärenzsinn, das Antonovsky in seinem salutogenetischen Modell als Schlüsselkategorie herausstellt. Anders als Antonovsky arbeitet Becker aber auch die Beziehungen zwischen seelischer und körperlicher Gesundheit heraus.

Außerdem werden im Anforderungs-Ressourcen-Modell auch differenziert die Bindeglieder dargestellt, über die sich das komplexe Wechselspiel aus Anforderungen und Ressourcen auf den aktuellen körperlichen und seelischen Gesundheitszustand auswirkt. Letztlich vermitteln sich aber auch im Modell von Becker – und hier besteht eine Parallele zu den Grundannahmen der oben angeführten psychobiosozialen Modelle – die Anforderungen und Ressourcen über das emotionale Erleben sowie über das Bewältigungs- und Gesundheitsverhalten und die Persönlichkeitseigenschaften. Letztere spielen dabei eine gegenüber den anderen Faktoren noch übergeordnete Rolle. Persönlichkeitseigenschaften wie die psychische Gesundheit, das Kohärenzgefühl oder andere, wirken sich darauf aus, wie eine Person Anforderungen und Ressourcen wahrnimmt, und beeinflussen den aktuellen Gesundheitszustand über die bereits genannten Bindeglieder (emotionales Erleben, Bewältigungs- und Gesundheitsverhalten). In neueren Arbeiten gelingt es Becker zu zeigen, dass sein Modell auch hinsichtlich der Schlüsselkategorie „Seelische Gesundheit“ ersten empirischen Überprüfungen standhält.

Setzt man nun die weiter oben angeführten psychobiosozialen Modellvorstellungen mit Beckers Anforderungs-Ressourcen-Modell der Gesundheit in Beziehung, dann wird deutlich, dass trotz der großen Unterschiede in der Reichweite und Komplexität der Modelle doch Gemeinsamkeiten bestehen im Verständnis der Bindeglieder, die am Ende der Kausalpfade wirken. Becker nimmt an, dass „lang andauernde oder gehäuft auftretende, schwere Belastungen entsprechend intensive und lang andauernde emotionale Zustände (bewirken). Diese Emotionen oder deren Unterdrückung beeinträchtigen homöostatische psychophysiologische Regulationen und begünstigen das Auftreten physischer und psychischer Störungen“ (ebd., S. 102). Daher wird den „Emotionen sowie emotionalen Regulationsprozessen wie Angst oder Ärgerregulation eine zentrale Brückenfunktion zwischen psychosozialer und neurophysiologisch-biochemischer Welt“ zugeschrieben (ebd.).

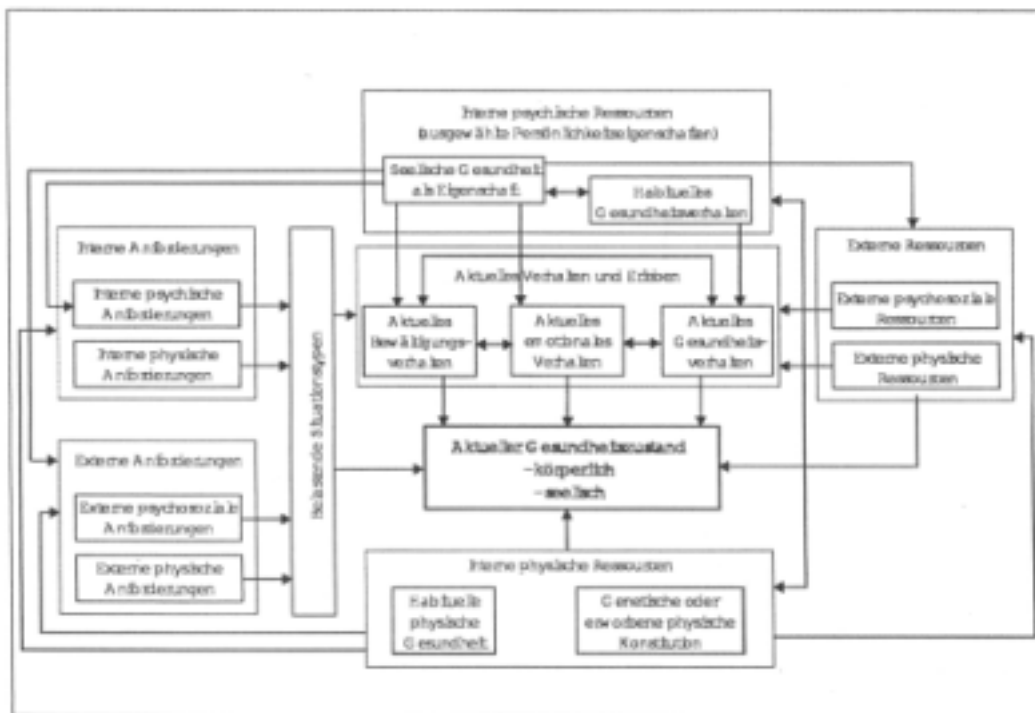


Abb. 1: Das Anforderungs-Ressourcen-Modell zur Erklärung des aktuellen Gesundheitszustandes nach Becker (1992 a, S. 101)

Bezieht man schließlich auch noch das in einem früheren Abschnitt bereits erwähnte, sozial-epidemiologische Modell der Krankheitsentstehung von Badura (vgl. 1983, S. 34 u. Abb. 2) in den Vergleich mit ein, dann sind auch hier derartige Übereinstimmungen mit den vorher genannten Modellen zu finden. Weil es aus einer Zeit stammt, in der Gesundheit noch weitgehend als das Fehlen von Krankheit definiert wurde, befasst sich das Modell allerdings nur mit den Gesundheitsrisiken. Diesbezüglich wird angenommen, dass sich psychosoziale Risiken direkt über das Erleben von Stress und indirekt über Bewältigungsstrategien und Lebensweisen, d.h. über die Verhaltensebene auswirken. Darüber hinaus werden in dem Modell auch Persönlichkeitsfaktoren berücksichtigt, von denen angenommen wird, dass sie diesen Prozessen noch übergeordnet sind, da sie sich darauf auswirken, wie eine Person psychosoziale Risiken und die Ressourcen ihrer sozialen Umwelt wahrnimmt. Das Modell baute zu seiner Zeit vor allem auf dem Stresskonzept auf. Da aber inzwischen die am Stress beteiligten Emotionen sehr viel besser erforscht sind und Badura selber die Rolle der Emotionen als Mittler zwischen den gesellschaftlichen Erfahrungen der Menschen und den biochemischen Vorgänge in ihren Körpern verschiedentlich betont hat (vgl. z.B. 1991, 1996, vgl. a. Stock u. Badura, 1995), gilt auch für das Modell der Krankheitsentstehung, dass, im Vergleich mit den anderen Modellen, im Verständnis der Kausalitäten am Ende der Wirkungswege Übereinstimmung besteht (vgl. zur Kritik: Wipplinger u. Amann, S. 26 f.; vgl. zur Bedeutung der Emotionen aus sozialepidemiologischer Sicht auch: Kubzansky u. Kawachi, 2000).

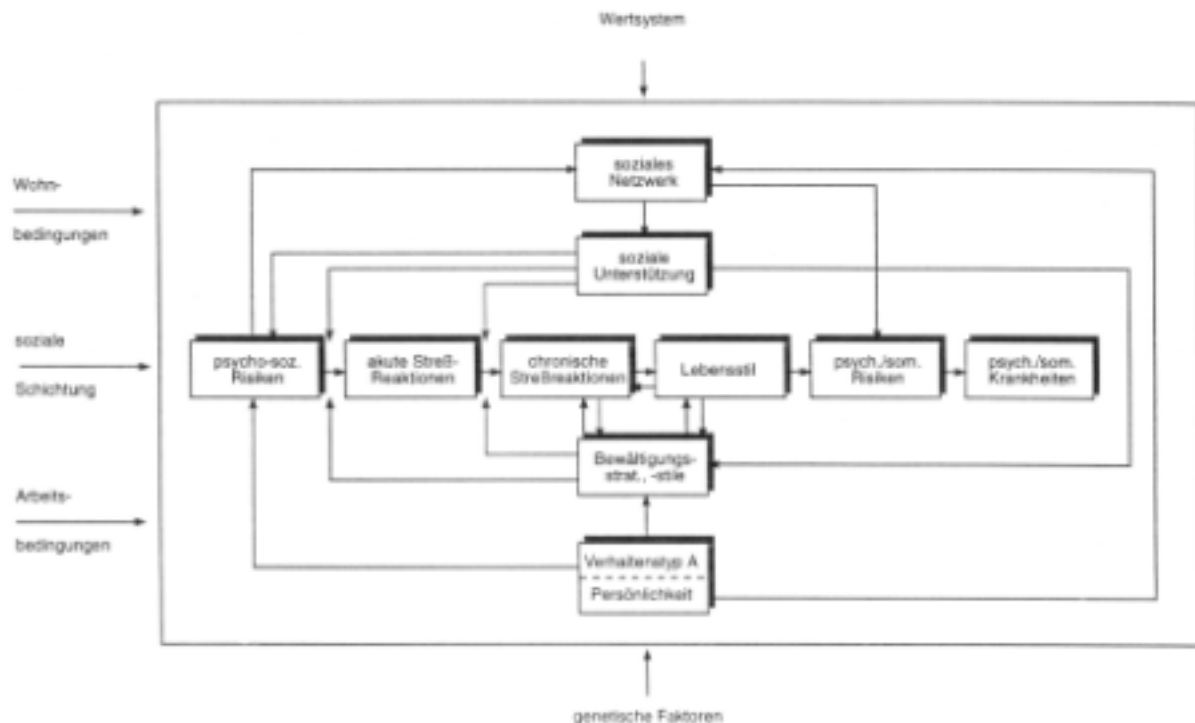


Abb. 2: Das Sozialepidemiologische Modell der Krankheitsentstehung und -verhütung nach Badura (1983, S. 34)

Zusammenfassend ist nun festzuhalten, dass die Modelle von Becker und Badura zwar weit über psychobiosoziale und psychosomatische Modellvorstellungen hinausgehen, indem sie auch die sozialen Bedingungen der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit bzw. der Entstehung von Krankheit integrieren. Dennoch sind bei allen Unterschieden auch einige Gemeinsamkeiten in Form von Überschneidungen in zentralen Variablenbereichen festzustellen. Allen Modellen ist gemeinsam, dass emotionales Erleben bzw. Stress, Persönlichkeitsfaktoren sowie das Bewältigungs- und Gesundheitsverhalten als Wirkfaktoren von zentraler Bedeutung für den Erhalt von Gesundheit bzw. für die Entstehung von Krankheit betrachtet werden. Diese Wirkungswege stellen bei allen hier näher betrachteten Modellvorstellungen sozusagen die Endstrecken, die letzten Kausalitäten in mehr oder weniger komplex verstandenen Zusammenhängen dar. Unabhängig davon, aus welcher Perspektive der Gegenstand „Gesundheit“ betrachtet wird, stehen immer die Emotionen im Mittelpunkt, und es besteht offensichtlich Übereinstimmung zwischen Vertretern unterschiedlicher Disziplinen, dass dies die zentralen Mittler sind, über die sich gesundheitliche Risiken und gesundheitliche Ressourcen bis hinein in den Organismus verfolgen lassen.

Forschungsstand zu den „emotionalen Hintergründen“ von Gesundheit und Krankheit

Vor diesem Hintergrund scheint es sehr vielversprechend, die Gemeinsamkeiten anstatt der Differenzen zwischen den Modellen zu betonen und den Fokus auf die Emotionen zu richten. Darüber hinaus ermöglicht ein solches Vorgehen auch, die Kritiken und Vorschläge aufzugreifen, die aus den Reihen sowohl der Risiko- als auch der Ressourcenforscher geäußert wurden. Viel deutet darauf hin, dass die Emotionen einen Schlüsselfaktor darstellen, der eine zusammenfassende und verbindende Betrachtung der wesentlichen Ursachen und Faktoren hinter der Vielzahl von Befunden und von Erscheinungsformen der Risiko- und Schutzfaktoren erlaubt. Hierfür ist es notwendig, die Emotionen als Einflussfaktoren stärker zu berücksichtigen und expliziter zu fokussieren, als dies bei vielen gesundheitsrelevanten Fragestellungen und Erklärungsversuchen bisher der Fall war, und den Blick von der „phänotypischen“ Ebene der Vielfalt der Risikofaktoren und Persönlichkeitsprofile auf die „genotypische“ Ebene der Emotionen zu richten, wie es die Psychologin Weber vorgeschlagen hat (Weber, 1995, S. 460).

Ein Vorteil einer solchen Untersuchung besteht darin, dass mit dem Wissen über die Emotionen keine völlig neuen Variablen in die gesundheitswissenschaftliche Diskussion eingeführt werden müssen. Es gilt ‚nur‘, bei der Betrachtung der bereits erforschten Faktoren die Emotionen als „ihren gemeinsamen Nenner“ (Weber, 1995, S. 460) stärker in den Vordergrund zu rücken – vorausgesetzt, der diesbezügliche Forschungsstand erlaubt ein solches Vorgehen.

Am besten erforscht ist die direkte Wirkung der Emotionen auf den Organismus. Als recht gut untersucht gelten besonders verschiedene unlustbetonte emotionale Systeme (Ärger, Angst, Furcht, Depressivität) mit ihren physiologischen Entsprechungen. Die gesundheitsrelevante Bedeutung dieser Emotionen lässt sich auf der Ebene der Grundlagenforschung mittlerweile recht überzeugend nachvollziehen. Eine stets wachsende Zahl experimenteller und epidemiologischer Studien verweist darauf, dass das menschliche Gefühlsleben das Herz-Kreislauf- und das Immunsystem beeinflusst, also zwei für den Organismus und für die Entstehung und den Verlauf verbreiteter chronischer Erkrankungen zentrale Körperfunktionen (vgl. Stock u. Badura, 1995, S. 75). Einschränkend ist in diesem Zusammenhang festzustellen, dass sich die For-

schung problemorientiert überwiegend auf die Untersuchung negativer Emotionen und auf deren Bedeutung für die Entstehung von Krankheit konzentriert hat, wogegen die Erforschung der positiven Emotionen weitgehend vernachlässigt wurde. Zwar gibt es einige Hinweise auf eine direkte und indirekte gesundheitsförderliche Wirkung positiver Emotionen, aber wie genau die Zusammenhänge im Einzelnen aussehen, ist noch nicht umfassend geklärt (vgl. Kubzansky u. Kawachi 2000; vgl. a. Stock u. Badura, 1995). Damit können salutogenetisch orientierte Forschung und Gesundheitsförderung zur Zeit nur begrenzt auf Erkenntnisse über die positiven Emotionen zurückgreifen. Für die Gesundheitsförderung ist dies problematisch, weil positive Emotionalität mit all ihren Facetten nicht nur ein wesentliches Merkmal psychischen Wohlbefindens bzw. seelischer Gesundheit darstellt, sondern – wie noch zu zeigen sein wird – wohl auch in erheblichem Maße die körperliche Gesundheit beeinflusst.

Während für die Kurzzeiteffekte von Emotionen eine Vielzahl von experimentellen und epidemiologischen Belegen vorliegen, ist es für die Forschung sehr viel schwieriger, Langzeiteffekte von Emotionen auf die Gesundheit nachzuweisen (vgl. Kubzansky u. Kawachi, S. 218). Ein großer Teil der Befunde über den Zusammenhang zwischen Emotionen und Krankheit stammt aus der Herz-Kreislauf-Forschung. Im Rahmen der Erforschung koronarer Erkrankungen galt die Aufmerksamkeit nicht nur den verschiedenen verhaltensgebundenen Risikofaktoren (z.B. dem Rauchen oder der Ernährung), sondern auch einzelnen Emotionen (z.B. Ärger und Feindseligkeit) und solchen Persönlichkeitsfaktoren, von denen angenommen wurde, dass diese ebenfalls Risikofaktoren darstellen können. Lange Zeit konzentrierte sich die Forschung besonders auf das Typ-A-Verhaltensmuster. Inzwischen werden aber die emotionalen und sozialen Variablen, die bei der Entstehung und der Bewältigung der koronaren Herzerkrankung eine Rolle spielen, differenzierter betrachtet (vgl. z.B. Herrmann-Lingen, 2000)³⁰. Alles in allem konnte dieser Forschungszweig aber durch eine Vielzahl von sozialepidemiologischen Befunden entscheidend dazu beitragen, dass immer vollständiger zu rekonstruieren ist, wie die Ereignisse der sozialen Umgebung vermittelt über die Emotionen „in den Körper gelangen“ (Kubzansky u. Kawachi, S. 213) und dort den Gesundheitszustand des Individuums beeinflussen

Evidenzen für Verbindungen zwischen Emotionen und anderen Krankheiten sind dagegen dürftiger. Beispielsweise wurde bei der Erforschung von Krebserkrankungen auch immer wieder explizit nach möglichen krankheitsverursachenden Persönlichkeitsprofilen (Typ-C-Persönlichkeit) und Emotionsmustern gefragt. Wegen der Langfristigkeit der Prozesse und der Vielfalt der beteiligten Faktoren sind eindeutige Zusammenhänge aber nur sehr schwer nachzuweisen. Andere Krankheitsbilder mit einer vermuteten psychosomatischen Komponente sind in Bezug auf die zugrunde liegenden Emotionen dagegen bisher überraschend selten Gegenstand empirischer Forschung gewesen (vgl. Kubzansky u. Kawachi, S. 226). Die empirische Forschung steht häufig vor dem Problem, dass keine eindeutigen Verbindungen zwischen der Entstehung bestimmter Krankheiten und spezifischen Emotionen oder Persönlichkeitsmerkmalen nachzuweisen sind und Abweichungen und Inkonsistenzen die Ergebnisse in Frage stellen (vgl. Weber, 1995, S. 458; vgl. a. Herrmann-Lingen, 2000). Die Vielzahl der Befunde zu verschiedenen krankheitsverursachenden Risiko- und gesundheitsprotektiven Schutzfaktoren der Persönlichkeit weisen dennoch auf die Bedeutung der Persönlichkeitsfaktoren für gesundheitsrelevante Prozesse hin. Diese sind allerdings nur mit Schwierigkeiten dingfest zu machen, wenn es darum

³⁰ vgl.a. die Expertisen für die Statuskonferenz Psychocardiologie, die im Internet unter <http://cardio.arago.de> veröffentlicht sind

geht, konkrete Zusammenhänge mit physischer Gesundheit nachzuweisen. Erschwerend kommt noch hinzu, dass solche Persönlichkeitsmuster in erster Linie als auf die Kognition abzielende Konzepte verstanden werden, so dass keine systematische Berücksichtigung der Emotionen erfolgte und die Frage nach den beteiligten Emotionen und zugrunde liegenden Emotionsmustern häufig nur am Rande gestellt wurde.

Eine erstaunlich untergeordnete Rolle spielten emotionale Faktoren bisher bei der Erforschung gesundheitsrelevanten Verhaltens. Gesundheitspsychologen sind besonders an kognitiven Faktoren wie dem Wissen um die Zusammenhänge zwischen Verhalten und Gesundheit, an Einstellungen und Überzeugungen bezüglich der Gesundheit und an Aspekten des Lebensstils interessiert. Emotionale Faktoren werden demgegenüber sehr viel seltener berücksichtigt (vgl. Schwarzer, 1992, 1996; vgl. Steptoe u. Wardle, S. 80). Dies hat dazu geführt, dass vielen psychologischen Modellen „die unangemessen hohe Bewertung kognitiver Anteile vorgeworfen“ wird (von Troschke, S. 381). Schließlich orientiert sich auch die Verhaltensmedizin, die sich ebenfalls u.a. die Erforschung und Prävention riskanten Gesundheitsverhaltens zum Ziel gesetzt hat, vor allem an kognitiven und verhaltenstherapeutischen Modellvorstellungen, wobei allerdings in jüngster Zeit eine Wende hin zu kognitiv-emotiv-behavioralen Theorien zu beobachten ist (vgl. Krypsin-Exner, 1998; vgl. a. Florin u. a., 1999). Hinweise auf die emotionalen Hintergründe von Risikoverhaltensweisen finden sich demgegenüber vor allem in der Suchtforschung, die schwer veränderbares, riskantes Gesundheitsverhalten als abhängiges und süchtiges Verhalten konzipiert und in der Emotionalität des Menschen die zentrale Transformationsstelle für solche Risikoverhaltensweisen sieht (vgl. Schröder, 1997; vgl. a. Nöcker, 1990).

Nach diesem knappen Überblick wird zwar deutlich, dass in vielen Forschungsbereichen die emotionale Dimension in der Theoriebildung noch nicht so berücksichtigt wird, wie es die Grundlagenforschung der letzten Jahre inzwischen nahe legt. Zugleich zeigen sich jedoch auch vielfältige Befunde und Theorieansätze, die zwar zum Teil über viele Disziplinen verstreut sind, an denen diese Arbeit aber dennoch anknüpfen kann. Zahlreiche Einzelvariablen sind bereits untersucht, und zu vielen der bisher genannten Fragestellungen liegen Befunde vor, die ein sicher nicht vollständiges, aber doch umfangreiches Verständnis der Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychischen und physiologischen Prozessen ermöglichen. Damit erscheint der Forschungsstand doch vielversprechender als Becker dies einschätzt, wenn er davon spricht, dass die für die Gesundheitsförderung relevanten wissenschaftlichen Erkenntnisse rudimentär sind (vgl. Becker, 1997, S. 520). Die besondere Herausforderung für die Forschung liegt nun darin, die zahlreichen Forschungsergebnisse aus psychoneuroimmunologischen und soziopsychosomatischen Richtungen disziplinübergreifend zu konzeptualisieren (vgl. Stock u. Badura, 1995, S. 75).

Integration der Befunde in ein erweitertes Stressmodell

Einen Ansatzpunkt für eine solche disziplinübergreifende Konzeptualisierung der zahlreichen Beiträge aus verschiedenen Disziplinen bietet das erweiterte Stressmodell. Dieses „scheint noch am ehesten in der Lage zu sein, die vielfältigen, von Soziologen, Psychologen und Sozialmedizinern gelieferten Beiträge zu integrieren und auf ein solides theoretisches Fundament zu stellen“ (Badura, 1993, S. 75). Da ein solches Modell es ermöglicht, die Grundgedanken über den Zusammenhang von Gesellschaft und Gesundheit bzw. Krankheit zu berücksichtigen und sie der empirischen Überprüfung zugänglich zu machen, wird sein Wert von vielen Wissen-

schaftlern darin gesehen, dass es ein „vereinheitlichendes Konzept mit hohem Integrationswert“ darstellt (Kruse, 1991, S. 62; vgl. a. Badura, 1993, S. 76). So dient der Stressbegriff inzwischen als Sammelbegriff für viele unterschiedliche Forschungsfelder.

Das erweiterte Stressmodell bietet auch für die vorliegende Arbeit wichtige Anknüpfungspunkte. Ermutigend ist insbesondere die Fähigkeit der Emotionsforschung zum Anschluss an die Stressforschung, die eine Zusammenführung von Befunden aus den beteiligten Forschungszweigen (Stressforschung, Psychoneuroimmunologie, Neurophysiologie etc.) und eine differenziertere Betrachtung der Phänomene ermöglicht. In der Emotionspsychologie begann das Stresskonzept sogar, wegen der engen Nachbarschaft von Stress und Emotion zum Teil den Emotionsbegriff und das Wortfeld emotionsbezogener Begriffe zu ersetzen (vgl. Laux u. Weber, S. 561). So schlägt z.B. der Psychologe Scherer vor, „Stress“ „als übernormal lange andauernde und überintensive Emotion, d. h. als *Emotionsstörung* zu konzeptualisieren“ (Scherer, 1990, S. 22; Hervorh. i. Original/U. F.). Wenn man Stress im Gegensatz zu den normalen Emotionen, die kurzfristige Anpassungsmechanismen des Organismus darstellen, als Sonderfall, als emotionale Reaktion von atypischer Intensität und Dauer versteht, dann kann man – entsprechend den involvierten Emotionen – qualitativ unterschiedliche Stressarten differenzieren. „Bei dieser Sichtweise ... ist die Art der Stressreaktion selbstverständlich durch die zugrundeliegende Emotionsform determiniert, d.h. es sollte ‚Angst-Stress‘, ‚Ärger-Stress‘, ‚Furcht-Stress‘ usw. geben.“ (Scherer, 1981, S. 199; vgl. a. Laux u. Weber, S. 562; vgl. a. den Hirnforscher Roth <2001, S. 283>, der im Zusammenhang mit dem Thema Stress in gleichsinniger Weise von „starken Gefühlen“ bzw. „starken`Gefühlszuständen“ spricht). Das Stressmodell ermöglicht aber nicht nur, die „direkten“ Wirkungen der Emotionen auf den Organismus zu berücksichtigen, sondern auch all die Risiko- und Schutzfaktoren einzubeziehen, die in „interaktiver“ oder in „indirekter“ Weise auf die Gesundheit einwirken. Dazu gehören sowohl die verschiedenen personalen Bewältigungs- und Bewertungsmuster als auch die ganze Breite von Gesundheitsverhaltensweisen. In diesem Zusammenhang macht die Bewältigungsforschung, eine Forschungstradition, die sich zwischen Emotionstheorien und Stress-Coping-Ansätzen bewegt, darauf aufmerksam, dass gesundheitsabträgliche Verhaltensweisen eine von vielen Möglichkeiten der Stress- bzw. Emotionsbewältigung darstellen (Weber, 1990, S. 280 ff.; vgl. a. 1997).

Damit bieten sich vielfältige gute Ansatzpunkte für eine stärkere Zusammenführung der vorliegenden Erkenntnisse und für die Suche nach Gemeinsamkeiten und Überschneidungen, wie dies in der Diskussion verschiedentlich gefordert wurde. Darüber hinaus liegt es nahe, die Emotionen nicht nur zum vielversprechenden Ausgangspunkt der Analyse, sondern zugleich auch zum Ansatzpunkt der Intervention zu nehmen, um die Überlegungen zur Gesundheitsförderung über den bereits vorhandenen Diskussionsstand hinaus weiterzuführen. Weil für gesundheitsfördernde Maßnahmen prinzipiell alle Faktoren in Frage kommen, „die funktional mit Gesundheit verbunden sind, die Gesundheit bedingen, stärken und stabilisieren, die vor Krankheit schützen oder Gesundheit beeinträchtigen und Krankheit auslösen“ (Wipplinger u. Amann, S. 41) stellen diese Variablen – in diesem Fall die Emotionen – idealerweise auch jene Bereiche dar, bei welchen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung ansetzen sollten. Im Sinne des erweiterten Stressmodells, das Gesundheit als „Kompetenz bzw. Befähigung zur schädigungsfreien Bewältigung von Herausforderungen und Risiken“ (Badura, 1993, S. 76) versteht, ginge es dann darum, herauszufinden und zu spezifizieren, welcher Kompetenzen es bedarf, um (Stress-) Emotionen zu beeinflussen und in gesundheitsförderlicher Weise zu verändern, und wie diese Kompetenzen erworben werden können.

Mit Blick auf dieses Ziel werden für diese Arbeit sowohl die pathogenen als auch die salutogenen Einflüsse auf die Gesundheit berücksichtigt werden müssen. Dies wurde in der Einleitung zu 1.5 bereits angekündigt und begründet und erscheint auch jetzt zum Ende des Unterkapitels, welches sich mit den Risiken und Ressourcen von Gesundheit und Krankheit sowie mit deren emotionalen Hintergründen auseinandergesetzt hat, unvermeidbar. Der Forschungsstand würde eine alleinige Berücksichtigung der Faktoren, die Gesundheit fördern, nicht erlauben. Trotz aller Bemühungen um eine salutogene Perspektive in der Forschung weiß die Wissenschaft zur Zeit sehr viel mehr über die Entstehung von Krankheit als über die Entstehung von Gesundheit, so dass sich provokativ die Frage stellen liesse, ob Krankheit vielleicht den Normalfall darstellt und Gesundheit die Abweichung (vgl. Neumer u.a., 1998, Vorwort). Das vorhandene Material legt es daher nahe, beide Seiten der Medaille zu beleuchten³¹ und die Entstehungsbedingungen physischer und psychischer Gesundheit auch auf dem „Umweg“ über die Entstehung und Veränderung unlustbetonter/pathogener Emotionsmuster zu erforschen. Für den Aufbau der vorliegenden Untersuchung bedeutet dies, dass die positiven Emotionen zwar so weit wie möglich berücksichtigt werden, dass aber der Schwerpunkt der Analyse sich mit der Entstehung und Veränderung hartnäckiger unlustbetonter Emotionen befassen wird, um darüber zu Schlussfolgerungen für die Gesundheitsförderung zu gelangen.

1.6 Konzeption und Aufbau der Untersuchung

Im vorangegangenen Teil hat sich gezeigt, dass es von einer Reihe von Wissenschaftlern als vielversprechender Weg zur Überwindung von Problemen der Gesundheitsforschung angesehen wird, die bereits bekannten gesundheitsrelevanten Variablen unter einer dritten, übergeordneten Perspektive zu betrachten und zu verknüpfen (vgl. a. Becker, 1998, S. 23). Aufgrund ihrer Mittlerfunktion „zwischen den gesellschaftlichen Erfahrungen der Menschen und ihren biochemischen Vorgängen“ (Badura, 1996b, S. 44) erscheinen die Emotionen für eine solche verbindende Betrachtung in besonderer Weise geeignet. Auch der Forschungsstand ermutigt trotz verschiedener Defizite insgesamt doch dazu, die Emotionen zum Ausgangspunkt für die weitere Arbeit zu nehmen.

Von da ausgehend, geht es im Folgenden nun zunächst darum, eine Vielzahl von Befunden aus der Gesundheits- und aus der Krankheitsforschung so zu bündeln, dass ein vertieftes Verständnis der komplexen biopsychosozialen Wechselwirkungen von Gesundheit und Krankheit möglich wird. Dies bedeutet einerseits, dass das bereits vorhandene Grundlagenwissen über die Emotionen zusammenzutragen ist. Andererseits sind gesundheitsrelevante Faktoren, stärker als dies bisher in der Diskussion üblich war, auf ihre „emotionalen Hintergründe“ zu befragen. Um den reichhaltigen Stoff in sinnvoller und dem Anliegen gemäßer Weise zu strukturieren und zu systematisieren, wird sich die Arbeit dabei in ihrem ersten Teil an den verschiedenen Wirkungswegen der Emotionen orientieren. Zunächst wird der direkte Wirkungsweg untersucht

³¹ In der Diskussion salutogenetischer und pathogenetischer Ansätze gilt es inzwischen als fraglich, ob es sich bei den Gesundheitsschutzfaktoren und den Gesundheitsrisikofaktoren tatsächlich um ganz andere bzw. andersartige Faktoren – wie es bei Antonovsky zum Teil anklingt – oder nur um zwei Seiten derselben Medaille handelt. Becker z.B konnte empirisch belegen, dass „Ressourcen und Risikofaktoren in den meisten Fällen als hohe bzw. niedrige Ausprägungsgrade in *gesundheitsrelevanten Variablen* aufgefaßt werden können“ (Becker, 1998, S. 23; Hervorh. im Original/ U.F.).

werden, dann aufgrund der übergeordneten Bedeutung der Persönlichkeitsfaktoren der interaktive Weg und schließlich der indirekte Weg, d.h. das Gesundheitsverhalten. Die Rekonstruktion des Zusammenhangs von Emotionen und Gesundheit, die damit beabsichtigt ist, bildet aber nur einen wenn auch wichtigen Teil, der alleine noch nicht ausreicht, um das Gesundheitsförderungskonzept zu entwickeln, das das eigentliche Ziel dieser Arbeit ist. Das Wissen über die Bedeutung der Emotionen für Gesundheit und Krankheit muss um eine Vorstellung davon ergänzt werden, wie Emotionen beeinflusst und verändert werden können. Erst wenn genau herausgearbeitet ist, welcher spezifischen Kompetenzen es bedarf, um Emotionen in gesundheitsförderlicher Weise zu bewältigen, dann ist die Basis geschaffen, auf der ein Gesundheitsförderungskonzept für Menschen mit psychogenen Erkrankungen aufbauen kann.

Im vorliegenden **ersten Kapitel** werden die Problemstellung und das Ziel der Arbeit herausgearbeitet, der Forschungsstand geprüft und untersucht, inwiefern eine Fokussierung auf die Emotionen geeignet sein könnte, „die große Kluft zwischen den theoretischen Grundlagen der Gesundheitswissenschaften und der Praxis der Gesundheitsförderung“ (Krieger u. Dlugosch, S. 452) zu überwinden.

Im folgenden **zweiten Kapitel** wird anhand verschiedener Emotionstheorien geklärt, was Emotionen sind und wie sie entstehen und wie auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Ergebnisse die Beziehungen zwischen sozialen, psychischen und somatischen Prozessen zu konzeptualisieren sind.

Im **dritten Kapitel** erfolgt eine Sichtung solcher Persönlichkeitsfaktoren, die in der Forschung als Risikofaktoren für Krankheit bzw. als Schutzfaktoren für Gesundheit gelten. Diese Persönlichkeitsmuster werden in Bezug auf ihre gesundheitsbezogenen Wirkungen diskutiert. Dabei wird es besonders darum gehen, die emotionalen Aspekte dieser dispositionellen Persönlichkeitsmuster herauszuarbeiten und zu klären, wie diese vermittelt über die Emotionen auf den Organismus wirken.

Wie solche Persönlichkeitsmuster entstehen, das wird Gegenstand des **vierten Kapitels** sein. Hier wird untersucht, wie es zur Ausbildung solcher Persönlichkeitsdispositionen kommt, die als „Hintergrundemotionen“ (Damasio, 2000, S. 69) bzw. als komplexe lebensgeschichtlich entstandenen Muster emotionalen Erlebens die Art und Weise der Bewertung und Bewältigung von Realität prägen. Grundlage für dieses Kapitel ist vor allem die Emotionstheorie von Kruse, der Erkenntnisse und Theorien aus unterschiedlichsten Forschungszweigen integriert und eine Entwicklungstheorie der Emotionen und ihrer Psychopathologie vorgelegt hat.

Im **fünften Kapitel** geht es um das Gesundheitsverhalten, das hier aus der Perspektive der Suchtforschung als abhängiges bzw. süchtiges Verhalten konzipiert wird. Dabei wird „Suchtverhalten“ nicht als Krankheitskonzept begriffen, sondern als epidemisch verbreitete Strategie der Gefühlsregulierung, die der Steuerung intrapsychischer Prozesse und der Stress- und Emotionsbewältigung dient. In den letzten Jahren rücken immer weitere Formen von Abhängigkeit und ihre Folgen für Gesundheit und Gesellschaft ins Bewusstsein. Viele dieser Risikoverhaltensweisen sind nicht nur in weiten Teilen der Bevölkerung, sondern auch unter Helfern sehr verbreitet. Vor diesem Hintergrund werden neben stoffgebundenen auch die nichtstoffgebundenen Abhängigkeiten und neben anderen Formen der Beziehungssucht auch Helferverhaltensweisen in die Analyse einbezogen. Dies soll deutlich machen, wie sehr Ausgangssituation und Zielsetzungen von Gesundheitsförderung sowohl die Klienten als auch die Helfer betreffen.

„Süchte“ stellen ein verständliches Verhalten zur Bewältigung von Stress und von hartnäckigen, unlustbetonten Emotionen dar. Langfristig ist abhängiges Verhalten aber meistens riskant und gesundheitsschädlich und verstellt häufig auch den Weg, die zugrunde liegenden Probleme zu erkennen und zu lösen. Vor diesem Hintergrund werden im **sechsten Kapitel** die Psychotherapie- und die Bewältigungsforschung befragt, mit Hilfe welcher Strategien und Kompetenzen unlustbetonte Emotionen in gesundheitsförderlicher Weise beeinflusst und verändert werden können. Dabei nimmt die Darstellung der psychotherapeutischen Interventionsprinzipien, verglichen mit den Ergebnissen der Bewältigungsforschung, sehr viel größeren Raum ein. Dies scheint aber sinnvoll und notwendig. Die psychotherapeutischen Schulen stellen differenziertes Interventions- und Veränderungswissen bereit und werden damit der Hartnäckigkeit chronisch unlustbetonter Emotionen und Emotionsmuster sehr viel mehr gerecht als die bisher eher allgemeinen Beiträge der Bewältigungsforschung.

Zum **Ende des sechsten Kapitels** werden Folgerungen über den Zusammenhang zwischen psychischer und körperlicher Gesundheit versucht. Auch wenn diese bisher nur in begrenztem Umfang empirisch zu begründen sind, so deuten Befunde aus der Persönlichkeits- und Gesundheitspsychologie doch an, dass es ein lohnenswertes Ziel personenzentrierter Gesundheitsförderung sein kann, sich auf die Frage zu konzentrieren, wie Menschen einen besseren Umgang mit belastenden Emotionen erlernen können.

Im **siebten Kapitel** wird es schließlich darum gehen, Schlussfolgerungen zu ziehen und die bis dahin vorhandenen Befunde und Argumente für die Entwicklung einer „emotionszentrierten“ Gesundheitsförderungskonzeption zu nutzen. Dabei wird nicht die Entwicklung eines eigenen, in seiner Umsetzung konkret ausformulierten Programms angestrebt. Vielmehr wird auf Basis der zuvor genannten Forschungsbemühungen zunächst ein Modell entwickelt, welches die Funktion hat, Komplexität zu reduzieren und die bis dahin dargestellten Wirkungswege und Zusammenhänge zwischen Emotionen und Krankheit bzw. Emotionen und Gesundheit übersichtlich zusammenzufassen. Dies ist die Grundlage, von der ausgehend dann aufgezeigt werden soll, welche auf die Bewältigung von Emotionen abzielenden „emotionalen Kompetenzen“ notwendig sind und gefördert werden sollten, wenn es darum geht, Gesundheit zu fördern.

Vor dem Hintergrund des hier zu entwickelnden Modells gesundheitsförderlicher „emotionaler Kompetenz“ werden dann Lernziele bzw. Kriterien festgelegt und bestimmt, die nach Berücksichtigung der Sachlage für eine emotionsfokussierte Konzeption von Gesundheitsförderung wünschenswert sind und es wiederum erlauben, maßgebliche bereits bewährte und erprobte Konzepte der Gesundheitsförderung auf ihre Möglichkeiten und Grenzen zu befragen. Neben den in der Bundesrepublik verbreiteten Programmen aus der kognitiven, psychologischen Tradition erfährt dabei auch ein auf der Idee der Achtsamkeit beruhendes Stressbewältigungsprogramm Berücksichtigung, welches in den USA weit verbreitet ist, dort mit großem Erfolg praktiziert und bei uns zunehmend bekannter wird. In diesen Teil werden Patientenerfahrungen aus meiner eigenen Arbeit mit diesem Programm und mit emotionszentrierter Gesundheitsförderung einfließen. All dies bildet schließlich den Hintergrund für zu ziehende Schlussfolgerungen und Empfehlungen bezüglich eines emotionsbasierten Konzepts von Gesundheitsförderung. Dabei wird es hauptsächlich darum gehen, die inhaltlichen Anforderungen zu präzisieren, die Gesundheitsförderung zu erfüllen hat, insbesondere, wenn sie im zunehmend relevanter werdenden Feld der Prävention psychischer Störungen tätig werden will. Darüber hinaus wird zum Ende dieses Kapitel zumindest in groben Umrissen aber auch skizziert werden, wie ein solches

emotionszentriertes Konzept als Ergänzung zur bisher alleine in der Verantwortung von ÄrztInnen angesiedelten Psychosomatischen Grundversorgung umgesetzt werden könnte.

1.7 Zur Methode

In der bisherigen Darstellung der Dissertation sollte deutlich werden, dass die Untersuchung in vieler Hinsicht an bereits vorhandene Forschungsergebnisse anknüpft. Dies betrifft sowohl das Grundlagenwissen über die vielfältigen Einflüsse und Bedingungen von Gesundheit und Krankheit als auch die bereits vorhandenen und bewährten Programme zur Gesundheitsförderung. Die Absicht ist es nun, dieses bereits vorhandene Material zu nutzen und so aufzuarbeiten, dass es möglich wird, das beschriebene Forschungsdefizit zu überwinden, welches darin besteht, dass es kein aktuelles Gesundheitsförderungskonzept für Menschen mit psychogenen Erkrankungen gibt und keine allgemein akzeptierte, umfassende, wissenschaftliche theoretische Grundlage, auf die sich ein solches Programm stützen könnte.

Mit der vorliegenden Arbeit soll nun die bisherige Diskussion weitergeführt und bereichert werden, indem das bereits vorhandene Material unter einer neuen Perspektive bearbeitet und ausgewertet wird. Eine Fokussierung auf die Emotionen scheint dabei aus vielen bereits genannten Gründen erfolgversprechend. Nun sind die Befunde zu den Emotionen über viele Disziplinen und Forschungsrichtungen verstreut und bisher noch kaum genutzt worden, um die Probleme der Gesundheitsforschung und vor allem der Gesundheitsförderung weitergehend zu klären. Vor diesem Hintergrund bietet es sich an, im Rahmen einer Sekundäranalyse das „bereits vorhandene Material (Primärerhebung) unabhängig von dem ursprünglichen Zweck und Bezugsrahmen der Datensammlung auszuwerten“ (Friedrichs, 1973, S. 353) und im Hinblick auf die hier aufgeworfenen Fragestellungen neu zu strukturieren (vgl. zur Arbeit mit Sekundärdaten in den Gesundheitswissenschaften a.: Geyer, 2003). Diese Methode scheint besonders geeignet, weil es mit ihrer Hilfe möglich ist, die Vielzahl der bereits vorhandenen Forschungsergebnisse, Konzepte und Modelle nun in einer Form zusammenzustellen und aufzuarbeiten, die sich an den zuvor bereits dargestellten Problemen orientiert und geeignet ist, die daraus resultierenden theoretischen und praxisrelevanten Fragen zu klären.³²

Dazu ist eine umfassende Recherche vorzunehmen, die nicht nur die gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen umfasst, sondern auch alle die Bereiche einschließt, die sich mit der Erforschung der Emotionen und mit der Erforschung des Zusammenhangs zwischen Emotionen und Gesundheit befassen. Im Vorfeld war bereits eine umfangreiche Handsuche in verschiedenen wissenschaftlichen Bibliotheken und Instituten vorangegangen. Diese bezog die gesundheits-

³² Sofern es darüber hinaus auch um Textauslegung und Verstehen von Bedeutungszusammenhängen geht – dies betrifft insbesondere verschiedene populärwissenschaftliche Veröffentlichungen sowie die Rezeption der Autoren Elias, Miller, Rogers, Schmidbauer etc. –, gründet die Darstellung auch auf hermeneutischen Vorgehensweisen (vgl. Merksens, 1993). In diesem Zusammenhang ist zu bemerken, dass sich die Darstellung zwar an das zugrunde gelegte Material hält und daher überprüfbar ist, trotz des redlichen und selbstkritischen Bemühens um Korrektheit der Auslegung aber immer an das subjektive Verstehen und die Außenperspektive der Schreiberin gebunden ist und daher nicht frei von subjektiven Momenten sein kann (vgl. Röhrs, S. 43 ff.). Dies gilt in vergleichbarer Weise auch für die Auswertung einiger Erfahrungsberichte von Patienten und TeilnehmerInnen an Gesundheitsförderungskursen, wobei das diesbezügliche Vorgehen im Kap. 7.2.2.4 erläutert wird.

wissenschaftlich relevanten Grundlagendisziplinen, hier ergänzt um die Emotions-psychologie, wie auch die verschiedensten Anwendungsgebiete (beispielsweise die Psychosomatik oder die Verhaltensmedizin) ein und diene dazu, abschätzen zu können, ob es zum gegenwärtigen Zeitpunkt überhaupt schon möglich und aussichtsreich ist, eine solche emotionsfokussierte Perspektive in der Gesundheitsforschung einzunehmen. Diese Handsuche wurde dann und wird nun im weiteren Verlauf der Arbeit ergänzt durch die gezielte, auch PC-gestützte Suche nach bestimmten Stichwörtern und relevanten Autoren. Als Suchsysteme dienen dabei verschiedene Online-Bibliothekskataloge, insbesondere der HBZ, die medizinische Datenbank Medline einerseits und die psychologischen Datenbanken Psyndex und PsycInfo andererseits sowie bei eher eingegrenzten Fragestellungen auch Internet-Suchmaschinen, wie beispielsweise Google oder Metager. So wird die anfänglich zwar sehr breite, aber weitgehend am Schneeballsystem orientierte Recherche mit fortschreitender Arbeit immer gezielter.

Der aufwändige Rechercheprozess bezieht auch populärwissenschaftliche Bücher und Zeitschriften mit ein. Diese waren sogar für die ursprüngliche Hypothesenbildung von besonderer Bedeutung, da mich viele der in dieser Arbeit aufgeworfenen Fragen nicht nur aus beruflichen, sondern auch aus persönlichen Gründen schon seit langem beschäftigen (vgl. Vorwort). Dies betrifft insbesondere meine Hypothesen zum Gesundheitsverhalten. Die Gesundheitsverhaltensforschung ist in weiten Teilen eher kognitiv akzentuierten Modellvorstellungen verpflichtet, mit der Folge, dass in der Gesundheitserziehung immer noch die Grundannahme „Verhaltensbeeinflussung durch Informationsvermittlung“ erhalten geblieben ist (Kerkau, S. 25). Dabei wird kaum berücksichtigt, dass der Konsum von Zigaretten und Alkohol, von Drogen und Medikamenten ganz entscheidend auf die „Bewältigung von Entfremdungs- und Unlustgefühlen sowie Streben nach Lustbefriedigung“ (Badura, 1998, S. 158) zurückzuführen ist. Für Betroffene und Suchtforscher liegt es daher auf der Hand, gesundheitsschädliches Bewältigungsverhalten auch als Ausdruck von Süchten und Abhängigkeiten aller Art zu verstehen. Dabei wird „Sucht“ in diesem Zusammenhang nicht als Krankheitskonzept verstanden, sondern als beinahe epidemisch verbreitetes süchtiges Verhalten, das dem Menschen im grauen Alltag der Normalität „kleine Fluchten“ ermöglicht. Vor diesem Hintergrund erscheint mir die Einbeziehung der Suchtforschung und auch der populären Literatur, die sich mit den verschiedensten Abhängigkeiten befasst, sehr zu empfehlen. Für die Suchtforscher ist es offensichtlich, dass „die zentrale psychische Transformationsstelle“ für Abhängigkeiten aller Art „die Emotionalität des Menschen (ist)“ (Schröder, 1997, S. 146), so dass sich aus dieser Forschungsrichtung viele Anregungen für diese Arbeit ergeben. In diesem Zusammenhang trägt die populäre Literatur, die sich an die Betroffenen wendet, sehr dazu bei, den Stellenwert von Gefühlen für die verschiedensten gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen und damit für die Genese von Krankheit (und ergänzend für Gesundheit) nachvollziehen zu können.

Insbesondere im letzten Teil wurde deutlich, dass diese Dissertation Brückenschläge zwischen verschiedenen Disziplinen, aber auch zwischen Wissenskulturen notwendig macht, die normalerweise kaum in Verbindung stehen. Dies lässt eine Platzierung der Arbeit in den Gesundheitswissenschaften unumgänglich erscheinen. Schon der Plural *Gesundheitswissenschaften* bringt zum Ausdruck, dass es sich um ein interdisziplinäres Gebiet handelt, in dem es ausdrücklich erwünscht ist, aus vielen unterschiedlichen Wissenschafts- und Forschungsgebieten Impulse zu erhalten und an möglichst viele bereits bestehende und bewährte Teilgebiete der entsprechenden Disziplinen anzuknüpfen, um die Probleme der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung aus einer erweiterten Perspektive bearbeiten zu können. Nur in einem

solchen interdisziplinären Gebiet, welches ja einen wissenschaftsgeschichtlich neuartigen Versuch darstellt, ist es möglich, ein Arbeitsvorhaben wie das hier geplante durchzuführen. Eine gesundheitswissenschaftliche Ausrichtung ist für diese Arbeit nicht nur wünschenswert, weil sie auf die Entwicklung eines Gesundheitsförderungskonzepts abzielt. Sie ist auch deshalb von zentraler Bedeutung, weil mit ihr viele der bisher über zahlreiche Disziplinen verstreuten Befunde aus einer für die Gesundheitsforschung bedeutsamen „emotionszentrierten“ Perspektive gebündelt und so aufgearbeitet werden sollen, dass sich für die Fragestellungen der Gesundheitsförderung weiterführende Gesichtspunkte ergeben. Ein solches Vorgehen müsste den Anliegen der gesundheitswissenschaftlichen Disziplin eigentlich entgegenkommen, da „nennenswerter Erkenntnisfortschritt nicht mehr alleine durch Abgrenzung und Arbeitsteilung, sondern vor allem durch Disziplinen überschreitende Kooperation zu erzielen ist“ (Badura, 1998, S. 146).

In diesem Zusammenhang möchte ich betonen, dass die Auseinandersetzung mit den vorhandenen Materialien und Forschungsergebnissen zwar theoriegeleitet ist, dass sie sich dennoch aber in erster Linie einem praktischen Erkenntnisinteresse verpflichtet sieht. Dies bedeutet, dass diese Arbeit nicht der Ort sein kann, an dem den Anliegen der verschiedenen Disziplinen und der Komplexität ihrer Theorien umfassend Rechnung getragen wird. Dies ist alleine deshalb nicht möglich, weil die Systematik eines Faches und die fächerübergreifende Bearbeitung eines Themas völlig verschiedenen Prinzipien folgen. Wichtiger erscheint mir, dass sich die Verbindungen, die zwischen den „Daten und Materialien“ gezogen werden, als „passend“ erweisen. Dieser Begriff legt eine Assoziation mit dem konstruktivistischen Begriff der Passfähigkeit oder Viabilität nahe. Für die radikalen Konstruktivisten liegt die Funktion von Wissen nicht im Verfolgen irgendeines Objektivitätsideals. Das Kriterium der Bewährung von Wissen und Erkenntnis ist vielmehr die Lebensfähigkeit, Tauglichkeit oder Passendheit. „Sagen wir andererseits von etwas, dass es >passt<, so bedeutet das nicht mehr und nicht weniger, als dass es den Dienst leistet, den wir uns von ihm erhoffen“ (Glaserfeld, 1997 a, S. 20; vgl. a. Kösel, S. 216 f.). Für eine Arbeit, der es letztlich darum geht, eine fundierte Lösung für eine praxisrelevante Problemstellung in einem wichtigen Bereich der Gesundheitsversorgung zu entwickeln, scheint mir dies ein geeigneter Leitgedanke zu sein.

2 Grundlegende Emotionstheorien

2.1 Zum Begriff und zur Klassifikation der Emotionen

Die Alltagssprache stellt ein breites Spektrum von Begriffen zur nuancenreichen Beschreibung von Gefühlen und Befindlichkeiten zur Verfügung. Viele dieser Begriffe wie Freude, Angst, Liebe, Eifersucht, Neid und Wut sind vertraute Klassiker. Andere Wendungen wie Rührung oder Ergriffensein wirken heute für manche Menschen eher antiquiert. Dafür entstehen immer wieder neue Ausdrücke und Wendungen wie Betroffenheit, Frust, angetörnt oder mies drauf, die dem Menschen des Kommunikationszeitalters dazu dienen, seinen emotionalen Zustand auszudrücken (vgl. Vogel, S. 28). Im Erleben von Gefühlen erfahren wir uns selbst als jemanden, der (oder die) in einer bestimmten Beziehung zu etwas lebt. Fühlen bedeutet, an etwas interessiert, in etwas involviert zu sein (vgl. Heller, 1980, S. 19). Als Urteile über den Wert und die Wichtigkeit, die eine Person oder eine Sache für uns haben, können Emotionen allerdings von so großer Dringlichkeit und Hitze sein, dass sie einen Menschen mit überwältigender Macht zum Handeln drängen und eine Tendenz zeigen, die Kontrolle über die Persönlichkeit zu übernehmen (vgl. Nussbaum, S. 145). Umgekehrt weiß jeder, der eine längere schwermütige und depressive Phase durchlebt hat, wie leer und trist sich das Leben anfühlt, wenn man zu nichts mehr Lust und an nichts mehr Spaß hat. Daher erscheint plausibel, wenn der Philosoph Solomon annimmt, dass das Leben alleine deshalb einen Sinn hat, weil wir empfinden, lieben oder uns leidenschaftlich einmischen. Er behauptet sogar „schlicht und einfach, dass die Gefühle den Sinn des Lebens *bilden*“ (Solomon, 2001, S. XII; Hervorh. i. Original/ U.F.). All dies lässt sehr daran zweifeln, ob der reine, kühle Verstandesprozess, den die Wissenschaft zugrunde legt, überhaupt möglich ist und ob nicht Denken und Fühlen zwei eng verknüpfte, vielleicht nur bedingt unterscheidbare Aspekte eines fortwährenden Bestrebens sind, sich an die Umwelt anzupassen (vgl. Rapaport, 1977). Aber nicht nur das Denken und die Gefühle scheinen eng verknüpft zu sein. Vielmehr machen viele Redewendungen auch deutlich, wie sehr die Gefühle mit dem Körper verbunden sind. „Ich habe einen Kloß im Hals“, „dem ist wohl eine Laus über die Leber gelaufen“, „mir könnte vor Wut der Kragen platzen“, „die Sache liegt mir schwer im Magen“, „mein Herz läuft über vor Glück“ – all dies sind Bilder, mit denen Menschen ihre emotionale Befindlichkeit ausdrücken (Teegen, 1987, S. 103 ff.; vgl. a. Roth, 2001, S. 258f.).

Erste Annäherungen an das Phänomen Emotion

Was sind aber nun Gefühle und wie entstehen sie? In dem Augenblick, wo Gefühle als Tatbestände des Erlebens mit wissenschaftlichen Fragestellungen verbunden werden, wird aus dem lebensweltlichen Gefühl die Emotion. Damit wird aus dem alltäglichen Phänomen ein theoriehaltiger Begriff, zu dem je nach Vorverständnis und Bezugssystem unterschiedliche Fragen gestellt und Erklärungsmodelle oder Theorien entwickelt werden. Wer nun hofft, dass ihm die Psychologie gültige Emotionsgesetze oder eine allgemein anerkannte Theorie der Emotion vermitteln kann, der wird allerdings enttäuscht. So wie zu zahlreichen anderen Phänomenen gibt es auch für die Emotion keine umfassende, allgemein akzeptierte Theorie. Vielmehr existieren viele Theorien nebeneinander, von denen die meisten nur Teilaspekte von Emotionen zu erklären beanspruchen. Die empirische Befundlage zu zahlreichen Fragen ist widersprüchlich, und vor allem gibt es zum Begriff Emotion keine allgemein geteilte, exakte Definition. Eine Definition setzt voraus, dass man etwas über das Phänomen weiß, das definiert werden soll, und

dass man das zu untersuchende Phänomen bereits in all seinen Erscheinungsformen und Ausprägungen kennt. Je mehr man weiß, desto begründeter und konsensfähiger wird die Definition sein. Bisher ist es nicht gelungen, einen solchen Konsens herzustellen. In beinahe jedem Lehrbuch der Emotionen werden Kleinginna und Kleinginna zitiert, die 1981 92 Definitionen gesammelt und versucht haben, diese in zehn Kategorien einzuteilen. Diese Vielfalt an Definitionsversuchen und damit verbundenen Theorieansätzen hat natürlich große Auswirkungen auf die Forschung, die sich bisher sehr heterogen darstellt (vgl. Schmidt-Atzert, S. 18).

Viele Autoren versuchen daher, mithilfe einer Arbeitsdefinition den Gegenstandsbereich Emotionen vorläufig zu charakterisieren und zu umreißen. Eine solche Arbeitsdefinition hat vorübergehenden Charakter und spiegelt den aktuellen Erkenntnisstand wider (vgl. Otto u. a., 2000). Sehr häufig bedienen sich die Emotionspsychologen sogenannter Mehrkomponentendefinitionen. Dabei wird angenommen, dass eine Emotion mit verschiedenen Merkmalen einhergeht, die „als zumindest gut belegte Vermutung angesehen werden, dass Emotionen – was immer sie auch genauer sein mögen – sie aufweisen“ (Meyer u. a., 1997, S. 23 f.). Demnach können emotionale Zustände folgende Komponenten umfassen (vgl. Kruse 1985 u. 1991; Meyer u. a., 1997; Petzold, 1995 b; Scherer, 1990; Schmidt-Atzert, 1996; Traue, 1998):

Subjektive Komponente: Damit wird die Erlebensdimension der Emotion bezeichnet, das Wahrnehmen und Spüren der inneren Regungen und Empfindungen. Nur für diesen Aspekt wird der Begriff Gefühl verwendet. Der Gefühlsbegriff hebt den subjektiven Zustand besonders hervor und bringt zum Ausdruck, dass ein emotionaler Zustand sich in ganz bestimmter Weise anfühlt und dieses charakteristische Erleben sich von anderen Gefühlen in spezifischer Weise zu unterscheiden scheint. Damit verleiht der Begriff Gefühl inneren und äußeren Ereignissen persönlich relevante und subjektiv erlebte Bedeutung. Es wird vermutet, dass jede Emotion eine eigene Qualität von Lust und Unlust besitzt, die sie subjektiv von anderen Emotionen diskriminierbar macht. Nicht immer sind die Gefühle demjenigen, der sie erlebt, ganz klar. In diesen Fällen spricht man von gemischten Gefühlen. Was einem Gefühl seine spezifische Qualität verleiht und wie diese zustande kommt, diese Fragen gehören zu den zentralen Anliegen der Emotionstheoretiker. Eine wichtige – im Weiteren noch zu klärende – Auseinandersetzung dreht sich um die Frage, ob Gefühle Ursache oder Folge körperlicher Begleiterscheinungen sind oder ob sie erst aufgrund kognitiver Bewertungen zustande kommen.

Neurophysiologische Komponente: Emotionen stehen in enger Verbindung zu vielfältigen physiologischen Prozessen. Darunter versteht man körperliche Veränderungen, die Blutdruck, Herzschlagfrequenz, Atmung, Verdauung, Transpiration, Erröten, Muskelaktivität, Schwitzen der Hände etc. und viele weitere Funktionen und physiologische Abläufe betreffen können. Die Emotionen erfüllen auf diesem Weg die Funktion der Aktivierung des Organismus, indem sie Erregungszustände produzieren, die der Handlungsvorbereitung dienen. Häufig wird der physiologische Aspekt von Emotionen mit peripher-physiologischen Veränderungen gleichgesetzt. Neuere Forschungsergebnisse legen aber nahe, dass die Veränderungen nicht nur den Körper im engeren Sinne betreffen, sondern auch das zentrale Nervensystem, das Gehirn. Darüber hinaus nimmt man an, dass an ihrer Entstehung auch die Hormone und das Immunsystem beteiligt sind.

Verhaltensbezogene Komponenten: Darunter wird zum einen **der Ausdrucksaspekt** oder die expressive Komponente von Emotionen verstanden. Im Allgemeinen führen Emotionen zu einem erkennbaren Ausdruck wie Lächeln oder Stirnrunzeln. Emotionen bestimmen sehr präzi-

se die Gesichtsmuskelreaktionen, und es gibt eine hohe interkulturelle Übereinstimmung im mimischen Ausdruck einzelner Emotionen. Gesichtsmuskelbewegungen werden von manchen Theoretikern als wichtige Quelle zur Rückmeldung über eigene Emotionen angesehen. Wichtiger dürfte die expressive Komponente allerdings für die Kommunikation emotionaler Botschaften und die soziale Interaktion sein. In diesem Sinne umfasst die expressive Komponente auch Gestik, Körperhaltung, Orientierung des Körpers in Bezug auf einen Interaktionspartner, Körperbewegungen und bestimmte Teile der Sprechstimme. Gefühle sind immer verbunden mit dem Wunsch, andere Menschen zu beeinflussen (vgl. Tress, 1997, S. 32). Auf diese Weise werden durch Emotionen Handlungsbereitschaften und Intentionen des Individuums in die Umwelt hinein kommuniziert. Diese sozial-kommunikative Funktion der Emotionen wird deutlich, wenn beispielsweise Wut und Zorn Veränderungen im interpersonalen Geschehen bewirken oder Liebe und Sympathie neue Verbindungen erzeugen.

Manche Autoren fassen die Verhaltenskomponente weiter und beziehen auch **den Aspekt des Handelns** mit ein, z.B. Fluchtverhalten und Abwehrreaktionen bei Furcht oder Angriffsverhalten bei Wut (vgl. Meyer u. a., 1997, S. 31). Schon die Wurzel des Wortes Emotion (movere lat. für bewegen; e-movere: hinwegbewegen) deutet darauf hin, dass jeder Emotion eine Tendenz zum Handeln innewohnt. Emotionen haben starke motivationale Auswirkungen und geben Impulse zum Handeln, indem sie für motorische Innervationen sorgen und den Muskeltonus regulieren. Während allerdings bei Kindern Emotionen häufig unmittelbar zum Handeln führen, können wir bei Erwachsenen dagegen beobachten, dass Emotionen als Handlungsimpulse auch von einer manifesten Reaktion gelöst sein können. Gefühle können nicht einfach ausgelebt werden und unterliegen sozialen Normierungsprozessen, die Selbstkontrolle notwendig machen. In diesem Zusammenhang darf daher der soziokulturelle bzw. sozioökologische Kontext nicht vernachlässigt werden, in den emotionales Verhalten und kommunikatives Handeln eingebettet sind.

Kognitive Komponente: Emotionen wirken mit kognitiven Prozessen in der Steuerung von Denken und Handeln zusammen. Es entstehen unwillkürlich Gedanken, die uns eine Zeit lang beschäftigen. Beide Systeme sind aufeinander verwiesen. Emotionen haben in irgendeiner Weise auch Folgen für die kognitiven Abläufe, und sie können mit kognitiven Bewertungen, Selbstverbalisationen oder formelartig verdichteten kognitiven Abläufen verknüpft sein. In verschiedenen Forschungsrichtungen zur Emotion spielt die Frage nach dem Verhältnis von Emotion und Kognition eine zentrale Rolle. Die Annahme, dass für Emotionen nicht Ereignisse per se, sondern die Sichtweise oder Interpretation der Ereignisse durch die Person entscheidend sind, bildet den Kerngedanken der kognitiv orientierten Emotionstheorien. Während die Vertreter dieser Richtung davon ausgehen, dass Emotionen den Kognitionen immer folgen, betonen andere, dass Emotionen für den Wahrnehmenden vor allem die Funktion einer schnellen und automatisierten Bewertung eines Reizinputs auf seine Bedeutung hin haben.

Alle die hier angeführten Komponenten gehören zwar zum Emotionsprozess.³³ Möglicherweise sind aber nicht bei jeder Emotion alle Komponenten in gleicher Weise notwendig für ein

³³ Einige Autoren betonen noch weitere Komponenten. So spricht Kruse (1985, S. 26) auch von einer perceptiven Komponente, d.h. einer schnellen und automatisierten Bewertung eingehender Information bereits auf der Wahrnehmungsebene. Scherer hebt auch die motivationale Komponente hervor sowie die Beobachtung, dass nahezu alle Emotionszustände auch starke motivationale Auswirkungen und differenzierte Verhaltenstendenzen haben (vgl. Scherer, 1990 b, S. 13 f.). Petzold schließlich betont auch die Bedeutung des sozioökologischen Kontextes, der Emotionen nachhaltig beeinflusst (vgl. Petzold, 1995 b, S. 200 ff.). Diese Aspekte

bestimmtes emotionales Erleben. Während für manche emotionalen Prozesse, etwa für Zufriedenheit, eine kognitive Bewertung von inneren und äußeren Stimuli maßgeblich ist, können andere, z.B. Angstreaktionen, auch reflexhaft und sehr schnell ablaufen. Bei vielen Emotionen ist das Ausdrucksverhalten sehr ausgeprägt, bei manchen aber auch nicht, wie etwa bei Schuld. Manche Emotionen wie Wut und Ärger sind sehr stark mit einer physiologischen und endokrinen Aktivierung verbunden, andere, z.B. Neid, dagegen weniger (vgl. Kämmerer, S. 113). Während die Emotionsforschung ihren Fokus häufig auf einzelne Komponenten ausrichtet, reicht ein solches Vorgehen nicht, wenn es darum geht, das Wissen über die Emotionen für die Psychotherapie (vgl. ebd., vgl. a. Kruse, 1985, S. 84) oder auch für die Gesundheitsförderung praktisch nutzbar zu machen. Für ein vertieftes Verständnis emotionaler Prozesse ist eine sorgfältige Analyse des gesamten Emotionsprozesses und aller beteiligten Emotionskomponenten notwendig.

Klassifikations- und Differenzierungsversuche

Neben vielfältigen Versuchen, den Gegenstand Emotion durch eine Darstellung seiner verschiedenen Komponenten einzugrenzen, sind für das Thema auch verschiedene Ansätze von Bedeutung die Emotionen nach ihrer Qualität zu ordnen und zu klassifizieren. Im Alltag werden 50 bis 100 Qualitätstypen von Emotionen unterschieden, wobei sich die sprachlichen Bedeutungsfelder häufig überlappen und es schwierig ist, die Emotionen in unterscheidbare Klassen zu ordnen (vgl. Meyer u. a., 1997, S. 25). Einige Klassifikationen sind dadurch zustande gekommen, dass sprachkompetenten Probanden eine umfangreiche Auflistung von Emotionswörtern vorgelegt wurde, mit der Bitte, diese Emotionen nach inhaltlichen Gruppen zu ordnen. Aufgrund einer Clusteranalyse und weiterer theoretischer Bearbeitung wurden dann spezifische Emotionen differenziert und gegebenenfalls zu Gruppen geordnet (vgl. z.B. Ulich, S. 131 ff.). Solche Klassifikationen geben einen Überblick über die Vielfalt möglicher Emotionen und können hilfreich sein, wenn es beispielsweise darum geht, genauer zu bestimmen, was in einem Individuum vorgeht und welche Bedeutung ein Gefühl oder eine Gruppe von Gefühlen für jemanden hat (vgl. dazu: Petzold, 1995 b, S. 222; Sulz, S. 407).

Zu berücksichtigen ist schließlich auch eine Differenzierung des Oberbegriffs Emotion. So spricht man von einem **Affekt**, wenn es darum geht, kurzzeitige, besonders heftige und intensive Emotionen, die oft mit einem Verlust der Handlungskontrolle einhergehen, zu charakterisieren. Ferner wird zwischen akuten emotionalen Reaktionen und **Stimmungen** unterschieden. Stimmungen stellen situationsübergreifende, länger andauernde Gefühlszustände dar, die bestimmte emotionale Reaktionsmuster prädisponieren. Viele Autoren sehen Stimmungen „hinsichtlich ihrer *Intensität* und *Objektbezogenheit* von geringerer und bezüglich ihrer *Dauer* von größerer Ausprägung als Emotionen an“ (Otto u. a., 2000 b, S. 13; Hervorh. i. Original/ U. F.). Diese Unterscheidung zwischen Emotion und Stimmung ist allerdings nicht unstrittig. Während manche Autoren die Unterscheidung für wenig sinnvoll oder fragwürdig halten (vgl. ebd.), differenziert z.B. Petzold (1995 b, S. 224 ff.) aus psychotherapeutischer Sicht zwischen Stimmungen, Grundstimmung und Lebensgefühl. Er nimmt an, dass Stimmungen, **Grundstimmungen** und **Lebensgefühl** in der Regel eher internale, weitgehend situationsunabhängige emotionale Grundtönungen darstellen. Während Stimmungen mittelfristig überdauern und

wurden bei der Darstellung der Komponenten so weit berücksichtigt, wie es mit Blick auf die Zielsetzung dieser Arbeit notwendig erschien.

sich aus dem Kontext oder durch das Aufkommen erinnelter Atmosphären und Kontexte in einer Person ausbreiten, werden Grundstimmung und Lebensgefühl als langfristig überdauernde, unbewusste bis bewusste persönlichkeitspezifische emotionale Lage oder emotionale Dauertönung charakterisiert. Diese Grundmuster oder emotionalen Stile differenzieren sich über längere Entwicklungsprozesse als Prolongierung von Affekten und Gefühlen unter Ablösung derselben von ihrem ursprünglichen Situationsbezug und ihren einstmals vorhandenen Kommunikationsadressaten (vgl. Petzold, S. 224 f.; vgl. a. hinten Kap. 4).

In der bisherigen Darstellung wurde deutlich, aus wie vielen verschiedenen Perspektiven die Emotionen zu betrachten sind. Dies wiederum macht verständlich, warum an der Erforschung der Emotionen so viele Wissenschaftsdisziplinen interessiert und beteiligt sind. So interessiert sich neben vielen anderen Disziplinen beispielsweise auch die Soziologie, die vor allem an der sozialen Konstruktion von Emotionen interessiert ist, für das Thema. Diese letztgenannte Perspektive wird allerdings in diesem Kapitel noch nicht berücksichtigt, da die soziale Normierung der Emotionen erst begriffen und vollständig rekonstruiert werden kann, wenn die eigentlichen Verursachungszusammenhänge einzelner Emotionen klar und transparent sind (vgl. Vogel, S. 79). Hier geht es zunächst einmal darum, tiefer gehend zu klären, was Emotionen sind, wie sie entstehen und wie auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse der Umwelt-Person-Körper-Bezug zu sehen ist. Dies bildet dann die Grundlage für alle weitere Überlegungen. Die Theorien, die in den nächsten Abschnitten dargestellt werden, sind in der wissenschaftlichen Diskussion um die Emotionen von besonderer Bedeutung. Sie ergänzen und präzisieren das, was in der Darstellung der verschiedenen Komponenten schon andeutungsweise deutlich wurde, und tragen damit wesentlich zu einem vollständigeren Bild des Phänomens Emotion und zum Verständnis des Zusammenwirkens der verschiedenen Emotionskomponenten bei.

2.2 Evolutionspsychologische Theorien

Dieser Ansatz vereint eine Gruppe von Theorien, in denen die Frage nach der Evolutionsgeschichte von Emotionen und den ihnen zugrunde liegenden Mechanismen zentral ist. Grundlegend für diese Forschungstradition ist die Annahme, dass Emotionen komplexe, genetisch präformierte Verhaltensmuster darstellen, die sich im Laufe der Evolution herausgebildet haben, um bestimmte Anpassungsprobleme zu lösen und dem Individuum schnelles, adäquates Handeln zu ermöglichen. So ist die Frage nach der stammesgeschichtlichen Entwicklung von Emotionen bzw. von Emotionsmechanismen eng mit der Frage nach ihrem Zweck, ihrer biologischen Funktion verknüpft.

Viele der evolutionspsychologisch orientierten Modelle nehmen eine bestimmte Anzahl elementarer Emotionen mit unterschiedlichen Funktionen bzw. unterschiedlichen Auswirkungen an, die zumindest in der ursprünglichen Umwelt der Lebewesen adaptiv waren und in jeweils spezifischer Weise dazu beigetragen haben, die Fitness und die Überlebenschance der Spezies Mensch zu erhöhen. Vorläufer dieses Forschungsansatzes finden sich bei Charles Darwin, dem es vor allem darum ging, seine allgemeine Evolutionstheorie durch einige Beobachtungen von Parallelen im emotionalen Ausdruck bei Mensch und Tier zu stützen. Er folgerte aufgrund der Beobachtung verschiedener Menschen aus verschiedenen Teilen der Welt, dass emotionsspezifischer Ausdruck universell verbreitet sei, und ging „ganz selbstverständlich von gut differen-

zierbaren und voneinander unterscheidbaren Emotionen aus“ (Kruse, 1985, S. 19). Diese These wurde von einer Reihe evolutionsbiologisch orientierter Emotionstheoretiker aufgegriffen.

Verschiedene Versuche zur Einteilung und Begründung der Basisemotionen:

Die evolutionstheoretisch beeinflussten Forscher (z.B. Ekman, Izard, Plutchik, Tomkins sind bei ihrer Suche nach den essentiellen, genetisch verankerten Emotionen allerdings zu keinem einheitlichen Ergebnis gekommen (vgl. den Überblick bei Meyer u.a., 1999, S. 159; vgl. a. Mayring, 2003, S. 145 ff.).

Ekman	Izard	Tomkins	Plutchik
	Interesse/Erregung	Interesse	
Freude	Vergnügen/Freude	Freude	Freude
Überraschung	Überraschung/Schreck	Überraschung	Überraschung
Kummer/Traurigkeit	Kummer/Schmerz	Kummer/Traurigkeit	Kummer/Traurigkeit
Furcht	Furcht/Entsetzen	Furcht	Furcht
Ekel	Ekel/Abscheu	Ekel	Ekel
Ärger	Ärger/Zorn/Wut	Ärger	Ärger
Verachtung	Geringschätzung/ Verachtung	Verachtung	
	Schuldgefühl/Reue		
			Erwartung
	Scham/Schüchternheit	Scham	
			Akzeptieren/ Vertrauen

Abb. 3: Die primären Emotionen nach Ekman, Izard, Tomkins und Plutchik

Ekman ging ursprünglich von 6 Basisemotionen aus (Freude, Überraschung, Furcht, Traurigkeit, Ärger und Ekel in Verbindung mit Verachtung). Inzwischen hält er es aufgrund neuerer Untersuchungen allerdings für sinnvoll, Ekel und Verachtung zu unterscheiden (vgl. Ekman, 1992, S. 550). In einer neueren von Roth zitierten Untersuchung, die hier nicht berücksichtigt wird, soll er allerdings von insgesamt 15 grundlegenden Emotionen ausgehen (vgl. Roth, 2001, S. 265 ff.)

Izard unterscheidet 10 grundlegende Emotionen, die er jeweils durch einen Doppelbegriff bezeichnet, wobei der zweite Begriff eine stärkere Intensitätsstufe darstellt als der erste: Interesse-Erregung; Vergnügen-Freude; Überraschung-Schreck; Kummer-Schmerz; Furcht-Entsetzen; Ekel-Abscheu; Ärger/Zorn-Wut; Geringschätzung-Verachtung; Schuldgefühl-Reue; Scham/Schüchternheit-Erniedrigung. Er begründet die Auswahl dieser Emotionen damit, dass jede eine spezifische neuronale Grundlage, einen charakteristischen mimischen Ausdruck und eine eigene subjektive Qualität habe (vgl. Kruse, 1985, S. 20; vgl. a. Ulich, 1992, S. 47).

Plutchik (1980) geht von 8 primären Emotionen aus, denen er jeweils spezifische adaptive Funktionen und Verhaltensweisen zuordnet: (die primäre Emotion) *Furcht* und sich schützen, *Ärger* und zerstören, *Freude* und sich fortpflanzen, *Traurigkeit* und reintegrieren, *Akzeptieren/Vertrauen* und Verbindung herstellen, *Ekel* und zurückweisen, *Erwartung* und erkunden sowie *Überraschung* und sich orientieren (ebd., S. 16).

Tomkins (1980) schließlich postuliert 9 Emotionen „als instinktanaloge, universelle Erlebnisformen“ (zit. n. Ulich, 2003, S. 65). Dabei unterscheidet er 6 negative Basisemotionen: Ärger, Furcht, Kummer, Verachtung, Ekel und Scham sowie 3 positive basale Emotionen: Freude, Interesse und Überraschung (vgl. Tomkins, 1980, S. 142).

Empirische Basis der Theorie der Primär- oder Basisemotionen sind vor allem Beobachtungen, dass einige Emotionen sich in interkulturell vergleichbar ähnlicher Gesichtsmimik auszudrücken scheinen. In verschiedenen Kulturen werden denselben emotionalen Episoden in vergleichbarer Weise dieselben Gesichter zugeordnet. Die Vertreter dieser Theorien betrachten dies wiederum als Beleg für die genetische Verankerung und Determiniertheit der beobachteten Emotionen und ziehen daraus den Schluss, dass es universelle Koppelungen zwischen bestimmten Emotionen und bestimmten Bewegungen der Gesichtsmuskulatur gibt, wobei der mimische Ausdruck ganz bestimmte Anpassungsfunktionen hat.³⁴ Daneben wird von einigen Forschern – u.a. eher beiläufig auch von Darwin – auch ein gefühlsregulierender Effekt angenommen, der darin bestehen soll, dass Rückmeldungen des Ausdrucksverhaltens, insbesondere des mimischen Ausdrucks, das Erleben von Gefühlen beeinflussen und die Gefühlsintensität sowohl verstärken als auch abschwächen können (vgl. Meyer u. a., 1999, S. 56). Diese Ansätze, wonach Emotionen generell nur aufgrund der Rückmeldung körperlicher Veränderungen zustande kommen können, werden im nächsten Abschnitt (2.3) noch genauer betrachtet.

Argumente gegen das Konzept der Basisemotionen

Gegenüber der zunächst sehr schlüssig erscheinenden, häufig durch Abbildungen dokumentierten Annahme, dass die Basisemotionen interkulturell aufweisbar und klar differenzierbar seien, wird eine Reihe von Argumenten vorgebracht, die hier zusammengefasst dargestellt werden soll. Zunächst gibt es keine Übereinstimmung in Bezug auf die Frage, welche und wie viele Emotionen als grundlegend anzusehen sind. Die vergleichenden Auflistungen weisen ein hohes Maß an Heterogenität auf, wobei ein Teil der Unterschiede möglicherweise darauf zurückgeführt werden kann, dass die Autoren unterschiedliche Namen für dieselbe Primäremotion gebrauchen. Darüber hinaus gibt es keine Übereinstimmung in Bezug auf die Kriterien, die herangezogen werden sollen, um eine Emotion als Basisemotion zu klassifizieren (vgl. Meyer u.a., 1999, S. 161; Mayring, 2003, S. 145). Um zu zeigen, dass ein bestimmter Emotionsmechanismus biologisch grundlegend ist, müsste man die entsprechenden charakteristischen, emotionsspezifischen Komponenten nachweisen. Basisemotionen sind ja je nach Autor durch spezifische Muster physiologischer Veränderungen, durch spezifische mimische Veränderungen und Verhaltensimpulse sowie durch spezifische Gefühle etc. charakterisiert. Dafür gibt es aber

³⁴ Diese Anpassungsfunktion kann kommunikativer Art sein, indem Gefühle und Handlungsabsichten signalisiert werden. Sie kann aber auch wie bei dem Ausdruck von Ekel darin bestehen, Unverträgliches aus dem Rachen wieder hervorzubringen und auszuscheiden, oder beim mimischen Ausdruck von Überraschung darin, dass der Mund geöffnet wird und wir uns durch tiefe Einatmung unbewusst auf das Unerwartete vorbereiten. Durch gleichzeitige Öffnung der Augen wird parallel die Informationsaufnahme optimiert (vgl. Meyer, 1999, S. 55 ff.). Beides wird unter dem Begriff der organismischen Funktion zusammengefasst.

„gegenwärtig keine wirklich überzeugenden Belege“ (Meyer u.a., 1999, S. 162). Die „relativ überzeugendsten Belege“ liegen bisher für die Emotionsspezifität des mimischen Ausdrucks vor, auch wenn „diese Evidenz jedoch nicht so stark (ist), wie noch vor wenigen Jahren angenommen wurde“ (ebd., S. 163).

Widersprüchlich ist dagegen die Befundlage zur Frage, ob für unterschiedliche Emotionen auch spezifische körperliche Symptome und echte physiologische Unterschiede zu finden sind (vgl. ebd., S. 164). Auch erfüllen nicht alle Emotionen das zentrale Kriterium des Vorhandenseins einer emotionsspezifischen Handlungstendenz. Während für einige Emotionen dieses Kriterium durchaus zutrifft, dass nämlich die Emotionen mehr oder weniger mit bestimmten Handlungsimpulsen verbunden sind, ist der Zusammenhang in Bezug auf andere Emotionen nicht so eng und zum Teil nicht so eindeutig. Solche Emotionen wie Freude oder Traurigkeit scheinen nicht mit einfach benennbaren Handlungsimpulsen verbunden zu sein. Zuletzt scheint es auch für die Annahme, dass die Basisemotionen psychologisch grundlegend seien, keine überzeugenden Belege zu geben (vgl. ebd., S. 204). Manche Forscher halten es für möglich, dass die meisten Basisemotionen Lust- oder Unlustgefühle als Komponenten enthalten und die Basisemotionen damit möglicherweise als Varianten dieser noch grundlegenden Gefühle aufgefasst werden können (vgl. Meyer u.a., 1999, S. 169).

Eine weitere Kritik richtet sich auch gegen die Grundannahme, dass die postulierten Basisemotionen ihrerseits die Grundlage für alle übrigen sekundären Emotionen darstellen, die sich z.B. aus der Mischung von zwei oder mehr Primäremotionen ergeben können. (Zur ausführlichen Darstellung des hier sehr vereinfachend dargestellten Zusammenhangs vgl. ebd., S. 127 ff. u. S. 204 f.) Tatsächlich ist ein gleichzeitiges Auftreten von Teilkomponenten unterschiedlicher spezifischer Emotionsprozesse aber nur bedingt möglich, da einige dieser Komponenten zum Teil dieselben Reaktionssysteme beanspruchen. „Zum Beispiel kann der Blutdruck oder die Herzfrequenz nicht gleichzeitig zu- und abnehmen, der Mund kann nicht gleichzeitig geöffnet und zusammengepreßt werden, und man kann sich nicht gleichzeitig auf ein emotionsauslösendes Objekt zu- und davon weg bewegen“ (ebd., S. 174).

Weitergehende Erkenntnisse durch Impulse aus der Neurophysiologie

Die hier zusammengefasste Kritik am Konzept der Basisemotionen „bedeutet natürlich keineswegs, dass die Emotionen des Menschen keine biologische bzw. evolutionäre Grundlage besitzen; sie bedeutet nur, dass die den Emotionen zu Grunde liegenden, angeborenen psychischen Mechanismen möglicherweise deutlich anders beschaffen sind als ... evolutionspsychologische Emotionstheoretiker vermutet haben“ (ebd.).³⁵ Eine Lösung der Probleme, die in dieser sehr kontrovers geführten Diskussion immer wieder auftauchen, ist wahrscheinlich aber erst zu erwarten, wenn sich die Forschungsansätze und methodischen Möglichkeiten weiterentwickelt haben. Eine rapide Erweiterung in Bezug auf das Verständnis der Emotionen erhofft man dabei insbesondere von Impulsen aus dem Gebiet der Neurophysiologie (vgl. Scherer, 1990, S. 19).

³⁵ Am Beispiel der Emotion Eifersucht wurde die evolutionspsychologische Hypothese überprüft, dass Eifersucht bei Frauen insbesondere durch emotionale Untreue des Mannes ausgelöst wird und bei Männern dagegen insbesondere durch sexuelle Untreue der Frau. Zwar stützen die Ergebnisse diese Hypothese. Eine endgültige Entscheidung ist allerdings noch nicht möglich, weil auch konkurrierende lern- und sozialisationstheoretische Alternativerklärungen vorliegen (vgl. Meyer u.a., 1999, S. 205).

Für den Neurowissenschaftler LeDoux sind zumindest einige elementare Emotionen biologisch determiniert. LeDoux, der sich auf die Erforschung von Angst konzentriert hat, geht von einer kleinen Zahl elementarer Emotionen aus, neben Furcht und Angst: Zorn, Ekel, Traurigkeit und Freude (vgl. LeDoux, S. 131 ff.). Er sieht in ihnen „sehr wohl Funktionen, die dem Überleben dienen. Da die einzelnen Emotionen aber an unterschiedlichen überlebenswichtigen Funktionen – der Abwehr von Gefahren, der Suche nach Nahrung und Geschlechtspartnern, der Fürsorge für die Nachkommen usw. – beteiligt sind, kann es sehr wohl sein, dass sie jeweils andere Hirnsysteme in Anspruch nehmen, die sich aus unterschiedlichen Gründen entwickelt haben“ (vgl. ebd., S. 111). Den Basisemotionstheoretikern hält er zugute, dass die Nichtübereinstimmung ihrer Listen von elementaren Emotionen zum Teil auf die Wortwahl zurückzuführen sei. Sie „weichen nicht so stark voneinander ab, wie es den Anschein hatte, und zumindest bei einigen Emotionen spricht vieles für eine angeborene, biologische Organisation“ (LeDoux, S. 131). Die Forschungsergebnisse von LeDoux und anderen Hirnforschern werden im Abschnitt 2.5. noch eingehender berücksichtigt.

2.3 Psychophysiologische Theorien

In der historischen Entwicklung der Emotionstheorien nehmen die sogenannten psychophysiologischen Theorien ebenfalls eine zentrale Stellung ein (vgl. Ulich, S. 67). Die erste psychophysiologische Theorie im strengen Sinne ist als James-Lange-Theorie bekannt geworden, weil sie 1890 von dem amerikanischen Philosophen und Psychologen William James und 1885 von dem dänischen Physiologen Carl Lange unabhängig voneinander, aber beinahe zeitgleich entwickelt wurde. Aufgrund ihrer historischen Bedeutung fehlt diese Theorie, von der sich bis in die Gegenwart modifizierte Versionen finden, in keiner Darstellung der Emotionspsychologie.

Die James-Lange-Theorie: eine psychophysiologische Theorie im strengen Sinne

Die Grundaussage der James-Lange-Theorie besagt, dass eine Emotion erst dann entsteht, wenn das Individuum eine körperliche Veränderung oder Empfindung an sich wahrnimmt. Während wir in unserem Alltagsverständnis annehmen, dass die unwillkürlichen körperlichen Empfindungen, die wir an uns wahrnehmen, Folgen oder Begleiterscheinungen des Erlebens von Gefühlen sind (ich weine, weil ich traurig bin), kehrten James und Lange diese Beziehung um (ich bin traurig, weil ich weine). Grundlage des Gefühlserlebens sind nach James und Lange körperliche, vor allem viszerale Veränderungen, die den Emotionen vorausgehen, so dass die Emotion nichts anderes sei als das Empfinden der körperlichen Veränderungen (vgl. Meyer u. a. , 1997, S. 90 ff.). Die Vielfalt der Emotionen ergibt sich demnach aus der Vielfalt der körperlichen Veränderungen und deren Kombinationsmöglichkeiten (vgl. ebd., S. 154). Dahinter steht die Annahme, dass körperliche Veränderungen, die einer Emotion vorangehen, unmittelbar durch die Wahrnehmung eines bestimmten Gegenstands oder Sachverhalts verursacht werden, „das heißt ohne dass andere geistige Prozesse zwischen Wahrnehmung und körperlichen Veränderungen vermitteln“ (ebd., S. 94). Die bloße Wahrnehmung beispielsweise eines gefährlichen Tieres ruft reflexartig diejenigen körperlichen Veränderungen hervor, die wir dann als Furcht empfinden, ohne dass dazwischen ein Bewertungsprozess stattfinden muss.

Zumindest für starke Emotionen scheint diese unmittelbare Reaktion auf einen Reiz, wie Lange sie sah, nicht ganz abwegig. Auch aktuelle Neuroforschung weist darauf hin, dass diese Theorie mehr Berechtigung hat, als die Kritiker ihr zugestehen wollten (vgl. a. 2.5.3).

Heutige Varianten der psychophysiologischen Theorie

Bis in die Gegenwart finden sich modifizierte Versionen der psychophysiologischen Theorien, auch wenn in den meisten neueren Theorien „nicht Rückmeldungen *viszeraler* Veränderungen, sondern Rückmeldungen des Ausdrucksverhaltens, das heißt der Körperhaltung, Gestik und vor allem der Mimik ... als körperliche Basis des Gefühlserlebens angesehen werden“ (vgl. Meyer u.a., 1997, S. 156; Hervorhebung i. Original / U. F.). Diese sogenannten facial-feedback-Theorien, die ja besonders auch von den Erforschern der Basisemotionen vertreten werden (vgl. 2.2), befassen sich mit der These, dass durch willkürliche Veränderungen des Ausdrucks die Gefühle verändert werden können. Demnach soll das subjektive Gefühlserleben direkt von den zugrunde liegenden neuralen und ausdrucksmotorischen Prozessen herkommen und dadurch zustande kommen, dass Veränderungen in der Gesichtsmuskulatur dem Gehirn zurückgemeldet werden. Wenn dies so wäre, dann könnten wir auf eine sehr simple Emotionsbewältigungsstrategie zurückgreifen. Die einfachste Möglichkeit, ein Gefühl loszuwerden, wäre es, einen dem unerwünschten Gefühl gegenteiligen Ausdruck hervorzubringen. Zwar rechtfertigen die empirischen Befunde – es werden signifikante, aber schwache Effekte berichtet – kaum den routinemäßigen Einsatz als Technik des Gefühlsmanagements, aber es erscheint dennoch plausibel, dass ein mit dem Gefühl inkompatibler Ausdruck eine Veränderung im Erleben bewirkt (vgl. Meyer u.a., 1997, S. 157; Schmidt-Atzert, S. 154 ff.; Weber, 1997 a, S. 287).

Insgesamt sind die Forschungsergebnisse zum Zusammenhang von Gefühlen, physiologischen Veränderungen und Ausdruckserscheinungen sehr facettenreich. Zwar scheint eine Reihe empirischer Untersuchungen die These emotionsspezifischer Muster physiologischer Erregung zu stützen. Die Ergebnisse sind aber teilweise widersprüchlich. Die gefundenen Unterschiede konnten bisher nur für wenige Emotionen nachgewiesen werden und waren meist gering (vgl. Meyer u.a., 1997, S. 105 f.; Schmidt-Atzert, S. 175 f.).

Zum Beweis der Rückmeldetheorie und um zu zeigen, dass erst Veränderungen in der Körperphysiologie Emotionen erzeugen, wurden auch verschiedentlich Menschen untersucht, bei denen infolge von Rückenmarksverletzungen der Informationsfluss vom Gehirn zum Körper und vom Körper zum Gehirn weitgehend unterbrochen ist. Eine frühe Studie hatte behauptet, dass die Intensität der Emotionen bei Patienten mit schweren Schädigungen abgestumpft und die Bandbreite der erlebten Emotionen vermindert sei, was für die Auffassung sprach, dass Rückmeldung eine wichtige Rolle spielt. Später zeigte sich, dass diese Untersuchung fehlerhaft war und dass sich bei korrekter Durchführung keine Defizite im emotionalen Erleben zeigen. Diese Ergebnisse lassen es als „sehr zweifelhaft erscheinen, dass physiologische Erregung, Erregungsempfindungen oder auch nur der Glaube, physiologisch erregt zu sein, für Emotionen notwendig sind“ (Meyer u.a., 1997, S. 155; vgl. a. Schmidt-Atzert, S. 152 f.).

Die psychophysiologischen Theorien aus der Sicht der Neurowissenschaft

Solche Ergebnisse, die ja gegen die Rückmeldungstheorie sprechen, beweisen für den Neurowissenschaftler LeDoux gar nichts. Für ihn ist es „kaum zu glauben, dass der Anteil der körperlichen Zustände an den Emotionen nach all diesen Jahren noch immer nicht eindeutig und definitiv geklärt ist“ (LeDoux, S. 317). Er geht davon aus, dass an der Theorie der Rückmeldung etwas dran ist, da Rückenmarksverletzungen den Informationsfluss zwischen Gehirn und Körper nicht vollständig unterbrechen. „So kann der Nervus vagus verschont sein, der viele der Informationen von den viszeralen Organen zum Gehirn übermittelt, und auch der Fluß von Hormonen und Peptiden vom Gehirn zum Körper und umgekehrt wird nicht beeinträchtigt“

(LeDoux, S. 316). „Nimmt man alle Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Systemen zusammen, ergeben sich für die Erzeugung emotionsspezifischer Rückmeldungsmuster atemberaubende Möglichkeiten“ (ebd., S. 315; vgl. a. Damasio, 2000, S. 345). Auch andere Autoren argumentieren, dass heute Dehnungs-, Druck- und Temperaturrezeptoren in den Eingeweiden bekannt sind, „deren Rückmeldungen den bei Emotionen auftretenden Körperempfindungen, wie dem ‚Kloß im Hals‘ oder den ‚Schmetterlingen im Bauch‘ zugrundeliegen könnten“ (Meyer u.a., 1997, S. 106; vgl. a.: Kap. 2.5.2).

2.4 Kognitive Emotionstheorien

2.4.1 Auf dem Weg zu einer Kognitivierung der Emotionstheorien

Anders als die dargestellten psychophysiologischen Theorien, die davon ausgingen, dass ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Wahrnehmung und körperlicher Reaktion besteht, richteten spätere psychologische Erklärungsversuche, die kognitiv-physiologischen Theorien, die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung der Kognitionen bei der Entstehung von Emotionen. Im Rahmen dieser Theorien wurden die Empfindungen körperlicher Erregung zwar als notwendig für Emotionen, aber nicht als hinreichend angesehen (vgl. Ulich, 1989, S. 112).

Als Meilenstein auf dem Weg hin zu einer Kognitivierung der Emotionstheorien gilt die Zwei-Faktoren-Theorie von Schachter und Singer. Sie ist deshalb von großer Bedeutung, weil sie einen Vorläufer der kognitiven Theorien darstellt, die – in erweiterter und sehr viel differenzierterer Form – die Psychologie der letzten Jahrzehnte beherrscht haben. Schachter und Singer nehmen an, dass zur Wahrnehmung einer körperlichen Veränderung noch eine entsprechende kognitive Interpretation hinzukommen muss, damit eine Emotion von bestimmter Qualität entstehen kann (vgl. ebd., S. 112 f.). Emotionen sind nach dieser Theorie post-kognitive Phänomene. Welche Kognitionen zu spezifischen Emotionen führen, darüber wird allerdings keine Aussage gemacht (vgl. Meyer u. a., 1997, S. 118).

Schachter und Singer unterschieden zwei Fälle der Emotionsentstehung: einen üblichen Fall, bei dem man weiß, woher die physiologische Erregung stammt (z.B. Herzklopfen vor einer aufregenden Situation), und einen unüblichen Fall, bei dem man zwar eine physiologische Erregung verspürt, aber nicht weiß, woher diese stammt. In diesem letzteren Fall sehen Schachter und Singer eine Emotion aus einem unspezifischen Erregungszustand entstehen, der nachträglich kognitiv bewertet wird. Derselbe Erregungszustand kann dann je nach Situation ganz unterschiedlich emotional etikettiert werden (einmal z.B. als Freude, einmal als Ärger).

Zur Überprüfung ihrer Theorie führten Schachter und Singer ein immer wieder zitiertes Experiment durch. Dabei wurde Versuchspersonen Adrenalin injiziert in der Annahme, dass die dadurch hervorgerufene, unerklärte Erregung in Abhängigkeit vom Faktor Kognition beliebig in positive und negative Emotionen ausformbar sei, d.h. emotionale Plastizität besitze (vgl. Meyer u. a., 1997, S. 155). Drei unabhängige Variablen wurden in diesem Experiment in unterschiedlichen Versuchsanordnungen verändert: der Faktor physiologische Erregung dadurch, dass entweder Adrenalin oder nicht zur Erregung führende Kochsalzlösung injiziert wurde, der Faktor Erklärungsbedürfnis dadurch, dass die Versuchspersonen in zutreffender oder nicht zutreffender Weise über die Wirkung des Adrenalins informiert wurden; der Faktor emotionale Kognition schließlich dadurch, dass die Versuchspersonen entweder mit einem euphorischen oder ärgerlichen Vertrauten des Versuchsleiters zusammengebracht wurden, dessen euphori-

schες oder ärgerliches Verhalten den Versuchspersonen eine emotionale Einschätzung ihrer Erregung, d.h. eine Kognition nahelegen sollte (zur detaillierten Darstellung vgl. Meyer u. a., 1997, S. 119 ff.).

Als Fazit ist festzuhalten, dass sich die Hypothese von Schachter und Singer, durch künstlich herbeigeführte körperliche Erregung könnten abhängig vom Faktor Kognition beliebig positive oder negative Emotion ausgeformt werden, nur teilweise bestätigt hat. Die Beweiskraft dieser Studie gilt heute als umstritten. Sie wurde vielfach kritisiert und gilt als empirisch wenig oder gar nicht bestätigt (vgl. Meyer u. a., 1997, S. 123 ff.; vgl. a. Schmidt-Atzert, S. 151). Folgeexperimente von Marshall und Zimbardo und von Maslach haben dagegen gezeigt, dass durch Adrenalin hervorgerufene Erregung „vielmehr in konsistenter Weise mit negativen Emotionen verbunden zu sein (scheint)“ (Meyer u. a., 1997, S. 143). Dies wird von den Forschern damit erklärt, dass unter natürlichen Bedingungen eine erhöhte Adrenalinausschüttung besonders mit Zuständen von Angst verknüpft ist. Sie schlussfolgern daher, dass wir unsere biologische Hardware vielleicht höher einschätzen sollten (vgl. ebd.).

Trotz aller kritischen Stellungnahmen und Widerlegungen der Theorie von Schachter und Singer gilt die Zwei-Faktoren-Theorie der Emotion als Meilenstein in der Geschichte der Emotionspsychologie. Sie steht historisch betrachtet zwischen physiologisch orientierten Theorien wie der von James und Lange einerseits und modernen kognitivistischen Theorien wie der von Lazarus andererseits. Der Wert dieser Theorie wird vor allem darin gesehen, dass sie die Bedeutung des Denkens, der Kognitionen für das emotionale Erleben hervorgehoben und in das Zentrum des Interesses gerückt hat, auch wenn das Zwei-Komponenten-Modell noch nicht im strengen Sinne als kognitives Modell eingeordnet werden kann, weil die physiologischen Erregungsvorgänge immer noch eine entscheidende Rolle spielen (vgl. a. Mees, S. 334).

2.4.2 Ein echter kognitiver Ansatz: Das Modell von Lazarus

Unter der Bezeichnung „kognitive Emotionstheorie“ bzw. „kognitive Bewertungstheorie“ werden jene Theorien zusammengefasst, die annehmen, dass die verschiedenen Emotionen durch unterschiedliche Bewertungen und Interpretationen von Situationen und Ereignissen veranlasst werden. Die bekannteste dieser Theorien stammt von dem amerikanischen Psychologen Lazarus. Dieser hat mit seiner „kognitiven Gefühlstheorie“ (Lazarus u.a., S. 158) den wohl bedeutendsten Ansatz dieser Theorierichtung veröffentlicht und diesen seitdem kontinuierlich präzisiert und erweitert. Obwohl Lazarus (z.B. 1991) verschiedentlich die Bedeutung der Stressreaktion als einer emotionalen Reaktion herausgestellt hat, ist seine Theorie vor allem als eine umfassende Stresstheorie bekannt, auf die sich Vertreter der verschiedensten Wissenschaftsdisziplinen beziehen. Zahlreiche Wissenschaftler sehen in dem Modell von Lazarus ein „vereinheitlichendes Konzept mit hohem Integrationswert“ (Kruse, 1991, S. 62). Auch für die Gesundheitswissenschaften bietet das erweiterte Stressmodell zahlreiche Ansatzpunkte für eine disziplinübergreifende Konzeptualisierung der vielfältigen Forschungsergebnisse (vgl. Badura, 1993, S. 75). Aufgrund seiner zentralen Bedeutung für die vorliegende Arbeit wird das Stressmodell von Lazarus hier besonders eingehend dargestellt und diskutiert.

Stress ist nicht nur Reiz oder Reaktion, sondern transaktionales Geschehen

Nach dem Verständnis von Lazarus reicht ein lineares, einseitig gerichtetes Modell nicht aus, um das Verständnis von Stress und das Wechselspiel zwischen Individuum und Umwelt zu verdeutlichen. Einseitig gerichtete Modelle sehen Stress entweder als schädigenden Umweltreiz

– als Stressor – oder verstehen wie die Gegenposition unter Stress die Reaktion des Organismus, die nach bestimmten Gesetzmäßigkeiten abläuft (vgl. Lazarus u. Launier, S. 220 ff.). Lazarus dagegen sieht den Stressvorgang als Geschehen, in dem Person und Umwelt in einer bestimmten Beziehung der wechselseitigen Beeinflussung (Transaktion) stehen. Die transaktionale Beziehung zwischen Person und Umwelt besteht darin, dass sich beide gegenseitig beeinflussen und verändern. In diesem Ansatz „(beschränkt) Stress sich nicht auf Input oder Output, sondern (spiegelt) eine Verbindung zwischen einer sich verändernden Situation und einer denkenden, fühlenden und handelnden Person wider“ (Schwarzer, 2000, S. 14). Die Person wird sowohl als aktiv gestaltend, als auch auf die Umwelt reagierend betrachtet (vgl. Lazarus u. Launier, S. 258). Anders als von Laien häufig angenommen, sind Stressoren nach der Auffassung von Lazarus also nicht einfach äußerliche Ereignisse, die für die Auslösung von Stress verantwortlich zu machen sind. Zum Stressauslöser werden Ereignisse nach dem transaktionalen Konzept erst aufgrund von Bewertungsprozessen. Entsprechend führt Lazarus in seinem transaktionalen Modell die Beziehungen zwischen Person und Umwelt auf verschiedene Formen der Wahrnehmung und Bewertung zurück (vgl. Abb. 4). Mit diesem Konzept sind daher auch interindividuelle Unterschiede hinsichtlich der Art, Intensität und Dauer ausgelöster stressrelevanter Prozesse unter sonst – für verschiedene Personen – gleichartigen Umweltbedingungen zu erklären.

Abb. 4: Das transaktionale Stress-Coping-Modell (nach Hampel u. Petermann, S. 58)

Erst die Bewertung der Situation und der eigenen Ressourcen löst Stress aus

In der Theorie von Lazarus wird die kognitive Einschätzung oder Bewertung, von ihm appraisal genannt, zum zentralen Bestimmungsstück von Stress. Dabei treten zwei Aspekte dieses Einschätzungsprozesses ungefähr gleichzeitig auf: die primäre Einschätzung (**primary appraisal**), bei der eine Situation auf ihren Bedrohungs- bzw. Herausforderungsgehalt geprüft wird, und die sekundäre Einschätzung (**secondary appraisal**), bei der das Individuum prüft, ob ihm entsprechende Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Wenn das Individuum sich nicht bedroht, geschädigt oder herausgefordert sieht oder zu der Einschätzung kommt, dass ihm genügend Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, dann entsteht kein Stress, und der Bewertungsprozess ist beendet. Stress tritt erst dann auf, wenn eine Person ein Missverhältnis zwischen situativen Anforderungen und Ansprüchen einerseits und den eigenen Handlungsmöglichkeiten andererseits erfährt und diese Diskrepanz als bedrohlich erlebt.

Wenn die einzelnen Phasen des Stressgeschehens im Folgenden detailliert dargestellt werden, ist doch zu betonen, dass sie eng verwoben und nur analytisch trennbar sind. Zudem sind Person und Umwelt durch die Bewältigungsversuche und externe Faktoren ständig in Veränderung begriffen, so dass die stressbezogenen Einschätzungen immer wieder neu vorgenommen werden müssen. Dieser Vorgang der Neubewertung wird von Lazarus als **reappraisal** bezeichnet. Entscheidend ist, wie die betroffene Person diese Situation erlebt. Prinzipiell kann das persönliche Erleben statt von realen Gefahren auch von einer verzerrten Sicht, einer vorweggenommenen Befürchtung oder durch ein Phantasieprodukt ausgelöst werden. Wie in weiteren Teilen der Arbeit noch deutlich wird, müssen daher in diesem Zusammenhang neben den Anforderungen der äußeren Situation auch interne Anforderungen berücksichtigt werden, die das aktuelle Stresserleben in Form emotionaler Erfahrungen beeinflussen.

Lazarus unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen Schaden/Verlust, Bedrohung oder Herausforderung. Die **Schaden/Verlust**-Einschätzung richtet sich auf ein Ereignis in der Vergangenheit, also auf eine bereits eingetretene Schädigung, z.B. eine beeinträchtigende Verletzung, den Verlust einer nahe stehenden Person, eine Störung des Selbstwertgefühls oder der sozialen Anerkennung oder ein erschüttertes Selbst- und Weltbild. Dagegen richten sich Bedrohung und Herausforderung auf bevorstehende Gefahren und Gelegenheiten. Wird ein Ereignis als **Bedrohung** bewertet, dann heißt das, dass die Person eine Schädigung oder einen Verlust antizipiert. Andererseits beinhaltet die Bewertung einer Stress-Situation als **Herausforderung** die Aussicht auf ihre erfolgreiche Bewältigung und die Möglichkeit sich weiterzuentwickeln und persönliches Wachstum zu fördern, indem mehr als die normalen Fähigkeiten aktiviert werden (vgl. Lazarus u. Launier, S. 235 f.; vgl. a. Schwarzer, 2000, S. 15).

Nachdem die Person die Situation betrachtet und eingeschätzt hat, was da auf sie zukommt, folgt die sekundäre Bewertung (**secondary appraisal**), in deren Verlauf die eigenen Bewältigungsfähigkeiten- und -möglichkeiten (Lazarus u. Launier sprechen hier von Coping-Ressourcen bzw. Coping-Optionen) in Hinblick auf einen erfolgreichen Abschluss der stressbezogenen Auseinandersetzung eingeschätzt werden. Dabei bestimmt die primäre Bewertung Intensität und Qualität der sekundären Bewertung und umgekehrt. Beispielsweise kann das Wissen, dass eine Gefahr besteht, zur Suche nach Informationen veranlassen oder es kann durch die Überzeugung einer Person, eine Gefahr überwinden zu können, diese Gefahr subjektiv an Bedeutung verlieren. Andererseits kann eine Person sich angesichts einer Situation, die sie als bedrohlich bewertet, z.B. ein bevorstehendes Bewerbungsgespräch, sich auch als ganz hilflos

sehen und von vorneherein jeden Versuch, die Situation zu beeinflussen, für aussichtslos halten (vgl. Lazarus u. Launier, S. 238 ff.).

Die sekundäre Einschätzung umfasst Merkmale der Person, ihrer Kompetenzen und personalen Ressourcen ebenso wie Merkmale aus der Umwelt, z.B. das Vorhandensein eines sozialen Netzes oder anderer adaptiver Ressourcen wie Geld oder Gesundheit. Dabei spielen im Zusammenhang mit dem Stressgeschehen die Persönlichkeitsvariablen eine besondere Rolle, weil man vermutet, daß personenspezifische Bewertungsmuster als „generalisierte Überzeugungen im Hinblick auf eigene Verhaltensmöglichkeiten“ (Krohne, S. 271) fungieren und Menschen zum Erleben spezifischer Emotionen prädisponieren. Vor diesem Hintergrund werden diese relativ stabilen personalen Merkmale im folgenden Kapitel 3 noch eingehend untersucht.³⁶

Verschiedene Coping-Strategien helfen bei der Stressbewältigung

Je nachdem, in welchem Verhältnis die adaptiven Ressourcen zu den situativen Anforderungen stehen, kommt es entweder gar nicht erst zum Stress – dies ist der Fall, wenn die adaptiven Ressourcen überwiegen –, oder es wird ein Bewältigungsprozess eingeleitet, der nach Lazarus und Launier unterschiedliche Formen annehmen kann. Danach besteht Bewältigung „sowohl aus verhaltensorientierten als auch intrapsychischen Anstrengungen, mit umweltbedingten und internen Anforderungen sowie den zwischen ihnen bestehenden Konflikten, die die Fähigkeiten einer Person beanspruchen oder übersteigen, (fertig zu werden)...“ (Lazarus u. Launier, S. 244). Dies kann erreicht werden durch eine Veränderung der Person-Umwelt-Beziehung bzw. des Stressereignisses selbst oder aber durch die Regulierung von Emotionen.

Unter diesen Oberbegriffen, nämlich Änderung der gestörten Transaktion (instrumentell) und Regulierung der Emotion (Palliation) (vgl. ebd., S. 245), fassen Lazarus und Launier dann die verschiedenen Bewältigungsformen zusammen: „Informationssuche“, „direkte Aktion“, „Aktionshemmung“ (das Unterlassen von Handlungen), und „intrapsychische Bewältigung“. Dabei unterstreichen sie, dass die übergeordneten Kategorien der Bewältigung (Änderung der gestörten Transaktion und Regulierung der Emotion) nur eine Unterscheidung nach der Funktion bedeuten und betonen ausdrücklich, dass jede der vier Bewältigungsformen sich auf jede der beiden Hauptfunktionen, also sowohl auf die instrumentelle, als auch auf die emotionsregulatorische beziehen kann (vgl., ebd., S. 252 f.). Daher kann beispielsweise selbst eine intrapsychische Bewältigungsform, wie die Selbstberuhigung, auch einen instrumentellen Wert haben, wenn eine Person diese Strategie anwendet um vor einer entscheidenden Prüfung ihre Angst zu mindern (vgl. ebd.).

Diese Auffassung wurde anlässlich einer empirischen Überprüfung der von Lazarus und Mitarbeitern entwickelten „Ways of coping checklist“, eines Instruments zur Erfassung des individuellen Bewältigungsverhaltens, bestätigt. Als wichtigste Ergebnisse fanden die Autoren, dass weniger als 2 % der berichteten Ereignisse entweder nur problemorientiert oder nur emo-

³⁶ Im Fall der primären Einschätzung kann auch von Ereigniswahrnehmung oder Situationsmodell gesprochen werden im Unterschied zur Ressourcenwahrnehmung oder dem Selbstmodell, die bei der sekundären Einschätzung im Vordergrund stehen. Da die erste und zweite Einschätzung nicht in einer festen zeitlichen Reihenfolge ablaufen, wie es die Terminologie nahe legt, meint der Gesundheitspsychologe Schwarzer, dass es zur Vermeidung von Missverständnissen vielleicht günstiger gewesen wäre, von „event appraisal“ und „resource appraisal“ zu sprechen (vgl. Schwarzer, 2000, S.19).

tionsorientiert beantwortet wurden. Die Erfassung von Bewältigungsverhalten muss demnach stets beide Coping-Funktionen berücksichtigen (vgl. Rüger u.a., S. 23). Da in der Coping-Forschung eine Tendenz besteht „fein säuberlich zwischen der Ebene des faktischen Problemlösens und der emotionalen Bewältigung zu trennen“ (Franke u.a., 2001, S. 48), kann dies nicht deutlich genug herausgestellt werden (vgl. zu den Klassifikationsschwierigkeiten in der Coping-Diskussion auch hinten Kap. 6.2.2).

Bewältigung bedeutet nicht automatisch erfolgreiche Bewältigung

Bei beiden – den problem- und den emotionsorientierten – Bewältigungsformen ist keinesfalls gesichert, dass die Versuche auch erfolgreich ausgehen. Im Begriff Bewältigung schwingt ja die Bedeutung „erfolgreiche Bewältigung“ mit, wodurch die Grenzen verschleiert werden, an die individuelle Bewältigungsversuche ja durchaus stoßen können. Tatsächlich können Bewältigungsversuche aber gelingen oder misslingen. Entweder zeigen Bewältigungsversuche unmittelbare Wirkungen, z.B. indem die Erregung abflaut, die auslösende Situation überwunden ist oder die Gefühlslage sich ändert. Wenn es dagegen nicht gelingt, ein Problem unter Kontrolle zu bringen, bleibt der Organismus der kritischen Situation, dem Stressor ausgesetzt und kann dadurch auf Dauer geschädigt werden. Unter diesen Umständen „muß man auch mit langfristigen Konsequenzen rechnen, wie z.B. seelischem oder körperlichem Missbefinden oder sozialen Spannungen“ (Schwarzer, 2000, S. 17). Aber auch wenn Wiederanpassung gelingt, geschieht dies mit einem hohen Aufwand. „Coping, ob erfolgreich oder nicht, ist mit Kosten verbunden, mit Anstrengungen, die den Organismus auf Dauer überfordern oder schwächen können und somit verletzbar machen“ (ebd., S. 46). Während Stress sich auf die Einschätzung bezieht, stellt Coping oft einen langen, schmerzhaften Bewältigungsprozess dar.

Die Lazarus-Theorie: eine kognitive Emotionstheorie

Deutlich wurde bisher, dass Lazarus die subjektive Bedeutsamkeit und Wertigkeit belastender Ereignisse und die individuellen Bewältigungskapazitäten sehr betont. Die Theorie stellt einen sehr komplexen Ansatz von Einschätzungs- und Bewältigungsvorgängen sowie von daran beteiligten situativen, persönlichen und sozialen Voraussetzungen und Konsequenzen dar. Immer wieder hat Lazarus dabei auch die Bedeutung der Emotionen herausgestellt und seine Theorie gelegentlich auch als Emotionstheorie bezeichnet (vgl. 1991; vgl.a. Lazarus u.a.). Emotionen stellen wie Stress eine Reaktion auf bewertende Urteile (appraisals) dar. Dabei hängt es von der Art der Bewertung und den dabei betroffenen, wichtigen Anliegen einer Person ab, welches Gefühl diese Person erlebt. „Appraisal generates emotion“ (Lazarus, 1991, S. 164). So „wird z.B. angenommen, dass bei Herausforderung eine Art ‘produktiver Erregung’ oder auch Ärger dominiert, bei Bedrohung vor allem Angst und bei Verlust bzw. Schädigung in erster Linie eine depressive Verstimmung, die sich aus Hoffnungslosigkeit, Passivität und Traurigkeit zusammensetzt“ (vgl. Schwarzer, 2000, S. 41).

Lazarus betont ausdrücklich den Unterschied zwischen bloßem Wissen (knowledge) und einer emotionsrelevanten Bewertung (appraisal).³⁷ Wissen kann nur dann zur Grundlage von Gefühlen werden, wenn es daraufhin beurteilt wird, ob wichtige persönliche Anliegen betroffen sind.

³⁷ „Knowledge has to do with beliefs about how things work in general and in specific contexts. Appraisal is a personal evaluation of the significance of this knowledge ... Knowledge is apt to be cold, appraisal hot and more proximal to emotion because it has to do with what a person has at stake in an encounter or in life“ (Lazarus, 1991, S. 168).

Wenn es keine subjektive Bedeutsamkeit von Ereignissen, keine Interessen und Anliegen, keine Sorgen und keine Hoffnungen gäbe, dann gäbe es keine Verletzbarkeit, keine Betroffenheit, keine Emotionen und keinen Stress. Obwohl Lazarus betont, dass Emotion und Kognition „highly interdependent“ seien (Lazarus, 1991, S. 212), hebt er doch die kausale Rolle der Kognition für das Entstehen der Emotion hervor. Auch die Tatsache, dass Emotionen sehr schnell hervorgebracht werden können, könne nicht die Behauptung widerlegen, dass appraisal eine notwendige Bedingung für das Entstehen einer Emotion sei. „Cognitive activity plays a causal role in emotion“ (ebd., S. 211). Eine Person muss erst ihre spezifische Beziehung zu ihrer Umwelt einschätzen, damit die Emotion, die mit diesem Bewertungsmuster einhergeht, entstehen kann (vgl. ebd.).

Zur Kritik der Lazarus-Theorie in der Psychologie

Die Sicht von Lazarus repräsentiert nach Einschätzung des Gesundheitspsychologen Schwarzer das Denken der meisten Psychologen. Viele Autoren teilen die Bewertungshypothese, die sehr plausibel erscheint, deren empirische Überprüfung jedoch große Schwierigkeiten mit sich bringt (vgl. Schwarzer, 2000, S. 17). Die Theorie wird daher als eine komplexe philosophisch-psychologische Sicht des Lebens gesehen, die allerdings mit Schwächen für die Operationalisierung und die empirische Kritik verbunden ist. Eine Diskussion mit Zajonc (vgl. 1980, 1984), der in einem Grundsatzreferat dargelegt hatte, dass Emotionen auch ohne kognitive Befunde entstehen können, blieb daher unfruchtbar (vgl. Schmidt-Atzert, S. 73).

In den letzten Jahre haben die kognitiven Theorien die Diskussion in der Psychologie weitgehend beherrscht. Dabei werden den Emotionen zwar bestimmte Handlungstendenzen wie Flucht oder Vermeidung zugeschrieben, die eingeschlagen oder unterdrückt werden können, und den Emotionen wird ein bestimmter Informationswert beigegeben. So könnte Angst z.B. die Bewertung ausdrücken, einer Bedrohung nicht mit ausreichenden Mitteln begegnen zu können. Die Frage bleibt aber, worin der eigenständige Charakter der Emotionen besteht, wenn alle entscheidenden Funktionen bei den Kognitionen bleiben. „Für die Emotionen bleibt etwa so viel übrig, wie für das Öl im Getriebe, das Kräfte nicht selbst umsetzt, aber doch dazu beiträgt, dass alles glatt läuft“ (Kruse, 1985, S. 23). Die Darstellung wichtiger Erkenntnisse zur Biologie der Emotionen, die im folgenden Abschnitt erfolgt, wird diese kognitive Sichtweise relativieren.

2.5 Die Biologie der Emotionen

Die Theorie von Lazarus verdeutlicht, warum Emotionen und Stress in der Person-Umwelt-Beziehung von so großer Bedeutung sind. Emotionen spielen eine wesentliche Rolle, weil sich in ihnen subjektive Bedeutsamkeit, Betroffenheit, Engagement, Hoffnung und Sorge ganz unmittelbar ausdrücken. Menschen reagieren sehr unterschiedlich auf neuartige, unbekannte Situationen. Sie können interessiert und aktiv gestaltend auf das Neue zugehen, mit großem Vertrauen in ihre Bewältigungsmöglichkeiten, oder sie erleben Neuartiges eher als unangenehme Konfrontation mit dem Unbekannten, befürchten, dem nicht gewachsen zu sein, und reagieren eher ängstlich. Je nachdem, wie Menschen ihr Erleben regulieren, spielen negative oder positive Emotionen eine große Rolle. Diese subjektiven Reaktionen beeinflussen über das Zentralnervensystem die Organe und die Körperphysiologie. Die psychosoziale und die biologische Komponente hängen eng zusammen in der Weise, dass „einer der wichtigsten Indikatoren für Stress die Emotionen sind und dass andererseits der Organismus auf alle Einwirkungen in ers-

ter Linie psychoemotional reagiert“ (Seefeldt, S. 39). Zu diesem hier postulierten Zusammenhang werden im Folgenden Theorien und Annahmen dargestellt, die verdeutlichen, durch welche Mechanismen die Emotionen auf den Körper wirken.

2.5.1 Die Stressregulation

In diesem Abschnitt werde ich zunächst zeigen, was im Körper passiert, wenn ein Mensch in Stress gerät (vgl. Birbaumer u. Schmidt, 1999; Miketta, 1997; Schedlowski u. Tewes, 1996; Seefeldt, 2000). Darauf aufbauend wird dann dargestellt, wie die an der Stressreaktion beteiligten Mechanismen noch weiter differenziert werden können, so dass die Muster verschiedener überwiegend negativer Emotionen in ihren Umrissen deutlich werden. In einem weiteren Abschnitt soll darüber hinaus auch deutlich werden, wie solche emotionalen Grundmuster im Verlauf der menschlichen Entwicklung entstehen. Die positiven Emotionen werden erst in einem daran anschließenden Teil berücksichtigt. Die diesbezüglichen neurophysiologischen Systeme sind zwar nicht ganz isoliert von der Stressregulation zu betrachten. Aus Gründen der Übersichtlichkeit erscheint es aber günstiger, diese getrennt davon und im Zusammenhang darzulegen.³⁸

2.5.1.1 Die beiden Achsen der Stressreaktion

Alles, was wir über unsere Sinnesorgane aufnehmen, wird zunächst im **Gehirn** in eine Nervenzellaktivität umgewandelt. Alle Signale von den Sinnesorganen, wie Augen, Ohren oder Haut³⁹, passieren zunächst den Thalamus, der in der Mitte des Gehirns als Zentralvermittlung fungiert und die Signale an die entsprechenden Zentren, z.B. an das **limbische System** und an den Cortex (das Großhirn) weiterleitet. Das limbische System – dessen Bedeutung im Teil 2.5.3. noch genauer betrachtet wird – gilt als das für unser Gefühlsleben zuständige System und besteht aus der Amygdala (Mandelkern), dem Hippocampus und dem Hypothalamus. Im **Hypothalamus**, dem **Zentrum des limbischen Systems**, findet sich konzentriert eine Vielzahl von Funktionen. Hier werden die vegetativen und die endokrinen Systeme koordiniert. Der Hypothalamus ist einerseits das Befehlszentrum des vegetativen oder autonomen Nervensystems, das die unwillkürlichen Funktionen z.B. des Herzens, der Atmung, der Darmtätigkeit etc. steuert. Andererseits ist er durch Nervenbahnen und durch Blutgefäße eng mit der **Hypophyse**, der Hirnanhangdrüse verbunden, die als wichtigste Drüse des endokrinen Systems gilt. Dadurch ist eine Achse gebildet, die die wichtigste Schaltzentrale für die Regulation des Hormonhaushaltes darstellt. Der Hypothalamus produziert verschiedene Hormone, die ihrerseits in der Lage sind, über die Hypophyse oder die Blutbahn andere Hormone freizusetzen oder zu hemmen. (Eines dieser Hormone ist der Corticotropin Releasing Factor, das CRF, auf dessen Bedeutung weiter unten noch eingegangen wird.) Das vegetative Nervensystem und die Hormone fungieren als wichtige Vermittler zwischen Gehirn und Körper.

³⁸ Eine Unterscheidung zwischen positiven und negativen Emotionen erscheint zwar mit Blick auf mögliche Gesundheitsgefährdungen angemessen. Aus einer psychologischen oder philosophischen Perspektive aber sollte sie vermieden werden, weil alle Emotionen, „positive“ wie „negative“, eine Orientierungsfunktion haben und uns über unsere Beziehung zu uns selbst und zur Welt aufklären.

³⁹ Nur „der Geruchssinn hat über den Riechnerv der Nase eine direkte Verbindung zum limbischen System“ (Miketta, 1997, S. 37).

Die erste Stressachse (Hypothalamus-Hypophyse-Nebennierenmark)

Das **vegetative oder autonome Nervensystem** geht aus dem Rückenmark hervor und stellt eine Verbindung her zwischen dem zentralen Nervensystem und dem Eingeweide- und Drüsensystem. Das autonome Nervensystem besteht aus zwei Hauptsträngen, dem Sympathikus und dem Parasympathikus. Diese beiden kontrollieren die vom Willen unabhängigen Körperfunktionen und regulieren die Funktionen der inneren Organe, wie Atmung, Herzfähigkeit, Darm- und Blasenentleerung, Drüsentätigkeit etc., wobei sie entgegengesetzt wirken. Je nachdem, welche Anteile des Hypothalamus gereizt werden, kommt dem Sympathikus oder dem Parasympathikus, mit seinem Hauptvertreter, dem Vagusnerv, größere Bedeutung zu. Über die Innervierung der Nebenniere, genauer des Nebennierenmarks, setzt das sympathische Nervensystem die Neurotransmitter Adrenalin und Noradrenalin frei, die in Sekundenbruchteilen bestimmte Abläufe im Körper ankurbeln, andere dagegen hemmen. Je nachdem, mit welchen Rezeptoren die Organe ausgestattet sind, sorgen Adrenalin und Noradrenalin für eine Leistungs- und Aktivitätssteigerung in einigen Teilen des Körpers und für abbauende, katabolische Stoffwechselfvorgänge in anderen Teilen, die für die Stressreaktion nicht unmittelbar gebraucht werden. Unter dem **Einfluss des Sympathikus** steigt beispielsweise die Herzfrequenz, und es erweitern sich bestimmte Arterien, damit mehr Blut in die Lunge sowie in die Herz- und Skelettmuskulatur fließt. Die Aktivität des Magen-Darm-Traktes wird dagegen gesenkt. Wenn der Stress schließlich abflaut, kehren sich die Verhältnisse um. Dann überwiegt der **Einfluss des Parasympathikus**, der als Neurotransmitter das Acetylcholin benutzt, und wirkt sich genau gegenteilig aus. Er leitet Ruhe, Regeneration, Erholung und eher anabole, d.h. aufbauende Stoffwechselfvorgänge ein. Es kommt zu einer Senkung der Herzfrequenz, zu einer Verengung der Atemwege und zu einer Steigerung der Magen-Darm-Bewegung.

Die zweite Stressachse (Hypothalamus – Hypophyse – Nebennierenrinde)

Neben dieser ersten Hypothalamus-Sympathikus-Nebennierenmark-Achse ist eine zweite **Hormonachse** für das psychoemotionale Geschehen von großer Bedeutung. Der Ausdruck Hormon stammt vom griechischen Wort „hormao“, was soviel bedeutet wie stimulieren, antreiben. Diese zweite wichtige Achse verläuft vom Hypothalamus über die Hypophyse zur Nebennierenrinde. In einem Kerngebiet des Hypothalamus wird zunächst das CRH, das Corticotropin-Releasing-Hormon produziert. Dieses CRH wandert in den Hypophysenvorderlappen und aktiviert dort die Ausschüttung des ACTH (des adrenocorticotropen Hormons, auch Corticotropin genannt), welches seinerseits über das Blut zur Nebennierenrinde gelangt und dort unter anderem die Produktion von Cortisol fördert. Die zuletzt beschriebene Hormonachse wird auch als CRH-ACTH-Cortisol-Achse beschrieben. CRH ist allerdings nicht alleine für den Start der Reaktionskette verantwortlich. Daran arbeiten auch andere Transmitter wie Noradrenalin oder Vasopressin und Botenstoffe aus dem Immunsystem mit.

Das **Cortisol** wird zusammen mit einer Reihe anderer Glucocorticoide, z.B. Cortison, von der Nebennierenrinde in den Blutkreislauf abgegeben. Die Nebennieren sitzen als kleine Drüsen oben auf jeder Niere. Bei Stress, aber auch bei verschiedenen anderen Reizen wie Kälte, Hitze, Lärm und körperlicher Anstrengung wird die Produktion von Cortisol gefördert. Cortisol beeinflusst viele Gewebe- und Stoffwechselprozesse im Körper und stattet den Menschen für kurze Stressphasen mit Energie aus, indem z.B. Fett und Blutzucker aus den Depots freigesetzt werden. Hunger, Durst und Sexualtrieb werden unterdrückt. Damit es nicht zu überschießenden Reaktionen kommt, ist durch einen Feedback-Mechanismus gleichzeitig dafür

gesorgt, dass das Cortisol durch seine Konzentration im Blut die CRH- und ACTH-Ausschüttung hemmt, also die Produktion jener Hormone, die der Cortisol-Ausschüttung vorangehen. Sobald also der Hypothalamus und die Hypophyse eine erhöhte Cortisol-Konzentration registrieren, wird die Produktion dieses Hormons gestoppt. Das Cortisol hat sehr vielfältige Funktionen. Die positive Wirkung, die das Cortisol im kurzzeitigen Einsatz auf den Körper hat, verkehrt sich aber ins Gegenteil, wenn der Cortisolspiegel über längere Zeit erhöht ist.⁴⁰

Wie Stress den Organismus schädigen kann

Diese Mechanismen, die über das Nervensystem einerseits und das Hormonsystem andererseits ablaufen, sind im Zusammenhang mit dem Auftreten von Stress vielfach beschrieben worden. Dabei wurde die Summe aller sich im Körper abzeichnenden Stressauswirkungen von Selye, dem Entdecker des Mechanismus, als allgemeines Adaptationssyndrom bezeichnet. Demnach entwickelt sich der Stressprozess in drei Phasen. Einer Alarmphase folgt die Phase eines erhöhten Widerstandes, die mit einer kurzfristigen Mobilisation aller Reserven und einer erhöhten Resistenz gegen den ursprünglichen Stressor einhergeht, während es in der anschließenden Erschöpfungsphase zur „Dekompensation des Systems“ (Tewes, 1996, S. 117; vgl. a. Hennig, S. 73 ff.) mit all seinen schädlichen Auswirkungen für die Gesundheit kommt. Vor diesem Hintergrund wird von einigen Forschern auch zwischen Kurzzeit- und Langzeitfolgen (vgl. Birbaumer u. Schmidt, 1999, S. 94) bzw. zwischen gesundheitsförderlichem Eustress und krankheitsbegünstigendem Distress differenziert. Dabei ist es allerdings schwierig, eine Grenze zu ziehen, wo die physiologisch-adaptiv wirkende Funktion von Stress, die hilft, Energien für neue Herausforderungen zu mobilisieren, umschlägt in die krankmachende Dauerspannung, die zur Energieerschöpfung mit all ihren Folgen führt (zur Abgrenzung vgl.: Seefeldt, S. 51 ff.; vgl. a. Sapolsky, S. 31 ff.; Siegrist, 1996, S. 37 f. und die sehr systematischen Ausführungen bei Stück, S. 20 ff.).

Betrachtet man nun die beteiligten Prozesse zusammenfassend, dann wird deutlich, in wie umfassender Weise der gesamte Organismus an der Stressreaktion beteiligt ist. Der ganze Körper ist auf die energieverbrauchende Leistungsphase orientiert, während gleichzeitig die Erho-

⁴⁰ Ein langfristig erhöhter Cortisolspiegel hat u.a. negative Auswirkungen auf die Libido bei Frauen und die Potenz bei Männern. Impotenz und Störungen des Menstruationszyklus können die Folgen sein (vgl. Herbrich u. Possemeyer, 2002; vgl. a. Rüegg, S. 90 f. u. Sapolsky, S. 141 f.). Außerdem vermutet man, dass das Schlafverhalten durch Stresshormone gestört wird und dass langandauernder Stress mit entsprechender Erhöhung des Cortisols sich negativ auf das Lernen und die Gedächtnisfunktionen auswirkt, weil der Hippocampus, der an diesen Funktionen zentral beteiligt ist und dessen Nervenzellen die meisten Rezeptoren für Cortisol im gesamten Nervensystem enthalten, durch Stress erheblich beeinträchtigt wird (vgl. Birbaumer u. Schmidt, S. 97; Miketta, 1997, S. 119). In der Tat gibt es Hinweise darauf, dass der Hippocampus bei chronisch erhöhtem Cortisol schrumpft. Beispielsweise hat man bei von chronischem Jetlag gestresstem Flugpersonal erhöhte Cortisolspiegel und eine Verkleinerung der zuständigen Hirnstrukturen gefunden. Auch nimmt man an, dass alles, was – wie etwa Stress – das Gedächtnis belastet, die Gefahr einer Demenz erhöht (vgl. Wolf, 2003). Ein wichtiger Zusammenhang besteht schließlich zwischen chronisch erhöhtem Cortisol und Depressionen. Es hat sich gezeigt, dass bei 50-70 % aller Patienten mit schweren Depressionen das Cortisol erhöht und die Stresshormonachse gestört ist (vgl. Miketta, 1997, S. 66). Während sich normalerweise nach einem Stresserlebnis die Hormonproduktion von selbst reguliert, ist bei Depressionspatienten dieser Feedback-Mechanismus offensichtlich gestört. Es wird angenommen, dass eine langfristig erhöhte Cortisolausschüttung den Hippocampus so schädigt, dass dessen Nervenzellen ihre Fähigkeit einbüßen, die Stresshormonproduktion überhaupt noch zu regulieren. Allerdings weiß niemand genau, wo der Beginn des Teufelskreises liegt (vgl. Pert, S. 413; Sapolsky, S. 300 ff.; Miketta, 1997, S. 159; vgl. a. McEwen, 1998). Von wesentlicher Bedeutung ist das Cortisol schließlich auch für das Funktionieren des Immunsystems (vgl. dazu die Fußnote 42).

lungsphase blockiert ist und beispielsweise Verdauungsprozesse eingeschränkt und sexuelle Funktionen herabgesetzt sind. Dabei kann dieselbe Reaktion, die uns kurzfristig darin unterstützt, alle unsere Reserven zu mobilisieren, für den Organismus schädlich werden, wenn ein Mensch ständig unter Stress steht und jeden Tag als Krise erlebt. Chronischer Stress, genauer: eine chronisch eingeschaltete Stressantwort wirkt sich schädigend auf das Herz-Kreislauf-System aus und aktiviert die Muskulatur, was zu Verspannungen und beispielsweise zu Rückenschmerzen führen kann (vgl. Possemeyer u. Herbrich, S. 152 f.; Hasenbring, 2002). Zudem beeinträchtigt Stress das Gedächtnis (vgl. Birbaumer u. Schmidt, S. 97 f. u. Fußnote 40) und steigert das Risiko für Magen-Darm-Geschwüre.⁴¹ Schließlich hat er auch Fortpflanzungsstörungen zur Folge (vgl. Sapolsky, S. 141 ff.) und kann den Energiehaushalt beeinträchtigen, d.h. bestimmte Formen von Diabetes begünstigen (vgl. Possemeyer u. Herbrich, 2002; vgl. a. McEwen, 1998, S. 172). Darüber hinaus liegen Hinweise vor, dass dauerhafter Stress das Knochenwachstum hemmen, das Osteoporoserisiko erhöhen und Knochenschwund verursachen bzw. die Reparatur von Knochen hemmen kann (vgl. Sapolsky, S. 130 ff.). An anderer Stelle diskutiert der Stressforscher Sapolsky auch die Folgen von Stress für das menschliche Gehirn und mögliche Konsequenzen, die dies für das Altern, die Alzheimer-Krankheit, Depression und eine Reihe von neurologischen Störungen hat (vgl. Sapolsky, 1998, S. 418). Von zentraler Bedeutung sind schließlich auch die Auswirkungen von Stress auf das Immunsystem, die wiederum das Risiko zu erkranken vervielfältigen können.⁴²

Da die beteiligten Mechanismen, bis in die komplizierten Zusammenhänge des Immunsystems hinein, immer genauer aufgedeckt werden, nehmen viele Forscher an, dass sich perspektivisch psychosomatische Reaktionen und Erkrankungen eindeutiger erklären lassen (vgl. Seefeldt, S. 48; für eine differenzierte Diskussion der krankheitsverursachenden Wirkungen von Stress vgl. Birbaumer u. Schmidt, 1999; Hellhammer u. Buske-Kirschbaum, 1997; Huber, A., 2001; McEwen, 1998; Rüegg, 2003 und Sapolsky, 1998⁴³). Birbaumer u. Schmidt (1999, S. 99) vertreten vor diesem Hintergrund sogar den Standpunkt, dass „eine Unterscheidung zwischen

⁴¹ Beispielsweise nimmt man mit Blick auf stressverursachte Magenstörungen an, dass durch die verringerte Durchblutung bei Stress nur wenige Immunzellen in den Magen gelangen und, so eine Theorie, der Erreger der Magenschleimhautentzündung sich ungestört vermehren kann. Zudem reagiert der Magen bei Stress womöglich überempfindlich auf Magensäure. Dehnt sich die Magenwand nach dem Essen, entstehen Schmerzen und Übelkeit (vgl. Possemeyer u. Herbrich, 2002; vgl. für eine biopsychosoziale Sicht der Entstehung von Magengeschwüren auch: Birbaumer u. Schmidt, S. 97; Levenstein, 2000).

⁴² Während bei kurzfristiger Stressinduktion bzw. in der Alarmphase eher mit Aktivierungen des Immunsystems und mit Stimulierungen zumindest von Teilen des Immunsystems zu rechnen ist, schwächen chronisch erhöhte Cortisolwerte das Immunsystem (vgl. Hennig, S. 76; vgl. a. Schedlowski u. Tewes, 1996) mit der Folge, dass wir anfälliger für verschiedene Infektionskrankheiten und möglicherweise auch für Krebs werden. Andererseits werden in manchen Fällen aber auch überschießende Immunreaktionen beobachtet, die auf einen Mangel an Cortisol und auf eine möglicherweise geschwächte und hyporeaktive Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse zurückgeführt werden. Ein Erklärungsansatz besteht darin, dass in den Fällen, in denen ein System nicht ausreichend auf Stress reagiert, ein anderes aktiviert werden kann und beispielsweise statt des Cortisol die Entzündungszytokine ansteigen, die normalerweise durch das Cortisol gegenreguliert werden (vgl. McEwen, S. 173; vgl. zum Hypocortisolismus a: Huber, 2001). Solche Mechanismen werden insbesondere mit Blick auf einige entzündliche Erkrankungen (Polyarthritiden und Colitis ulcerosa) sowie in Bezug auf verschiedene allergische Erkrankungen (wie z.B. Bronchialasthma oder Neurodermitis) diskutiert (vgl. Birbaumer u. Schmidt, S. 52; vgl. a. Rüegg, 2003, S. 101 ff.; Sapolsky, 1998). Beispiele für eine hyporeaktive HPA-Achse fanden sich auch bei Patienten mit Fibromyalgie und Chronic Fatigue Syndrom (vgl. McEwen, S. 175).

⁴³ Bei Sapolsky (1998) findet sich im Anhang eine ausführliche, kommentierte und nach Themen geordnete Literaturliste zum Zusammenhang von Stress und Krankheit.

psychosomatischen und rein somatischen Krankheiten, wie sie bis heute in der Medizin und Psychologie üblich ist und wie sie in der sogenannten 'psychosomatischen Medizin' zum Ausdruck kommt, weder theoretisch noch empirisch eingehalten werden (kann)". Ein wichtiger Faktor für das Verständnis psychosomatischer Reaktionen sind dabei sicherlich die Emotionen, deren Entstehung eng mit den beschriebenen Stressmechanismen zusammenhängt.

2.5.1.2 Die Stressreaktion und die Herausbildung emotionaler Grundmuster

Die oben dargestellten, vielfältigen Mechanismen, die normalerweise sehr global als Stress- oder als Alarmreaktion bezeichnet werden, können nun weiter unterschieden werden, je nachdem, welche Emotionen bei einer betroffenen Person ausgelöst werden. Für eine solche weitere Differenzierung ist die Stressachsen-Konzeption von James P. Henry (1986, 1992; vgl. Abb. 5) nützlich. Nach Henry entstehen spezifische neuroendokrine Reaktionsmuster je nachdem, wie eine Person das Ausmaß an Kontrolle einschätzt, die sie über eine Situation hat. Wenn jemand davon ausgeht, eine Herausforderung mit Leichtigkeit und Erfolg bewältigen zu können, geht dies mit aktivem Coping sowie einer Ausschüttung von Noradrenalin, Testosteron, Oxytocin und Gonadotrophinen einher. Demnach wird bei einer Person, die annimmt, dass sie eine Situation durch aktives Handeln bewältigen kann, primär das Kampfmuster ausgelöst, d.h. die Sympathikus-Nebennierenmark-Achse (SNA) aktiviert. Mit zunehmender Angst und je mehr eine Person Misserfolg antizipiert, verändert sich das aktive Coping in einen eher passiven Stil, in dem Fluchtverhalten, Angst und Hilflosigkeit dominieren. In diesem Fall wird vermehrt die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HNA) zusätzlich zu der mit Verausgabung einhergehenden Sympathikus-Aktivierung stimuliert. Auf der Hormonebene treten u.a. Adrenalin, Prolaktin und Fettsäuren in Erscheinung. Werden schließlich bei Misserfolgserfahrung die aktiven Kontrollversuche aufgegeben, so bleibt die Hormonachse (HNA) aktiviert. Allerdings tritt gegenüber der Sympathikus-Aktivierung jetzt eine verstärkte Parasympathikus-Aktivität in den Vordergrund. Erfahrungen von Wirksamkeits- und Kontrollverlust gehen einher mit Passivität, Gefühlen von Resignation, Hilflosigkeit und Depressivität und einer Dominanz der Corticoide, des ACTH und des Pepsins, während das Testosteron und die Gonadenhormone in diesem Fall abfallen (zum Modell von Henry vgl. a.: Kaluza, S. 23 u. Siegrist, 1996, S. 38 f.; zu den physiologischen Effekten der Stressbewältigung vgl. a.: Birbaumer u. Schmidt, S. 95 ff.).

Hier deutet sich an, wie eine Differenzierung zumindest eines Teils der Emotionen aufgrund immer genauerer Kenntnis der am Stress beteiligten Mechanismen möglich ist. Einschränkend ist dabei allerdings zu bemerken, dass es sehr viel schwieriger ist, solche emotionsspezifischen Reaktionsmuster beim Menschen nachzuweisen.⁴⁴

⁴⁴ Das psychoneuroimmunologische Modell von Henry basiert in erster Linie auf tierexperimentellen Befunden. In dessen Begründung sind aber auch Befunde aus dem Humanbereich einbezogen. In diesem Zusammenhang sei auch auf die Ergebnisse von Müller und Netter (1992) hingewiesen, die die Auswirkungen verschiedener Kontrollierbarkeitsbedingungen auf Cortisol- und Testosteronkonzentrationsänderungen untersucht haben und zumindest teilweise die Hypothesen bestätigen konnten, die sie auf der Grundlage des Stressmodells von Henry entwickelt hatten.

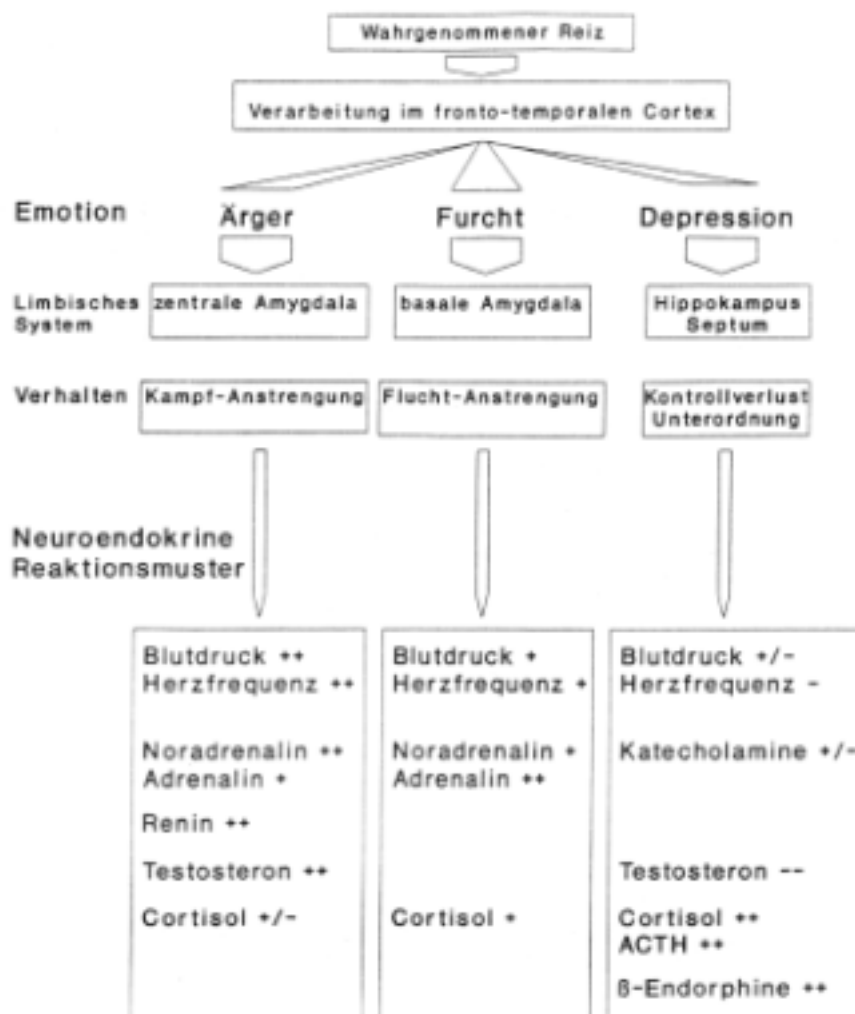


Abb. 5: Das psychoneuroendokrinerlogische Modell von Henry (nach: Müller u. Netter, 1992, S. 105)

Wie eine Literaturübersicht von Stemmler zeigt, sind die Befunde zur physiologischen Spezifität der am meisten untersuchten Emotionen Angst und Ärger wenig eindeutig und zeichnen sich durch eine „vergleichsweise geringe Konsistenz“ aus (Stemmler, 2000, S. 485 ; vgl. für eine ausführliche Darstellung der Studien a. ders., 1998).⁴⁵ Dies wird darauf zurückgeführt, dass die untersuchten Emotionen unter sehr unterschiedlichen Bedingungen induziert wurden und dass ein deutlicher Mangel an Untersuchungen festzustellen ist, in denen moderne indirekte Verfahren, beispielsweise zur Erfassung hämodynamischer Größen verwendet wurden (Stemmler, 1998, S. 140).⁴⁶ Vor diesem Hintergrund lassen sich nur in wenigen Teilaspekten

⁴⁵ In diesem Zusammenhang sei nur erwähnt, dass die Frage, inwiefern die Erforschung der peripher-physiologischen Unterschiede zwischen den Emotionen möglicherweise zusätzlich durch individuelle Spezifika in den Reaktionsmustern erschwert wird, hier ganz ausgeklammert bleibt (vgl. dazu Marwitz u. Stemmler, 1998; vgl. a. Huber, 2001; Krohne u. Kohlmann, 1990; Scherer, 1985).

⁴⁶ Es lohnt sich einmal nachzulesen, unter welchen unterschiedlichen Bedingungen die untersuchten Emotionen induziert wurden (vgl. die 15 Experimente, die bei Stemmler 1998 ausführlich dargestellt sind). Angesichts der vielen Imaginationsexperimente habe ich versucht mir eine sehr angsteinflößende Erfahrung mit einem

Übereinstimmungen zwischen den Ergebnissen von Henry und Befunden aus dem Humanbereich (vgl. a. Fußnote 44) erkennen, wobei allerdings festzuhalten ist, dass ein Vergleich auch nur sehr eingeschränkt möglich ist, weil sich die zugrundegelegten Parameter zum Teil unterscheiden.⁴⁷

Auch wenn der Forschungsstand an dieser Stelle noch nicht befriedigen kann, so zeichnet es sich doch schon ab, warum es zumindest nicht unergiebig erscheint, Stress „als übernormal lang andauernde und überintensive Emotion, d.h. als *Emotionsstörung* zu konzeptualisieren“ (Scherer, 1990, S. 22; Hervorh. i. Original/U.F.). Im Vorgriff auf weitere Befunde aus Hirnforschung und Psychoneuroimmunologie sei in diesem Zusammenhang nur die Sichtweise des Neurologen und Hirnforschers Damasio erwähnt, der die Emotionen als Reaktionsbündel sieht, die es dem Körper ermöglichen, auf bestimmte Reize zu reagieren, besonders auf jene, die unter dem Gesichtspunkt des Überlebens potentiell nützlich oder potentiell gefährlich sind (Damasio, 2000, S. 75; vgl. a. LeDoux, S. 131 f.). Dabei geht er davon aus, dass emotionale Zustände durch eine Vielzahl von Veränderungen definiert sind, die den gesamten Organismus betreffen: das chemische Milieu, die Viszera, die Muskulatur und die neuronalen Strukturen, welche diese Veränderungen erst hervorgerufen haben (vgl. Damasio, 2000, S. 339). „Selbst beim banalsten Vorgang richten sich die emotionalen Reaktionen sowohl auf den Körper im engeren Sinn als *auch* auf das Gehirn“ (ebd., S. 345; Hervorhebung i. Original/ U.F.).

Nach seiner Auffassung sind Emotionen allgegenwärtig und begleiten ständig den Strom der Ereignisse, die uns begegnen. Die Bandbreite der Reize, die Emotionen auslösen können, ist quasi unendlich und umfasst sowohl tatsächlich wahrgenommene wie auch aus dem Gedächtnis abgerufene Vorstellungen. Auch ist es möglich, dass Auslöserreize verdeckt oder uns gar nicht bewusst sind. Praktisch jede Situation, jedes Objekt und jede Vorstellung führt auf die eine oder andere Weise zu emotionalen Reaktionen, manche davon sehr viel stärker und häufiger als andere. Emotionen haben eine wichtige Funktion im Hinblick auf die homöostatische Regulation des Organismus, indem sie Annäherung oder Vermeidung, Belohnung oder Bestrafung, Lust oder Schmerz, persönlichen Vorteil oder Nachteil signalisieren. Sie ermöglichen es dem Organismus, permanent den fortlaufenden Reizinput auf seine vitale Bedeutung zu überprüfen, und versorgen ihn mit überlebensorientierten Verhaltensweisen. Zwischen den Ereignissen und Objekten unserer autobiographischen Erfahrung und diesen grundlegenden Werten der homöostatischen Regulation besteht eine Verknüpfung, für die Konditionierung und Lernerfahrungen von großer Bedeutung sind (vgl. ebd., S. 77 f.).

Vor diesem Hintergrund wird nun nicht nur deutlich „wie aus Streß Gefühle werden“ (Hüther, 1999), sondern auch, warum manche Hirnforscher in der Stressreaktion bzw. in den Emotionen

Hund noch einmal vorzustellen und mich gefragt, ob es wohl möglich ist, diese Ängste, die ich im wirklichen Leben bis hin zur Erkältungssymptomatik am nächsten Tag erfahren habe, imaginativ zu induzieren.

⁴⁷ Beispielsweise ist es zwar gelungen verschiedene peripher-physiologische Reaktionen auf Angst und Ärger aufzuzeigen, ohne dass aber zugleich durchgängig deutliche Unterschiede zwischen beiden Emotionen gemessen werden konnten. Vor diesem Hintergrund ist die Rede von einer Spezifität der Ärger- und der Angstreaktion nur insofern gerechtfertigt, als „sich auf dem Hintergrund einer deutlichen kardivaskulären Aktivierung bei Ärger eine relative Reaktionsdominanz in diastolischem Blutdruck und peripherem Widerstand an(deutet), während bei Angst möglicherweise eine relative Reaktionsdominanz in Anstiegen des Schlagvolumens und des Herzminutenvolumens besteht“ (Stemmler, 1998, S. 140) Weniger eindeutig sind dagegen die Befunde zur Adrenalin-Noradrenalin-Hypothese, wonach die Ärgerreaktion eher dem Wirkprofil einer Mischung von Noradrenalin und Adrenalin entspricht und die Angstreaktion eher dem Wirkprofil von Adrenalin (vgl. ebd., S. 141).

die Basis für die menschliche Entwicklung sehen. Dieser Aspekt soll im folgenden Abschnitt zumindest ansatzweise berücksichtigt werden, weil dies in weiteren Kapiteln einiges zum Verständnis von Lernerfahrungen, Persönlichkeitsmerkmalen und neurotischer Entwicklung von Emotionen beitragen kann.

2.5.1.3 Die Stressreaktion als Basis der Entwicklung

Der Hirnforscher Hüther (1999) beschäftigt sich mit der biologischen Funktion der Stressreaktionen im Gehirn und kommt dabei ebenfalls zu überraschenden Einsichten über die Herausbildung emotionaler Grundmuster. In seiner Theorie spielt die Angst, vor allem während der kindlichen (Hirn-) Entwicklung, aber auch später beim Erwachsenen, eine herausragende Rolle bei der Herausbildung und Stabilisierung bestimmter neuronaler Erregungs- und Verschaltungsmuster. Es „ist die Angst, die wir als dieses sonderbare Sammelsurium von angstbegleitenden Reaktionen erleben“, die dazu führt, dass „die Alarmglocken in unserem Gehirn zu läuten (beginnen)“ und wir anfangen, „verzweifelt nach einer Lösung zu suchen“ (ebd., S. 33). Zum Erleben einer solchen kontrollierbaren Stressreaktion, die sich tief im Gehirn ausbreitet und ganz spezifische neuronale Netzwerke aktiviert, „kommt es immer dann, wenn zwar Verhaltens- (incl. Verdrängungs-) Strategien zur Vermeidung oder Beseitigung des Stressors verfügbar sind, die Effizienz dieser Mechanismen jedoch (noch) nicht ausreicht, um die aufgetretene Anforderung durch eine zur Routine gewordenen Reaktion zu bewältigen und die Aktivierung einer Stressreaktion zu verhindern“ (ebd., S. 36). Wenn es uns dann gelingt, irgendeine Verschaltung für eine Verhaltensstrategie zu aktivieren, die uns geeignet erscheint, die Bedrohung irgendwie abzuwenden und das Problem zu lösen, dann hören die Alarmglocken auf und uns fällt ein Stein vom Herzen.

Nach der Theorie von Hüther entwickeln sich unsere Emotionen in Abhängigkeit von der Kontrollierbarkeit einer Belastung. Wenn wir es schaffen, die Belastungen immer besser zu bewältigen, entstehen Mut und Zuversicht, Willenskraft, Kompetenzgefühle, Zufriedenheit, Stolz, Freude, vielleicht sogar Glücksgefühle. Anfangs ungewohnte Handlungen lassen sich, wenn sie uns einmal gelungen sind, beim nächsten Mal noch besser und irgendwann ganz mühelos vollziehen, so dass die Angst vielleicht ganz verschwindet. Wenn wir aber erkennen müssen, dass wir keine Möglichkeit finden, eine drohende Gefahr rechtzeitig abzuwenden, dann bleibt die Stressreaktion unkontrollierbar. Vergebliche Versuche, mit den eingefahrenen Strategien weiterzukommen, erzeugen Angst, die wiederum in Wut umschlägt oder in Verzweiflung. Ratlosigkeit wird vielleicht zu Ohnmacht, Verunsicherung wird zu quälendem Zweifel. Unser Selbstvertrauen schwindet. Stattdessen fühlen wir uns hilflos, unzufrieden und unglücklich (vgl. ebd., S. 39 f.). Aus der Notfallreaktion wird ein Dauerstress.

Die kontrollierte Stressreaktion als Modellierer des Gehirns

Auf dieser Grundlage lässt sich für Hüther auch die kindliche Entwicklung erklären. Die Angst, beispielsweise die Angst vor dem Verlust der mütterlichen Geborgenheit und das daraus resultierende Grundbedürfnis nach Sicherheit und nach Überwindung dieser Angst, ist die Triebfeder für die Herausbildung der kindlichen Bewältigungsstrategien, deren zugrunde liegende Verschaltungsmuster durch Wiederholung tief im kindlichen Gehirn verankert werden (vgl. Hüther, 1999, S. 98). Wir lernen besonders schnell, wenn das noradrenerge System eingeschaltet wird, uns wachrüttelt und dazu beiträgt, die erfolgreich zur Bewältigung eines Problems eingesetzten

Verschaltungen zu bahnen. Dabei „(sind) diese Bahnungsprozesse umso intensiver, je früher sie erfolgen und je häufiger die entsprechenden Verschaltungen bei Belastungen und Herausforderungen aktiviert werden“ (ebd., S. 69). „Mit jeder erfolgreichen Bewältigung, jeder bestandenen Herausforderung wird unter dem Einfluß der bei der kontrollierbaren Stressreaktion stattfindenden Aktivierung des noradrenergen Systems das jeweils empfundene Gefühl in Form von bestimmten, dieser Empfindung zugrundeliegenden neuronalen Verschaltungen in unserem Gehirn verankert“ (ebd., S. 69). Wenn beispielsweise jemand sehr früh und häufig genug die Erfahrung macht, dass Probleme dadurch lösbar werden, dass er oder jemand, der ihm Sicherheit bietet, wild um sich schlägt, so wird sich in ihm das Gefühl festigen, dass Aggressivität und aggressives Verhalten besonders gut geeignet sind, um Ängste zu bewältigen und Sicherheit zu schaffen. Jede erfolgreiche Art und Weise der Bewältigung führt beim nächsten Mal zu noch effektiverer Bewältigung und noch besserer Bahnung. Andererseits muss ein Mensch, dem andere ein kleines Stück des lebenswichtigen Schutzes vor den Folgen einer unkontrollierbaren Stressreaktion wegzunehmen drohen, diese umso mehr fürchten und möglicherweise auch hassen, „je dünner die Decke aus Liebe und Kompetenz ist“, die er gefunden hat (ebd., S. 54 f.).

Die Stressreaktion erweist sich so als großer Modellierer unseres Gehirns, der dafür sorgt, dass „in Abhängigkeit von der Art und der Häufigkeit der Benutzung seiner anfangs noch kaum festgelegten Verschaltungen allmählich einzelne Wege zu Straßen und Autobahnen ausgebaut werden“ (Hüther, 1999, S. 26). Dieser an sich so sinnvolle Mechanismus kann aber auch mit kritischen Aspekten einhergehen. Zum einen können „übermäßige Bahnungsprozessezur neurotischen Fixierung des Denkens, Fühlens und Handelns“ führen (ebd., S. 76). In gleicher Weise wie das eben beschriebene aggressive Bewältigungsmuster können auch Abhängigkeiten, Gefühlsarmut und die ganze Vielzahl weiterer neurotischer Fehlhaltungen entstehen (vgl. ebd., S. 70). Zum anderen haben die einmal gebahnten, gut ausgebauten, breiten Straßen den Nachteil, dass wir kaum noch die kleinen Nebenwege benützen, wenn uns Schnellstraßen zur Verfügung stehen (vgl. ebd., S. 26). „Gefährlich werden derartige Fixierungen dann, wenn sie den einzelnen oder ganze Gesellschaften daran hindern, neue Lösungswege zur Bewältigung der Angst vor neuartigen Herausforderungen zu suchen“ (ebd., S. 70).

Die sinnvolle Funktion der unkontrollierbaren Stressreaktion

Unter bestimmten Umständen hat für Hüther daher auch eine unkontrollierbare Stressreaktion ihr Gutes. Hüther, der diese bildreiche Sprache parallel zur sachlichen Wissenschaftssprache benutzt, veranschaulicht, dass die unkontrollierbare Stressreaktion auch die sinnvolle Funktion hat, alte eingefahrene Straßen bzw. Verschaltungen im Gehirn aufzulösen, so dass der Mensch die Freiheit wiedergewinnt, auch die vielen anderen fast vergessenen, kleinen Wege zu begehen und wiederzuentdecken (vgl. ebd., S. 76 f.). Weil das Gehirn plastisch ist und zeitlebens eine adaptative Neuorganisation neuronaler Verschaltungen möglich ist, sind Menschen in der Lage, ihre eingefahrenen Wege zu verlassen. Wenn sich die Art der Anforderungen grundlegend verändert und die alten Wege wirklich nichts mehr taugen, dann kann unter dem Einfluss der unkontrollierbaren Stressreaktion das Programm verändert werden (vgl. ebd., S. 82). Für Hüther hat die unkontrollierte Stressreaktion ihren Sinn daher nicht darin, dass wir krank werden können, sondern darin, dass wir uns ändern können. Stress und Angst sind nicht notwendigerweise schädlich, sondern haben eine wichtige biologische Funktion für Selbstorganisations- und Anpassungsprozesse. „Krank werden wir erst dann, wenn wir die Chancen, die sie (gemeint ist die Stressreaktion, U.F.) uns bietet, nicht nutzen“ (ebd., S. 114). Benachteiligt sind dabei aller-

dings Menschen, die in ihrem Leben wenig Chancen hatten, Gefühle von Kompetenz und von Zugehörigkeit zu entwickeln, und solche, die nur über ein unzureichendes Repertoire von Coping-Strategien verfügen (vgl. ebd., S. 42 ff.).

Für Hüther stellt die hier vorgestellte strenge Trennung zwischen kontrollierbaren und unkontrollierbaren Stressreaktionen eine modellhafte Überzeichnung dar. Diese soll helfen, die beobachteten Phänomene besser zu verstehen und dazu eine Neubewertung der Ursachen und Folgen von Stress und Angst vorzunehmen. Ebenso stellt die vorgenommene Fokussierung auf das zentrale noradrenerge System und das adrenokortikale System eine Vereinfachung dar, die der Vielfalt der ebenfalls beteiligten Stressmechanismen nicht gerecht wird. Sie ermöglicht es aber, Stress und Angst nicht nur aus einem einseitigen Blickwinkel der Pathogenität zu betrachten, sondern auch deren Bedeutung für Selbstorganisations- und Anpassungsprozesse zu beleuchten (vgl. ebd., S. 30).

2.5.2 Die Psychoneuroimmunologie

In jüngster Zeit häufen sich nun die Erkenntnisse, dass im Körper sehr viel mehr passiert, als dass nur „festverdrahtete Reflexe, verursacht durch elektrische Reizung an Synapsen, den Körper in mehr oder weniger mechanischer, reaktiver Weise (durchlaufen) – ein Entwurf, der wenig Raum für Flexibilität, Veränderung oder Intelligenz läßt“ (Pert, S. 283). Nach Ansicht verschiedener Wissenschaftler scheint es sich eher um ein „multidirektionales Kommunikationsnetz“ zu handeln, in dem die „drei herkömmlicherweise getrennten Disziplinen Neurowissenschaft, Endokrinologie und Immunologie mit ihren verschiedenen Organen – einerseits Gehirn, andererseits Drüsen und schließlich Milz, Knochenmark und Lymphknoten ... (zusammengeschlossen sind)“ (ebd., S. 281). Die Wissenschaftsrichtung, die sich mit diesem multidirektionalen System befasst, wird Psychoneuroimmunologie genannt, wobei Candace Pert, eine bekannte Neurowissenschaftlerin, darauf hingewiesen hat, dass die Bezeichnung Psychoimmunoenkrologie eigentlich aussagekräftiger und weniger redundant wäre (vgl. ebd., S. 270).

Vorgeschichte und erste psychoneuroimmunologische Studien

Der Gedanke, dass es eine Verbindung zwischen Gehirn und Immunsystem geben muss, konnte in der Wissenschaft nur schwer Fuß fassen und wurde durch eine Reihe von Untersuchungen und Experimenten gebahnt, die hier nur knapp dargestellt werden. Zunächst zeigten wissenschaftliche Experimente, dass das Immunsystem konditioniert werden kann, ähnlich wie Pawlow es schon um die Jahrhundertwende beim Nachweis der klassischen Konditionierung mit Hunden demonstrierte. Z.B. wurde schon früh bei Experimenten an Kaninchen eine gezielte Bakterieninfektion mit Hupetönen kombiniert. Nach wenigen Versuchen reagierte das Immunsystem auch ohne Infektion, alleine auf das Hupen hin, mit einer massiven Antikörperproduktion gegen die nicht vorhandenen Bakterien (vgl. Miketta, 1997, S. 107 ff.). Inzwischen gibt es Hinweise, dass solche Konditionierungen auch beim Menschen funktionieren. Zwei Wissenschaftler der Universität Trier führten z.B. das folgende Experiment durch: Einige Versuchspersonen erhielten über mehrere Tage eine harmlose Adrenalininjektion als unconditionierten Reiz und unmittelbar vor der Injektion jeweils ein Brausebonbon als konditionierten Reiz. Auf das Aufputschhormon Adrenalin reagierten die Killerzellen des Körpers wie erwartet mit einer gesteigerten Aktivität. Diese gesteigerte Aktivität trat allerdings auch ein, als die Versuchspersonen am fünften Tag des Versuchs gar kein Adrenalin mehr bekamen, sondern ihnen nur noch eine Salzlösung gespritzt wurde (vgl. Miketta, 1997, S. 111; vgl. a. Rüegg, S. 93 ff.).

Zeigen solche und weitere Versuche nur, dass eine Verbindung zwischen Gehirn und Immunsystem existieren muss, so erbringen verschiedene Stressexperimente darüber hinaus den Beweis, dass psychische Prozesse Immunfunktionen beeinträchtigen und sogar krank machen können, indem sie beispielsweise zur erhöhten Anfälligkeit für Atemwegsinfektionen führen (vgl. Cohen u.a.; 1991). Hervorzuheben sind hier insbesondere die Studien, die von Kiecolt-Glaser und Kollegen durchgeführt wurden. Diese Forscher konnten an Studenten zeigen, dass Prüfungsbelastungen einerseits und Einsamkeit bzw. ein Mangel an sozialen Kontakten andererseits das Immunsystem nachweislich schwächen können. In die gleiche Richtung weisen auch Arbeiten, welche die Auswirkungen belastender Lebensereignisse (Arbeitslosigkeit, Belastungen in der Ehe, Pflege eines kranken Angehörigen etc.) auf immunologische Funktionen untersuchten (vgl. Kiecolt-Glaser u. Glaser, 1995; Kiecolt-Glaser u.a. 1984, 1988 a u. b; 1991; vgl. a. Kennedy u.a., 1988). Dabei scheint der gemeinsame Nenner darin zu bestehen, dass „kurzfristige psychische und auch physische Belastung eher mit *stimulatorischen* Effekten auf immunologische Parameter verbunden sind, während längerfristige Belastungen ...eher mit einer *Suppression* der Immunkompetenz verbunden sind“ (Hennig, S. 124; Hervorh. i. Original / U. F.). (Für eine ausführliche Darstellung der Stresseffekte auf endokrine und immunologische Parameter beim Menschen vgl. ebd., 1998; Schedlowski u. Tewes, 1996; Schulz u. Schulz, 1996).

Gehirn und Immunsystem kommunizieren über Blut und Nervensystem

Solche und andere Untersuchungen sprechen dafür, dass es eine direkte physische Verbindung gibt, über welche die Emotionen auf das Immunsystem einwirken. Wie aber bemerkt eine Immunzelle, „ob der Mensch, in dessen Körper sie lebt, gestreßt oder traurig ist“ (Miketta, 1997, S. 135)? Zunächst einmal konnte nachgewiesen werden, dass die Nervenfasern des autonomen Nervensystems, die vom Rückenmark ausgehend alle inneren Organe und die hormonproduzierenden Drüsengewebe mit Informationen versorgen, auch die Gewebe des Immunsystems „Thymus, Milz, Lymphknoten, das Knochenmark und das lymphatische Gewebe des Darms (innervieren). Die vielen und weitverzweigten Enden dieser Nervenfasern liegen direkt neben Immunzellen, die sich in diesen Geweben aufhalten... Bei entsprechender Aktivierung werden Neurotransmitter als Überträgerstoffe ausgeschüttet, meist Adrenalin, Noradrenalin und Acetylcholin – also genau die Botenstoffe, die auch der Kommunikation zwischen Nervenzellen im Gehirn dienen“ (ebd., S. 136, vgl. auch Pert, S. 278). Nervenzellen schütten also Neurotransmitter aus, über die sie die Immunzellen regulieren (vgl. Pert, S. 212).

Die vegetativen Nervenfasern sind aber nur *ein* Kommunikationsweg zwischen Gehirn und Immunsystem. Den zweiten Weg bilden die Hormone und Neuropeptide, die über die Hypophyse in den Blutstrom gelangen und so direkt mit den Immunzellen in Kontakt kommen. Es war eine unglaubliche Entdeckung, „dass jeder Neuropeptidrezeptor, den wir im Gehirn gefunden hatten, auch auf den menschlichen Monozyten vorkommt“ (Pert, S. 278). Immunologen nehmen inzwischen an, dass auf jedem Lymphozyten 25000 Rezeptoren sitzen für Neurotransmitter, also für die Hormone, die von der Hypophyse produziert werden, ebenso wie für Opiate, Endorphine oder für das Cortisol (vgl. Seefeldt, S. 64). Ebenso groß war die Überraschung aber auch, als festgestellt wurde, dass Immunzellen selbst auch die Neuropeptide und Hormone produzieren, speichern und sezernieren (vgl. Pert, S. 279). Aufgrund dieser Fähigkeit werden sie auch als „kleine, bewegliche Hypophysen“ oder als „mobiles Gehirn“ bezeichnet (Miketta, 1997, S. 143). Die „Immunzellen stellen die gleichen Stoffe her, von denen wir wissen, dass sie im Hirn Gemütszustände kontrollieren. Mithin sind Immunzellen nicht nur für

die Unversehrtheit der Körpergewebe verantwortlich, sondern sie schütten auch Botenstoffe aus, die Stimmungen oder Gefühle regulieren können“ (Pert, S. 279). Auf diese Weise können Immunzellen Nachrichten aus dem Nervensystem empfangen und verstehen und selber Botenstoffe ausschütten, die ihrerseits auf das Gehirn regulierend einwirken können (vgl. Miketta, 1997, S. 144). Ein System von sogenannten Signalstoffen oder Botenstoffen⁴⁸ verbindet die drei „Informationssysteme“ (Seefeldt, S. 63): das Zentralnervensystem, das Hormonsystem und das Immunsystem.

ZNS, Hormon- und Immunsystem als multidirektionales Netzwerk

Pert beschreibt dieses Zusammenspiel der Systeme auch als multidirektionales Netzwerk, in dem unablässig Informationen ausgetauscht werden. Dort passiert also genau das, was geschieht, „wenn Neuropeptide und Rezeptoren über alle Systemgrenzen hinweg binden“ (Pert, S. 282). In ein Netzwerk „kann man theoretisch an jedem Knotenpunkt eindringen und rasch an jeden anderen Punkt gelangen“ (ebd., S. 285). Pert nimmt an, dass so beispielsweise die Heilwirkung einer bewusst gesteuerten Atmung oder auch das Biofeedback erklärt werden können, indem man die Peptide, die auch im Atemzentrum vorkommen – darunter körpereigene Opiate –, durch Atmung veranlasst, sich rasch in der Gehirn-Rückenmarks-Flüssigkeit auszubreiten (vgl. Pert, S. 285 ff.). Ebenso hält sie es für denkbar, dass die Rezeptorendichte im Darm dafür verantwortlich ist, dass wir unsere Gefühle in diesem Teil unserer Anatomie recht deutlich spüren. Sie verweist auf Untersuchungen, nach denen Aufregung und Ärger die Darmtätigkeit erhöhen und Zufriedenheit sie verlangsamt (ebd.). Etwas unorthodox spekuliert sie über die emotionale Stimmung, mit der verschiedene Peptide oder Botenstoffe verbunden sein könnten. Z.B. könnte das Endorphin die hormonale Manifestation von Glück und menschlicher Bindung sein, das vasoaktive, intestinale Peptid (VIP) möglicherweise das Substrat von Eigenliebe (vgl. Pert, S. 318) und das CRF, der Corticotropin-Releasing Factor das Peptid der negativen Erwartungen bzw. das Depressionspeptid (vgl. Pert, S. 414). Auch hängt das GABA möglicherweise mit unterdrückter Angst zusammen (vgl. Pert, S. 458; vgl. a. Gahr, M., S. 481 f.; LeDoux, 1998, S. 283; Wagner u. Born, S. 500 ff.; vgl. für einen Überblick über die Effekte der verschiedenen Botenstoffe a. Birbaumer u. Schmidt, S. 87 u. Panksepp, 1998, S. 101).

So scheint das, was die Menschen aller Kontinente und Kulturen immer schon geahnt haben, nun allmählich durch die Wissenschaft nachvollziehbar zu werden: Werden Menschen gefragt, wo Gefühl, Emotion und Intuition am besten zu orten sind, weisen sie gleich welcher Herkunft

⁴⁸ Die sich rapide entwickelnde Forschung zeigt zunehmend, dass „die gesamte Nomenklatur der Botenstoffe revisionsbedürftig ist“ (Miketta, 1997, S. 147), da alle Systeme offensichtlich einen gemeinsamen Pool von Signalmolekülen nutzen (ebd.). Wenn Neuropeptide und Neurorezeptoren nicht nur im Gehirn und Rückenmark anzutreffen sind, wie es ihre Bezeichnung nahe legt, dann ist es sinnvoll, auf diese sprachlichen Festlegungen zu verzichten (vgl. Pert, S. 271). Als Alternative schlagen daher auch Pert und Mitarbeiter vor, durch die Verwendung der schlichten Termini „Peptide“ oder „Botenstoffe“ zu unterstreichen, dass es sich um ein körperweites Kommunikationssystem handelt, in dem das Gehirn oder die Neuro-Komponente „nur ein Teil des nicht hierarchisch organisierten Körpersystems zur Sammlung, Verarbeitung und Vermittlung von Information (wenn auch die bei weitem komplizierteste und raffinierteste Komponente)“ (Pert, S. 271) darstellt. Pert verweist auch auf einen Vorschlag von Francis Schmitt, nach dem man unter einem neuen Gattungsbegriff wie z.B. dem der „Informationsstoffe“ sowohl lange bekannte Stoffe wie die klassischen Neurotransmitter und die Steroidhormone als auch neu entdeckte Substanzen wie Peptidhormone, Neuropeptide und Wachstumsfaktoren zusammenfassen sollte (vgl. Pert, S. 282; zur Unterscheidung der verschiedenen Transmittersysteme vgl. a. Wagner u. Born, 2000).

und Hautfarbe auf die Mitte ihres Körpers. Ebenso zeigt eine Vielzahl von Sprichwörtern, welche zentrale Rolle der Bauch bzw. das Zentrum des Körpers für das Gefühlserleben darstellt. Im Bauch schlägt Ärger auf den Magen, drücken Anspannung und Überforderung auf den Darm, steigert sich Ekel bis zum Erbrechen, flattern die Schmetterlinge vor Aufregung und breiten sich Glück und Freude in leisem Kribbeln aus. Nachdem lange Zeit angenommen wurde, dass der Darm nur eine Röhre mit einfachen Reflexen sei, zeigt sich nun, dass die Eingeweide von unzähligen Nervenzellen umgeben sind und eine Quelle psychoaktiver Substanzen darstellen. Wissenschaftler sprechen daher auch von einem zweiten Gehirn in unserem Bauch, das, mit den gleichen Zelltypen, Wirkstoffen und Rezeptoren ausgestattet, quasi ein Abbild des Kopfhirns ist (vgl. Luczak, 2000).

Aufgrund ihrer langjährigen Forschungen hält Candace Pert es für möglich und wahrscheinlich, dass die Botenstoffe zwischen den verschiedenen Systemen des Körpers die konkrete, materielle Substanz der Gefühle sein könnten. Viele „dieser Botenstoffe sind Neuropeptide, die ursprünglich in anderen Kontexten als Hormone, gastrointestinale Peptide oder Wachstumsfaktoren untersucht wurden. Ihre Zahl übersteigt gegenwärtig die 50, und die meisten, wenn nicht alle, verändern Verhalten und Gemütszustände“ (Pert, S. 273). Sie verbinden „das Gehirn, die Drüsen und das Immunsystem zu einem Kommunikationsnetz, in dem Körper und Gehirn zusammengeschlossen sind, und bilden vermutlich das biochemische Substrat des Gefühls“ (ebd.). Candace Pert sieht ihre Annahmen nicht zuletzt auch dadurch bestätigt, dass die Botenstoffe an bestimmten Knotenpunkten besonders gehäuft auftreten. Hier zeigt sich interessanterweise, dass „die Teile des Gehirns, in denen Peptide und Rezeptoren am reichlichsten vorkommen, auch die Hirngebiete sind, die mit dem Ausdruck von Gefühlen zusammengebracht werden“ (Pert, S. 271). Die Kernstrukturen des limbischen Gehirns, die Neurowissenschaftler in einen engen Zusammenhang mit emotionalen Verhaltensweisen bringen, enthielten einen überwältigenden Anteil von 85 bis 95 % der verschiedenen untersuchten Neuropeptidrezeptoren (vgl. Pert, S. 201 f.).

2.5.3 Neurale Grundlagen der Emotionen

Unter den verschiedenen Strukturen des limbischen Systems gilt die Amygdala, auch Mandelkern genannt, als wichtiges neuroanatomisches Substrat für die emotionale Reizbewertung und Reaktionsauslösung (vgl. Gahr, S. 477). Im Aufbau des Gehirns nimmt sie eine bevorzugte Stellung als emotionaler Wachposten ein – eine Entdeckung des Neurowissenschaftlers LeDoux, die unser Verständnis des Gefühlslebens revolutioniert hat. LeDoux hat Bahnen für Gefühle aufgedeckt, die den Neokortex, das denkende Gehirn, umgehen und ohne Umweg direkt von den Sinnesorganen zum Mandelkern verlaufen, während man bisher immer angenommen hatte, dass der Mandelkern auf Signale vom Neokortex angewiesen ist, um seine emotionalen Reaktionen zu formulieren (vgl. Goleman, 1998 a, S. 36; vgl. für eine detaillierte Darstellung des limbisch-emotionalen Gehirns a.: Roth, 2001).

Abb. 6: Darstellung des Mandelkerns (Amygdala) nach Goleman, 1998 a, S. 37

LeDoux verdeutlicht dies am Beispiel der Furcht- bzw. Angstreaktionen. Er unterscheidet zwei parallele Schaltkreise, einen subkortikalen, schnellen und prinzipiell unbewussten einerseits und einen kortikalen, langsamen und bewusstseinsfähigen andererseits. Der erste **subkortikale Schaltkreis** liefert die sehr grobe, für das Überleben wichtige Information. Sensorische Signale wandern vom Auge oder vom Gehör im Gehirn zunächst zum Thalamus. Von dort wandert ein kleinerer Anteil des ursprünglichen Signals auf direktem und schnellem Wege zum Mandelkern. Aufgrund dieser direkten und kurzen Verbindung kann der Mandelkern eine sehr schnelle, wenn auch weniger genaue Reaktion auslösen und uns unmittelbar zum Handeln veranlassen, noch bevor die höheren kortikalen Zentren ganz verstanden haben, was vor sich geht, um dann ihre feiner zugeschnittenen Reaktionen einzuleiten (vgl. Goleman, 1998 a. S. 35 ff.).

Der zweite **kortikale Schaltkreis** fügt die bewussten Details über die bedrohliche Situation hinzu. Der größere Anteil des ursprünglichen Signals geht von der Retina des Auges zum visuellen Kortex, wo die Information erst einmal verarbeitet und auf ihre Bedeutung eingeschätzt wird, und wandert von dort dann zum Mandelkern, um dort die emotionalen Zentren zu aktivieren. Über Projektionen zum Hypothalamus können dann autonome vegetative Furcht- und Angstreaktionen (Muskelanspannung, Veränderung von Blutdruck und Herzfrequenz, Haarsträuben, Herzklopfen, Zittern, Schweißausbruch, Erbleichen, Erstarren) ausgelöst werden (vgl. ebd.).

Emotionale, unbewusste Gedächtnisspeicher und bewusstes Gedächtnissystem

Nach Ansicht von LeDoux entsprechen den Emotionen im Gehirn unterschiedliche emotionale Funktionssysteme und emotionale Gedächtnisspeicher, denen allen gemeinsam ist, dass sie in

subkortikalen, d.h. außerhalb der Großhirnrinde liegenden Hirnzentren untergebracht sind und damit prinzipiell unbewusst arbeiten. Um bewusst zu werden, müssen sie mit einem anderen System zusammenarbeiten. Dieses System umfasst den Hippocampus – dieser gehört ebenfalls zum limbischen System – als Organisator von Einspeicherung und Abruf und die Großhirnrinde als Speicherort des deklarativen Wissens. In diesem sogenannten deklarativen System ist unser bewusst erinnerbares und sprachlich berichtbares Wissen gespeichert (vgl. Roth, S. 71). LeDoux verdeutlicht dies am Beispiel eines traumatischen Unfalls. Wenn die Betroffenen später mit Reizen konfrontiert werden, die während des Traumas gegeben waren, werden wahrscheinlich beide Systeme reaktiviert. Durch das Hippocampussystem, den Ort der bewussten, deklarativen oder expliziten Erinnerung, werden sie sich an das Trauma wie an eine nüchterne Tatsache erinnern. Sie erinnern sich, wohin sie fuhren, wer dabei war etc. Sie erinnern sich, dass der Unfall schrecklich war, dies aber nur als neutrale schlichte Tatsache, als benennbare Aussage über das Erlebnis. Damit es zu einer aversiven emotionalen Erinnerung kommt, einschließlich aller körperlichen Empfindungen – beispielsweise der Woge der Angst, die durch unseren Körper jagt –, muss auch die unbewusste, emotionale Erinnerung, das auf die Amygdala gestützte implizite Gedächtnissystem aktiviert werden. Dies kann z.B. durch einen Hupton geschehen, der sie daran erinnert, dass die Hupe bei dem Unfall nicht mehr aufhörte zu hupen (vgl. LeDoux, S. 216 f.; vgl. zum dargestellten Zusammenhang a. Roth, 2001, S. 274 ff.).

Teile des bewussten Gedächtnissystems versagen unter Stress

Das Besondere an dem subkortikalen, unbewussten System besteht nach LeDoux darin, dass es im Unterschied zum bewussten Gedächtnissystem schnell lernt und nichts vergisst. Die Konsequenzen dieser Erkenntnis beschreibt er am Beispiel von Personen mit klinischen Angstsymptomen, die sich nicht an ein traumatisches Ereignis erinnern können, das als Ursache ihrer Angst in Frage kam. Nach neueren Untersuchungen könnte eine Lösung dieses Rätsels darin liegen, dass belastende Ereignisse Fehlfunktionen im Hippocampus auslösen können. „Zumindest in einigen Fällen könnte das Unvermögen, sich an ein verursachendes Trauma zu erinnern, auf einem stressbedingten Versagen der Hippocampus-Gedächtnisfunktion beruhen“ (LeDoux, S. 259).⁴⁹ Im Unterschied zum Hippocampus, dessen Funktionen durch hinreichend starken und anhaltenden Stress geschwächt werden, ist dies bei den Funktionen der Amygdala keineswegs der Fall. Deren Funktionen werden durch Stress nicht beeinträchtigt, sondern eher noch gestärkt. Man kann daher eine sehr schwache bewusste Erinnerung an ein traumatisches Ereignis haben, aber durch die von der Amygdala vermittelte Furchtkonditionierung sehr mächtige implizite, unbewusste emotionale Erinnerungen (vgl. ebd., S. 264). „Unbewusste Furchterinnerungen, die von der Amygdala gebildet wurden, scheinen unauslöschlich ins Gehirn eingebrannt zu sein“ (ebd., S. 272). Offenbar hatte Freud Recht mit seiner Überzeugung, dass traumatische Erlebnisse in die unbewussten Winkel der Seele verdrängt werden. Für die Therapie sieht LeDoux also nur die Hoffnung, deren Ausdruck zu kontrollieren, indem man den Kortex dazu bringt, die Amygdala zu kontrollieren. Er hält allerdings auch eine Löschung der erlernten emotionalen Reaktion durch eine psychoanalytische kathartische Therapie oder durch die Ur-

⁴⁹ Bei Affen und Mäusen wurden nicht nur stressbedingte Magengeschwüre entdeckt, sondern auch eine ausgeprägte Schrumpfung des Hippocampus. Eine solche Schrumpfung des Hippocampus wurde auch bei Menschen festgestellt, die ein Trauma wie Kindesmissbrauch hinter sich haben oder bei Vietnamesen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. LeDoux, S. 261).

form der Löschungstherapie, einer Verbindung aus systematischer Desensibilisierung und Entspannung, für möglich (vgl. LeDoux, S. 285 f.).

Folgerungen für unser Verständnis der Stressreaktion

Mir erscheint die Tatsache, dass die Verbindungen von den kortikalen Bereichen zur Amygdala weit schwächer sind als die Verbindungen von der Amygdala zum Kortex, für ein Verständnis der Stressreaktion bzw. allgemeiner der emotionalen Reaktionen von besonderer Bedeutung. Die Erkenntnis von LeDoux, dass es neurale Bahnen für Gefühle gibt, die unter Umgehung des Neokortex direkt über den Mandelkern ziehen, muss zwangsläufig unser Verständnis verändern. Die kognitiven Bewertungstheorien gehen ja davon aus, dass Emotionen immer einer Kognition folgen. LeDoux revolutioniert diese Ansicht, indem er zeigt, dass in vital und emotional bedeutsamen Situationen auch sehr schnelle, direkte emotionale Reaktionen ausgelöst werden können. „Zwar ist es leicht möglich, dass Gedanken Emotionen auslösen (indem sie die Amygdala aktivieren), doch tun wir uns schwer, willentlich Emotionen abzuschalten (indem wir die Amygdala deaktivieren)“ (LeDoux, S. 325). Allerdings weist LeDoux auch darauf hin, dass die kortikalen Verbindungen zur Amygdala bei den Primaten weit stärker sind als bei allen übrigen Säugern, und verbindet dies mit der Hoffnung, dass diese Konnektivität immer weiter zunimmt, so dass „der Kampf zwischen Denken und Emotion letztlich entschieden werden (könnte) nicht im Sinne der Dominanz der kortikalen Kognitionen über die emotionalen Zentren, sondern im Sinne einer harmonischeren Integration von Vernunft und Leidenschaft“ (ebd., S. 326). Bis dahin lautet das Ergebnis, dass „das Unbewußte uns viel mehr beeinflusst als bewußte Erlebniszustände und daß wir normalerweise keine oder nur geringe Einsicht in das haben, was uns über das Unbewußte lotst und antreibt“ (Roth, 1998, S. 71). Von welcher Bedeutung dabei unsere Bemühungen um eine Beeinflussung der Emotionen durch das Denken sind, wird noch deutlicher, wenn im folgenden Abschnitt die Entstehung der positiven Emotionen genauer betrachtet wird.

2.5.4 Die Neurobiologie positiver Emotionen

In den vorhergehenden Abschnitten wurden die positiven Emotionen (vgl. zur Verwendung des Begriffs Fußnote 38) nur sehr spärlich erwähnt. Dies ist kein Zufall. Während die Hirnforscher seit zwei Jahrzehnten immer mehr darüber herausfinden, wie Wut, Angst und Niedergeschlagenheit entstehen, fühlte sich für das Glück lange Zeit niemand zuständig (vgl. Klein, 2002; vgl. a. Stock u. Badura, 1995). So fand sich noch 1996 in einem neurowissenschaftlichen Lehrbuch das Fazit, dass wir fast nichts über die Neurobiologie solcher komplexen Emotionen wie Liebe, Glück und Zufriedenheit wissen (vgl. Gahr, S. 480). Das hat sich erst in den letzten Jahren geändert, seitdem neue Abbildungstechniken es erlauben, das Gehirn beim Fühlen und Denken zu beobachten. Auch wenn das Wissen noch lange nicht ausreicht, um auf allen beteiligten Ebenen – Gehirn, peripheres Nervensystem, Hormone, Immunsystem – alle Einzelheiten des Bildes erkennen zu können, so sollen hier dennoch einige Befunde zur Wirkungsweise und Funktion der positiven Emotionen zusammengetragen werden, die das Verständnis erweitern und in Bezug auf das Ziel dieser Arbeit hilfreich sind. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass das populärwissenschaftliche Buch „Die Glücksformel“ (Klein, 2002) wesentlich zum Zustandekommen der folgenden Abschnitte beigetragen hat. Das Buch war nicht nur sehr erhellend zum Verständnis der „positiven“ Emotionen. Sein ausführliches Literaturverzeichnis und der umfangreiche Anmerkungsapparat waren auch hilfreiche Grundlage für die eigene Recherche.

Die neurale Basis der positiven Emotionen

Eine wichtige Erkenntnis der Hirnforschung betrifft die Teile des Gehirns, die Wohlbefinden und gute Gefühle erzeugen. Neben dem System, das uns zur blitzschnellen Reaktion bei drohenden Gefahren in die Lage versetzt, haben wir auch ein Glückssystem (vgl. Klein, S. 50 ff.). In unseren Köpfen sind eigene Schaltungen für Freude, Lust und Euphorie eingerichtet, die sich von den Systemen für negative Emotionen unterscheiden. Und beide Systeme „können miteinander, nebeneinander und gegeneinander arbeiten“ (Klein, S. 52).

Bilder, die der Neurowissenschaftler Damasio (vgl. Damasio u.a., 2000) von glücklichen und traurigen Menschen aufgenommen hat, zeigen, dass sich angenehme und unangenehme Empfindungen zwar zum Teil der gleichen Hirnregionen bedienen, diese aber bei den verschiedenen Gefühlen ganz unterschiedlich in Aktion treten. Bestimmte Zentren im Gehirn sind immer, wenn auch unterschiedlich stark tätig. So arbeitet zum Beispiel das Kleinhirn in frohen Augenblicken nur in seiner linken Hälfte, bei Trauer, Ärger und Furcht aber beiderseits heftig (ebd.). Es gibt nicht ein Zentrum für Lust, ein anderes für Trauer. Wenn wir ein Gefühl erleben, sind stets verschiedene Teile des Gehirns daran beteiligt, und diese Regionen sind für jede Emotion anders verschaltet (vgl. a. Klein, 2002 u. Carter, 1998).

Obwohl sich beide Gehirnhälften an der Verarbeitung der verschiedenen Emotionen beteiligen, teilen sich die beiden Hälften der Großhirnrinde vielfach ihre Aufgaben. „Bei negativen Gefühlen ist ...eher die rechte Seite, in frohen Augenblicken mehr die linke Seite des Stirnhirns aktiv“ (Klein, S. 54). Wenn beispielsweise „Menschen mit Redeangst voll Lampenfieber auf einen öffentlichen Auftritt warten, schlägt die rechte Hälfte ihres Stirnhirns Kapriolen“ (ebd., S. 55). Auch „(versinken) Menschen, die der Schlag im linken Vorderhirn getroffen hat, häufig in schweren Depressionen“ (ebd., S. 54), während ein Blutgerinnsel im rechten Vorderhirn das Gegenteil bewirken und dazu führen kann, dass Patienten in dauernde Fröhlichkeit verfallen (vgl. Klein, S. 54). Menschen mit starker Aktivität in der rechten Gehirnhälfte, „die ihre negativen Emotionen weniger gut im Griff haben, sind eher introvertiert, pessimistisch,... überdurchschnittlich anfällig für Depressionen und neigen ganz allgemein zum Unglücklichsein“ (ebd., S. 61). Dagegen sind Menschen mit starkem Übergewicht des linken Stirnhirns meistens voller Selbstvertrauen, optimistisch und ausgelassen (vgl. ebd.; vgl. a. Carter, S. 103; Pauli u. Birbaumer, 2000).

Das Stirnhirn ist die „Kommandozentrale für das Verhalten“ (Klein, S. 55), dasjenige System, „das im Gehirn Handlungen plant, vorbereitet, kontrolliert und bewertet“ (Roth, 2001, S. 413 ff.). Wenn diese Funktion, etwa durch Verletzungen im Frontallappen ausfällt, dann kann dies verstärkt zu euphorischen Zuständen und unverantwortlichem Handeln führen (vgl. Gahr, S. 480). Die Forscher nehmen deshalb an, dass hier im Präfrontallappen der Schalter liegt, der in der Lage ist, die Aufwallungen des Mandelkerns zu dämpfen. Der präfrontale Kortex scheint am Werk zu sein, wenn jemand ängstlich oder wütend ist, sein Gefühl aber zügelt, um sich effektiver mit der Situation auseinanderzusetzen (vgl. a. Goleman 1998 a, S. 44 f.; Bösel, 2000). Dabei sind die präfrontalen Bereiche gewöhnlich in der Lage, unsere emotionalen Reaktionen zu mäßigen. Aber auch wenn Gefühlsreaktionen uns im Einzelfall übermächtig erscheinen und es bei großer Freude und großer Wut für das Stirnhirn manchmal unmöglich ist, den Mandelkern zu hemmen (vgl. den Neurobiologen Korte im Gespräch mit Miketta, in: Miketta, 2002, S. 117), so können wir doch – wie im weiteren noch deutlich wird – lernen, unsere Gefühlsreaktionen zu beeinflussen.

Die „linke Hemisphäre kann guten Gefühlen Vorschub leisten, vermutlich indem sie mäßigend auf tiefer im Schädelinneren liegende Hirnareale einwirkt“ (Klein, S. 58). Vom Stirnhirn aus zieht sich nämlich eine Nervenbahn zur Amygdala. Wie nun genau das linke Stirnhirn den negativen Emotionen im Mandelkern entgegenwirkt, ist noch nicht bekannt. Aber Neuropsychologen vermuten, dass es hemmende Impulse an die Mandelkerne aussendet. Beide verhalten sich „umgekehrt proportional zueinander. Wenn die Aktivität im linken Stirnhirn zunimmt, nimmt die Aktivität in den Mandelkernen also ab und umgekehrt“ (Klein, S. 287, Fußnote 11). Dabei ist die Regelung der Emotionen oft eine Sache von Sekunden. Ist es in dieser Zeit nicht gelungen, diese Emotionen „als unangemessen zu erkennen, können die negativen Emotionen eine Eigendynamik entwickeln“ (ebd., S. 60). Erst einmal „von der Macht seiner Gefühle übermannt, fällt es dem Betroffenen nun viel schwerer, sich zu beruhigen und den klaren Blick auf Realitäten zurückzugewinnen“ (Klein, S. 60). Entgegen der verbreiteten Vorstellung, dass ein Wutanfall von der Wut befreit, steigern wir uns dadurch erst recht in den Ärger hinein und halten damit die negativen Emotionen nur länger als nötig am Leben. Darüber hinaus tragen wir mit jedem Mal, bei dem wir uns von Ärger oder anderen negativen Emotionen mitreißen lassen, dazu bei, dass sich diese Gefühlsreaktionen im Gehirn eingraben und ihre Spuren hinterlassen (vgl. ebd., S. 78 f.).

Neurobiologisch empfiehlt es sich vielmehr, „positive Emotionen zu kultivieren und negative Gefühle im Zaum zu halten“ (Klein, S. 78). „Wenn wir uns in Selbstbeherrschung üben, formen wir das Gehirn in doppelter Weise. Zum einen mindern wir die Wahrscheinlichkeit, dass eine negative Emotion überhaupt entsteht, weil die Verbindung zwischen dem Reiz und der Gefühlsantwort darauf geschwächt wird. Zum anderen stärken wir die Fähigkeit vor allem des Stirnhirns, solche Emotionen im Zaum zu halten, sollten sie doch ausgelöst werden. Denn wie die meisten Fertigkeiten gilt es auch die bewusste Kontrolle der Emotionen zu trainieren. Doch auch solches Training verändert wiederum die Struktur des Gehirns – mit der Folge, dass der Umgang mit den eigenen Gefühlen allmählich leichter fällt“ (Klein, S. 78 f.).

Der bewusste Umgang mit schwierigen Emotionen ist noch aus einem anderen Grund hilfreich. Das Stirnhirn, „diese Region, die so großen Einfluss auf unsere Stimmungen hat, dient nämlich zugleich als Arbeitsgedächtnis. Hier werden Informationen, die bald wieder benötigt werden, zwischengespeichert. Deswegen hat die Gefühlslage so großen Einfluss darauf, wie wir mit dem umgehen, was wir gerade gesehen, gelesen oder gehört haben. Über verschiedene Nervenbahnen ist das Stirnhirn aber auch mit dem Langzeitgedächtnis verknüpft. An diesen Verbindungen mag es liegen, dass wir uns traurige Erinnerungen vermehrt ins Bewusstsein rufen, wenn wir schwermütig sind“ (Klein, S. 208). „Man kann sich Depression so vorstellen, dass die Großhirnrinde einen abstrakten negativen Gedanken denkt und es schafft, das übrige Gehirn davon zu überzeugen, dass dieser ebenso wirklich sei wie ein physischer Stressor“ zitiert Klein (ebd., S. 208) den Stressforscher Sapolsky.

Indem wir lernen, unsere negativen Emotionen zwar bewusst wahrzunehmen, uns aber nicht hineinzusteigern, sondern sie im Moment der Entstehung zu kontrollieren, trainieren wir vermutlich die linke Seite des Stirnhirns und können auf diese Weise möglicherweise die Anatomie des Gehirns nutzen, um zufriedener zu leben (vgl. ebd., S. 61 ff.).

Das Dopamin – der Botenstoff des Begehrens und Wollens

Glück und Unglück haben aber nicht nur ihre eigenen Schaltungen, sie haben auch ihre eigene Chemie. Während Angst, Anspannung und Niedergeschlagenheit unter anderem von Acetyl-

cholin und Cortisol gesteuert werden, spielen bei Begehren, Zufriedenheit und sexueller Anziehung die Botenstoffe Dopamin, Oxytocin und Beta-Endorphin eine wichtige Rolle (vgl. Klein, S. 52). Wegen ihrer großen Bedeutung für unser Wohlbefinden sollen diese „Glückshormone“ etwas genauer dargestellt werden.

Zunächst das Dopamin, ein Stoff, der „Neugierde, Lernvermögen und Phantasie, Kreativität und Lust auf Sex (steigert)“ (ebd., S. 97). Dopamin ist „das Molekül des Wollens“ (ebd.), der Stoff, der uns antreibt. Das „Gehirn schüttet diesen Stoff immer dann aus, wenn wir etwas oder jemanden begehren“ (ebd.). Dopamin ist im Spiel, wenn wir im Supermarkt frisches Obst sehen, nach dem uns gerade der Sinn steht, wenn wir im Berufsleben eine neue Aufgabe anpacken, wenn ein attraktiver Mensch auf der Straße vorübergeht und wenn wir zu einem Glas Bier oder einer Zigarette greifen. Aus zwei Zentren, die ihren Sitz ziemlich genau im Mittelpunkt des Kopfes haben (der substantia nigra und der area ventralis tegmentalis), strömt das Dopamin über verschiedene Nervenäste in die Bereiche des Gehirns, die die eigentliche Arbeit leisten (vgl. Klein, S. 105). Ebenso sind die dopaminergen Nervenzellen aber auch umgekehrt in ein Geflecht von hemmenden und stimulierenden Nervenbahnen eingebettet, die aus zahlreichen Hirnregionen diese Neuronen beeinflussen (vgl. Rommelspacher, 1999, S. 32 ff.). Der Botenstoff Dopamin ist deswegen so bedeutungsvoll, weil er gleich auf dreierlei Weise beeinflusst, was im Kopf geschieht. Er weckt auf und macht uns aufmerksam. Er fördert das Lernen, indem er dafür sorgt, dass wir uns gute Erfahrungen einprägen und auf Belohnungen ansprechen. Schließlich dient er dazu, die Muskeln zu aktivieren, und bewirkt, dass wir uns rühren, um das zu erreichen, was wir uns wünschen (vgl. Klein, S. 105 f.). So gesehen erstaunt es wenig, dass Dopamin-Mangel die Menschen antriebslos werden lässt. Ein Beispiel dafür sind Parkinson-Patienten, bei denen der Dopamin-Haushalt gestört ist, so dass sie ihre Muskeln nicht mehr unter Kontrolle haben (vgl. ebd., S. 108). Ein anders Beispiel ist der Patient Leonard, den Oliver Sacks in seinem Buch „Zeit des Erwachens“ beschreibt⁵⁰ (vgl. zur Bedeutung des Dopamins u. des Dopaminmangels a. Rommelspacher, 1999, S. 32 ff.; Carter, S. 63 ff.).

Dabei ist der Mechanismus, der durch das Dopamin in Gang gesetzt wird, offensichtlich darauf angelegt, dass wir immer Besseres und Neues wollen. In der Fachliteratur wird in diesem Zusammenhang vom Belohnungssystem gesprochen. Klein meint, dass es genauer sei, vom „Erwartungssystem“ (ebd., S. 109) zu sprechen. Die Bezeichnung Belohnungssystem sei ungenau, weil im Tierexperiment die verstärkte Tätigkeit der Neuronen im Gehirn weniger durch die Belohnung (das Futter), sondern vielmehr durch die Erwartung der Belohnung (durch die Vorfreude auf das Futter) angeregt werde. Die Freudenbekundungen der Tiere blieben nämlich aus, sobald sie sich an ein bestimmtes Futter gewöhnt hatten. Klein vergleicht diese Situation mit Menschen, die sich jeden Abend Champagner leisten und nach einiger Zeit kaum noch in Begeisterungstürme ausbrechen. Offensichtlich werden wir durch immer neue Wünsche beflügelt, gewöhnen wir uns aber schnell daran, wenn wir erst einmal haben, was wir wollten (vgl. ebd., S. 108 f., vgl. a. Roth, 2001, S. 302 f.).

⁵⁰ Leonard war aufgrund einer Gehirnentzündung unfähig zu fast jeder Bewegung und zu jedem Ausdruck geworden. Durch ein damals neues Medikament, das L-Dopa, welches dem natürlichen Botenstoff Dopamin ähnelt, wurde er dann so lebendig und berauscht von der Welt, dass sich seine Verfassung im Laufe mehrerer Wochen bis zur Raserei steigerte und das Medikament schließlich wieder abgesetzt werden musste. Übersteigert bis zur Groteske führt Leonards Fall vor, wie das Dopamin in uns allen wirkt (vgl. Klein, S. 102 ff.).

„Tief im Gehirn arbeitet ... ein Detektor für Neues und Besseres, ohne den wir unfähig wären zu lernen“ (Klein, S. 111). An diesem Mechanismus ist das Dopamin wesentlich beteiligt. Dabei ist die Lust auf Anregung und Neuigkeiten – die Neugierde –, die durch das Dopamin gesteuert wird, kein Selbstzweck der Natur. „Sie bringt uns dazu, Neues nicht nur hinzunehmen, sondern es sogar zu wollen und zu suchen. Wenn wir die Welt erforschen, sind wir ihr immer ein Stückchen voraus“ (ebd., S. 116). „Dopamin fördert die Entstehung neuer Verknüpfungen im Gehirn“ (ebd., S. 111). Es macht die Neuronen für den Umgang mit Neuem bereit und unterstützt das Gehirn darin, Zusammenhänge herzustellen. Schließlich macht es einfallreich und kreativ. Als Beispiel führt Klein eine Untersuchung an, die von der Psychologin Isen bei Krankenhausärzten durchgeführt wurde. Diese Versuchspersonen wurden durch einige kleine Freundlichkeiten, z.B. ein nettes Kompliment zu Beginn des Experiments, so in gute Stimmung versetzt und dermaßen zu kreativen Höchstleistungen beflügelt, dass sie bereits nach halb so vielen Schritten wie in Vergleichsexperimenten die richtige Diagnose ermittelt hatten (vgl. ebd., S. 119). Die Stimmung beeinflusst also die Leistungsfähigkeit des Gehirns, eine optimistische Botschaft, die sich auf vielerlei Situationen übertragen lässt: „Schüler, die sich in der Klasse wohl fühlen und lachen dürfen, lernen leichter. Angestellte, die bei ihrer Arbeit Freude haben, werden auch produktiver sein“ (ebd., S. 121; vgl. zur Funktion des Dopamin auch Roth, 2001, S. 301 f.).⁵¹

Die Opiode – die Botenstoffe des Genusses

Gute Gefühle entstehen beim Menschen auf zweierlei Art. „Wenn er etwas will – oder wenn er etwas bekommen hat, was ihm behagt“ (Klein, S. 123). Bei beidem sind unterschiedliche Botenstoffe und Gebiete im Hirn beteiligt. Wenn wir genießen, sind vor allem die Opiode als Botenstoffe aktiv, körpereigene Substanzen, die dem Opium ähneln. Die Neuronen, die für die Opioidsynthese zuständig sind, finden sich hauptsächlich in verschiedenen Kernen des Hypothalamus, aber auch in verschiedenen limbischen Strukturen, im Hirnstamm und im Hypophysenvorderlappen (vgl. Wagner u. Born, 2000; zu den Unterschieden der beteiligten Gehirnstrukturen und der jeweils vorherrschenden Neurotransmitter Dopamin bzw. Opiode, vgl. a. Berridge, 1999).

Als die Forscher im Jahre 1973 herausfanden, dass wir in unseren Köpfen Neuronen mit Rezeptoren für Opiate besitzen, begannen sie intensiv nach den körpereigenen Substanzen zu suchen, die wie das Morphin oder Heroin auf diese Rezeptoren passten. Die ersten körpereigenen Opiate wurden entdeckt, die Endorphine, ein Wort, das aus der griechischen Vorsilbe „endo“ für innen und Morphin zusammengesetzt ist. Neben den Endorphinen fanden sich weitere solcher Stoffe, die Enkephaline und die Dynorphine. Endorphine und Enkephaline lösen Wohlgefühl aus, während die Dynorphine die Empfindung des Abscheus und Ekels erzeugen (vgl. Klein, S. 124 f.). Um die Wirkung der Endorphine auf natürliche und unbedenkliche Weise erleben zu können, reichen häufig einfache Genüsse, beispielsweise all das Vergnügen, das durch die verschiedenen Sinnesfreuden entstehen kann. Das Essen spielt dabei eine besondere Rolle, was vielleicht damit zu erklären ist, dass die Geschmacksknospen und Sinneszellen im Mund so außerordentlich zahlreich und vielfältig sind. Schön ist es auch, eine

⁵¹ Aufschlussreich für das Verständnis der Wirkungen des Dopamins und vieler anderer „Neurostoffe“ ist auch ein Beitrag von Erdmann u. a. (2000) über die Bedeutung der Pharmakopsychologie für die Emotionsforschung, der sich mit der Wirkung verschiedenster emotionsbeeinflussender Substanzen und deren möglichen neurochemischen und physiologischen Wirkungsmechanismen befasst.

Massage zu bekommen oder gestreichelt zu werden. Nicht nur Menschen, auch Katzen, Affen und sogar Vögel schütten Opioide aus, wenn sie berührt werden (vgl. ebd., S. 128 ff.). Dabei dient die Opioid-Schwemme „offenbar weniger dazu, Lust zu erzeugen, als Angst zu lindern und einzelne Mitglieder einer Gruppe zu beruhigen, wenn sie sich verlassen oder ängstlich fühlen“ (ebd., S. 130). Schließlich lassen sich Belege für eine euphorisierende Wirkung von Opioiden auch aus den zahlreichen Untersuchungen ableiten, in denen die psychischen Auswirkungen sportlicher Betätigung studiert wurden (vgl. Wagner u. Born, S. 506).

Mit dem Mittel des Vergnügens verführt uns die Natur dazu, das zu tun, was uns am meisten nützt. So sind genau die Dinge am angenehmsten, die für die Erhaltung der Art am notwendigsten sind, beispielsweise die Sexualität, das Sichkümmern um den Nachwuchs oder eben die Nahrungsaufnahme (vgl. Klein, S. 128 ff., vgl. a. S. 45 ff.). Dabei ist beispielsweise die Freude am guten Geschmack kein Luxus, sondern dient dazu, den Energiehaushalt zu steuern. Dies zeigten Psychobiologen im Experiment mit Ratten, die durch eine Magensonde Nährlösung zugeführt bekamen. Die Tiere bekamen nichts zu fressen, sie konnten sich nur durch Selbstbedienung per Hebeldruck Nährlösung einflößen. Obwohl sie sich über Knopfdruck soviel zuführen konnten, wie sie wollten, verloren sie dennoch nach ein paar Wochen fast ein Drittel ihres Gewichts (vgl. Klein, S. 128 f.).

Andererseits sorgt das Dynorphin, das Opioid des Unwohlseins dafür, dass wir Hunger als unangenehm empfinden und ein Drang einsetzt, etwas dagegen zu tun und dem Mangel abzuweichen. Wenn wir dann etwas essen und der Organismus bekommt, was er braucht, begleiten Genuss und die entsprechende Endorphinausschüttung die Rückkehr zum Gleichgewicht. Sobald dann alles wieder im Lot ist, verflüchtigt sich der Genuss wieder. „Genuss ist ein Signal dafür, dass wir uns aus einem schlechteren in einen besseren Zustands bewegen“ (ebd., S. 131) und „dass der Organismus bekommen hat, was er braucht“ (ebd.). Was gut tut, ist angenehm. Doch das hedonistische Prinzip, dem der Organismus folgt, hat auch eine Gegenseite. Ein Zuviel an Genuss kann auch in ein anderes Extrem führen. Ab einer bestimmten Dosis Opioide werden wir willenlos und träge (vgl. ebd., S. 134 ff.). So sorgt also die Steuerung nach Lust und Unlust aus biologischen Gründen dafür, dass wir „den Organismus in dem Betriebszustand halten, in dem er am besten funktioniert“ (ebd., S. 46).

Eine wichtige Funktion haben die Opioide auch im Zusammenhang mit Schmerzen und Stress. Es sieht so aus, als ob körpereigene Opiate, z.B. β -Endorphin, über die Hemmung der Schmerzempfindung positive emotionale Zustände auslösen, da Zellen, die Opiatrezeptoren enthalten, im Gehirn häufig in der Nähe von schmerzverarbeitenden Zentren gefunden werden. Dadurch könnte eine Hemmung der Schmerzwahrnehmung an verschiedenen Stellen des schmerzverarbeitenden Systems möglich sein (vgl. Gahr, S. 481). Ein Jogger kann zum Beispiel ganz high werden, weil das Gehirn Endorphine ausschüttet, wenn die Erschöpfung naht. So helfen die Endorphine dem Organismus über die Qual hinweg, weiterzulaufen und Schwächegefühle zu verdrängen. Der Mechanismus ist evolutionär gesehen äußerst sinnvoll. Ein verletztes Tier oder ein verletzter Mensch können trotz der Verletzung weiterrennen, weil die Opioide die Schmerzen abschalten. Aber „nicht nur der Angriff eines Raubtiers, auch andere Spielarten von Stress lassen im Kopf Opioide zirkulieren“ (Klein, S. 133). Dies mag erklären, weshalb mancher viel Beschäftigte sich immer noch mehr aufhals, obwohl er schon längst ausgelastet ist. Schließlich sorgen die körpereigenen Opiate auch dafür, dass Frauen die Qualen einer Geburt ertragen und schon direkt nach der Niederkunft wieder glücklich strahlen. Lust und Schmerz, Genießen und Begehren sind eng miteinander verbunden (vgl. ebd., S. 133 f.).

Zusammenfassend gesagt: Die Opiode repräsentieren ein neurochemisches System, welches nicht nur unsere positiven Stimmungen und Glücksgefühle steuert, sondern auch zahlreiche andere Funktionen wie die Körpertemperatur, den Blutdruck, Appetit und Durst sowie sexuelles Verhalten und Schmerzempfinden (vgl. für einen Überblick auch: Wagner u. Born, 2000).

Viele weitere Substanzen beeinflussen das Wohlbefinden

Viele andere Substanzen mehr beeinflussen unser Wohlbefinden. Oxytocin und Vasopressin steuern das Geschlechtsleben und stiften Partnerschaft, indem sie „das Gehirn in die Lage (versetzen), eine Vorliebe für den Partner zu entwickeln“ (Klein, S. 152). Auch für andere menschliche Beziehungen haben sie ihre Funktion, „da sie für die soziale Erinnerung notwendig sind“ (ebd., S. 178). Oxytocin spielt darüber hinaus auch bei der Sorge für ein Kind eine Rolle und begleitet soziales und fürsorgliches Verhalten (vgl. ebd., S. 166). Oxytocin und Opiode werden durch Berührung freigesetzt – einer der Gründe, weshalb Singles eher von depressiver Verstimmung bedroht sind (vgl. ebd., S. 198). Das Luliberin löst ungestümes Begehren und Verlangen nach Sex aus (vgl. S. 151 ff.). Schließlich hat das Testosteron, auch Sieger-Hormon genannt, Einflüsse auf die Aggressivität und die Sexualität (vgl. Wagner u. Born, 2000; vgl. für einen Überblick über die verschiedenen „Neurostoffe“ auch Erdmann u.a., 2000; Birbaumer u. Schmidt, S. 87; Panksepp, 1998, S. 101).

Der Botenstoff Serotonin „spielt offenbar eine wichtige Rolle für Gefühle von Sympathie“ (Klein, S. 178). Zugleich ist das Serotonin von besonderer Bedeutung beim Umbau des Gehirns und wesentlich daran beteiligt, Informationsflüsse zwischen Nervenzellen zu erleichtern und zu verstärken. Dabei besteht wahrscheinlich ein Zusammenhang zwischen unserer Stimmung und den Faktoren, die das Nervenwachstum unterstützen und neue Verbindungen im Gehirn sprießen lassen (vgl. ebd., S. 81). „Positive Emotionen (halten) das Gehirn lebendig, weil sich neue Verknüpfungen leichter anbahnen, wenn reichlich Serotonin und Dopamin zirkulieren“ (ebd., S. 82). Sind wir dagegen niedergeschlagen, sinkt der Serotoninspiegel. So ist zu erklären, warum es bei Depressionen an Serotonin mangelt und die Nervenzellen des Gehirns verkümmern, eine Theorie, die nicht jeder glaubt, weil Gesunde keineswegs in Schwermut verfallen, wenn das Serotonin im Gehirn künstlich abgesenkt wird (vgl. ebd., S. 80 ff.; S. 210 f. u. S. 294, Fußnote 14; vgl. für einen Überblick über die Diskussion a.: Roth, 2001, S. 307 ff.). Vor diesem Hintergrund beschreibt Klein die Trübsal als „einen Zustand der Erstarrung“, durch den „nicht nur die Tatkraft erlahmt, sondern die Melancholie sich auch (verfestigt)“ und „der Verstand und die Konzentration nach(lassen)“ (ebd., S. 210; vgl. a. Carter, S. 99 f.). Möglicherweise wirken Antidepressiva deshalb erst nach einigen Wochen, weil die Mittel das Gehirn erst aus seinem Winterschlaf wecken müssen (vgl. Klein, S. 212 f.). Die Menge an Botenstoffen im Gehirn verändert sich zwar kurze Zeit nach der Einnahme, aber es dauert, bis Patienten von einer Verbesserung ihrer Stimmung berichten. Während bei schwerer Depression oft nur Medikamente das Gehirn wieder aus seiner Reglosigkeit befreien können, muss bei den häufigeren Niedergeschlagenheiten des Alltags ein anderer Weg eingeschlagen werden. Da bei „Trübsal die linke Stirnhirnhälfte, die uns einerseits auf Ziele zustreben lässt und andererseits die negativen Emotionen kontrolliert, zu wenig aktiv (ist)“ (ebd., S. 215), gilt es einerseits, durch das Verhalten, beispielsweise durch kleine Aktivitäten oder auch durch Bewegung, diesen Teil des Gehirns sanft anzuregen, andererseits, seine Gedanken und Gefühle so zu steuern, dass sich die bedrückte Stimmung nicht verfestigen kann (vgl. ebd., S. 214 ff. und hinten Kap. 6.2.1.3 u. 6.2.1.6).

Das Zusammenspiel von Glückssystem und Stressregulation

All die beschriebenen Botenstoffe sind keine Einzeltäter, so dass die Formeln „Dopamin = Neugier und Lust auf Anregung“ und „Oxytocin = Mutterliebe“ nur sehr bedingt stimmen. Zwar spielen bestimmte Neurotransmitter für bestimmte Emotionen eine Hauptrolle. Dennoch sind sie nur so etwas wie die einzelne Stimme in einem Orchester (vgl. ebd., S. 98). Dabei bestehen nicht nur enge Zusammenhänge der positiven Emotionen untereinander. Auch die beiden Regelkreise von Lust und Stress sind miteinander verbunden und beeinflussen einander (vgl. Klein, S. 58; vgl. a. Zieglgänsberger u. Spanagel, S. 238 f.).

Beispielsweise wirken Endorphine Stresshormonen entgegen. Junge Ratten, die schreien, wenn sie von der Mutter getrennt werden, hören sofort auf, wenn man ihnen das den Endorphinen verwandte Morphinum gibt. Man nimmt an, dass hier Endorphine im Spiel sind, die für ein Gefühl von Geborgenheit sorgen und ganz allgemein signalisieren, dass eine gewünschte Situation erreicht ist. Wird jedoch die natürliche Wirkung der Endorphine blockiert, schreien die Tierkinder auch dann weiter, wenn die Mutter schon längst zurückgekehrt ist (vgl. Klein, S. 177 f.). Im Tierversuch wird deutlich, dass Einsamkeit bei Tieren Stress auslöst, an dem das CRH (Corticotropin-Releasing-Hormon) und das Stresshormon Cortisol beteiligt ist, welches für eine Suppression des Immunsystems und für verschiedene Krankheiten verantwortlich gemacht wird (vgl. Fußnoten 40 u. 42). Klein (vgl. ebd., S. 176 ff.) stellt Befunde des Neuropsychologen Panksepp vor, der an Ratten beobachten konnte, dass diese bei andauernder Einsamkeit anfällig für Krankheiten werden, weniger dicht mit Neuronen bestückte Gehirne entwickeln und ihr ganzes Leben lang ängstlich und irritierbar bleiben. Daneben sind – obwohl die Ursachen für Unterschiede zwischen den Tieren nicht erläutert werden – auch Studien erwähnenswert, wonach sich bei einjährigen Affen mit ausgeprägter Aktivität des rechten Stirnhirns schon bei der Baseline-Blutabnahme am Morgen höhere Cortisol-Werte zeigten als bei Tieren mit ausgeprägter Aktivität des linken (für die positiven Gefühle) zuständigen Stirnhirns und sich herausstellte, dass diese individuellen Differenzen auch noch zwei Jahre später vorhanden waren. Parallele Befunde zeigten sich bezüglich der Höhe des CRH (des an der Stressentstehung beteiligten Corticotropin-Releasing-Hormons) in der Spinalflüssigkeit (vgl. Davidson, 2003, S. 660).

Dagegen gedeihen Tiere, die sich guter Pflege erfreuen dürfen und häufig gestreichelt werden, prächtig. Ratten z.B. „wachsen um die Hälfte schneller heran als Artgenossen unter Vergleichsbedingungen“ (Klein, S. 176). Auch wirkt sich das Ausmaß mütterlicher Pflege gegenüber Tierjungen in hohem Maße auf verschiedene Gehirnfunktionen aus. Nach Befunden, die der Hirnforscher Davidson in einem Übersichtsartikel vorstellt (vgl. Davidson, 2003, S. 662), nimmt beispielsweise bei guter Pflege die Rezeptordichte für Benzodiazepine (also für Botenstoffe der Beruhigung und Entspannung) in den einschlägigen Gehirnregionen deutlich zu, während die Rezeptoren für das CRH abnehmen. Wie schädlich sich Einsamkeit und wie gesundheitsförderlich sich umgekehrt sozialer Kontakt auswirkt, wurde auch bei Affen festgestellt. Diese mussten – gemessen am Cortisolspiegel – umso weniger Stress ertragen, je mehr und je dauerhaftere Freundschaften sie pflegten. Ungewöhnlich geringe Mengen an Cortisol fanden sich beispielsweise in der Blutprobe eines Affen, der dauerhafte und langjährige Freundschaft mit einem Affenweibchen pflegte (vgl. ebd., S. 171 f.; vgl. a. Sapolsky, 1998, S. 321 ff.).

Diese Befunde stehen im Einklang mit vielen Forschungsergebnissen zu den Auswirkungen von Hospitalismus bei kleinen Kindern (vgl. Klein, S. 176 f.; vgl. a. Bowlby, 1976; Field u. a., 1986) und von Einsamkeit bei erwachsenen Menschen (vgl. dazu auch hinten Kap. 3.2.4 u. 4.2.2). Erwachsene „lassen es sich nicht so deutlich anmerken, wenn sie unter Einsamkeit leiden, doch die Symptome an Körper und Seele sind kaum minder drastisch: Unruhe, innere Leere, Angespanntheit, Schlaf- und Appetitlosigkeit, Selbstzweifel machen das Leben zur Qual“ (Klein, S. 176).

So wie die Endorphine Stresshormonen entgegenwirken, könnten auch der Serotonin-Haushalt und das Stresssystem miteinander gekoppelt sein. Wenn im Gehirn viel Serotonin zirkuliert, schüttet es weniger Stresshormone aus. Daher lindern Antidepressiva den Dauerstress und die negativen Gefühle, die ihn begleiten, indem sie diesen Stoff verfügbar machen. Man nimmt an, dass unter der Wirkung von Serotonin und möglicherweise auch Noradrenalin die grauen Zellen wieder zu wachsen beginnen. Das erreichen die Botenstoffe vermutlich auf zwei Wegen. Zum einen kommt bei weniger Stresshormonen auch das Wachstum der grauen Zellen wieder in Gang. Zum anderen vermutet man, dass die beiden Botenstoffe auf die Neuronen einwirken und hier bestimmte Gene „einschalten“, die wiederum die Herstellung von Nervenwachstumsfaktoren auslösen (vgl. Klein, S. 211 ff.; vgl. für eine Diskussion des Forschungsstandes a.: Roth, 2001, S. 308 f.).

Insgesamt ist die Befundlage zum Zusammenhang zwischen Stressregulation und Glückssystem aber zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch unüberschaubar und zum Teil widersprüchlich (vgl. z.B. zur Wirkung des Noradrenalins: Sapolsky, 1998, Kap. 11). So stehen verschiedene Einzelbefunde nebeneinander, ohne dass sich bereits ein eindeutiges Gesamtbild zeigen würde. Wie genau die verschiedenen Ebenen – zentrales und peripheres Nervensystem, Hormone und Immunsystem – zusammenspielen, ist für die Stressregulation weitgehender geklärt als für das Glückssystem. Zwar konnten Damasio und Kollegen bei ihrer Identifikation verschiedener Aktivitätsmuster im Gehirn auch spezifische Muster für Freude entdecken (vgl. Damasio u.a., S. 1049). Auch ist – wie in den vorhergehenden Abschnitten deutlich wurde – einiges über die Botenstoffe bekannt, die an den positiven Emotionen beteiligt sind. Wie aber deren Zusammenspiel funktioniert, scheint noch weitgehend unklar zu sein. Erschwerend kommt hinzu, dass mit jeder der Ebenen spezialisierte Forschungsgebiete befasst sind, so dass eine Zusammenschau der Befunde sehr schwierig ist.

Offene Fragen in Bezug auf die Emotion Freude

Zum Beispiel ist es offensichtlich diffizil, auf der Ebene des peripheren Nerven- und des Herz-Kreislaufsystems solche spezifischen Aktivierungsmuster für die positiven Emotionen auszumachen, wie sie für verschiedene negative Emotionen ja zum Teil unterschieden werden können. Dies mag damit zu erklären sein, dass die ausgeprägte Anpassungs- und Reaktionsbereitschaft des Körpers für bedrohliche Reize ihren Sinn macht, aber für positive Reize biologisch überflüssig ist (vgl. Ekman, S. 552; vgl. a. Stock u. Badura, S. 78 ff.). Ein weiterer Grund könnte darin bestehen, dass positive und negative bzw. lust- und unlustbetonte Emotionen zum Teil doch die gleichen Bausteine benutzen bzw. die gleichen Kernprozesse in Gang setzen, auch wenn die Bruchstellen und die Natur der einzelnen Kernkomponenten bzw. Kern-

prozesse im Alltag nicht sichtbar und dem Bewusstsein kaum zugänglich sind (vgl. Berridge, 1999).⁵²

Würden diese Forschungsbefunde nicht nur für das zentralnervöse System, sondern auch für die peripheren physiologischen Aktivitäten zutreffen, dann könnte dies aufklären, warum die physiologischen Effekte von Glück und Freude häufig nicht eindeutig gegenläufig gegenüber den bereits bekannten Aktivierungsmustern von Angst, Ärger und Depression sind. Positive emotionale Reaktionen zeigen sich eher graduell abgeschwächt oder ausbleibend und sind mit geringeren Veränderungen der entsprechenden Messparameter verbunden und weniger spezifisch (vgl. für die Diskussion verschiedener Befunde: Stock u. Badura, S. 80). Stemmler, ein Psychologe, der sich eingehend mit der Frage spezifischer psychophysiologischer Profile bei Angst, Ärger und Freude befasst hat (vgl. Stemmler, 1984), spricht in diesem Zusammenhang sogar von einer „verwirrenden bzw. verblüffenden Inkonsistenz“ (Stemmler, 1989, S. 629). Allerdings nimmt er an, dass sich viele Widersprüche klären liessen, wenn zwischen Emotionen niedriger, mittlerer und hoher Intensität unterschieden würde (ebd., S. 630). Die Möglichkeit zur weiteren Klärung dieser Fragen wird allerdings dadurch eingeschränkt, dass Vergleiche von Angst und Ärger häufiger durchgeführt wurden als von jeder anderen Kombination von Emotionen (vgl. Stemmler, 2000, S. 484) und die Emotion Freude dabei kaum berücksichtigt wurde.

Vor dem Hintergrund der Schwierigkeiten bei der Erforschung der positiven Gefühlszustände sieht Fredrickson, die Leiterin des Labors für positive Gefühle und Psychophysiologie an der Universität von Michigan, den „logische(n) erste(n) Schritt zur Erforschung guter Gefühle ...darin, die alten Modelle zu Gunsten neuer aufzugeben“ (Fredrickson, S. 40). Da es aus der Warte der Evolutionsgeschichte fraglich erscheint, ob positive Gefühle überhaupt einen Anpassungsvorteil haben oder dazu dienen das Überleben zu sichern (vgl. ebd.), nimmt sie an, dass „gute Gefühle helfen, sich innerlich weiterzuentwickeln und so für härtere Zeiten zu wappnen“ (ebd.). Nach ihrer ‚Broaden and Build Theorie‘ „vergrößern positive Empfindungen unser Gedanken- und Handlungsrepertoire und helfen damit, dauerhafte mentale Ressourcen und psychische Belastbarkeit aufzubauen“ (ebd.), eine These, die sie in einem Experiment mit Collegestudenten belegen konnte (vgl. ebd., S. 41). Darüberhinaus gelang es der Gruppe um Fredrickson auch zu zeigen, dass positive Emotionen nicht nur augenblickliches psychisches Wohlbefinden erzeugen, sondern sich auch förderlich auf die körperliche Gesundheit auswirken (vgl. dazu den folgenden Absatz). Schließlich sind noch Hinweise auf einen eher indirekten Zusammenhang zwischen positiven Gefühlen und Gesundheit zu erwähnen, der dadurch zustandekommt, dass ‚gutgelaunte‘ Menschen eher die Sympathien anderer gewinnen und durch ihr prosoziales Verhalten soziale Bindungen stärken, die sich wiederum förderlich auf die Gesundheit auswirken (vgl. für einen Überblick: Kubzansky u. Kawachi, 2000 a., S. 229f.).

⁵² Es sieht so aus, als ob Stresssystem und Glückssystem sich nicht nur – wie in den vorgenannten Beispielen – gegenseitig beeinflussen, sondern sich zum Teil auch in ihren neurophysiologischen Abläufen überschneiden. Berridge zeigt, dass auch vermeintlich basale Emotionen aus verschiedenen Kernprozessen zusammengesetzt sind und einige dieser Kernprozesse sowohl an positiven als auch an negativen Emotionen beteiligt sind. So scheinen ebenso typische Zusammenhänge zwischen Teilprozessen von Vergnügen und Schmerz zu bestehen wie Überschneidungen zwischen dem Wünschen und Begehren und Kernprozessen der Emotionen Angst und Furcht (vgl. z. B. Berridge, S. 544 ff.).

Unklare Zusammenhänge zwischen positiven Emotionen und Gesundheit

Nach der vorliegenden Literatur sind die physiologischen Effekte positiver Emotionen offensichtlich nicht so eindeutig zu identifizieren, wie dies für die negativen Gefühle der Fall ist. Dies bedeutet aber auch, dass zumindest eine einfache Zuordnung positiver Gefühle zu gesundheitsfördernden physiologischen Wirkungen nach dem derzeitigen Stand der Forschung nicht zulässig ist. Zwar zeigt eine Reihe von Untersuchungen, dass positive Emotionen und Grundgestimmtheiten den Gesundheitsverlauf in förderlicher Weise beeinflussen können.

- So stellt Goleman (1998 b, S. 56 ff.) verschiedene Untersuchungen vor, u.a. eine, die schon in den vierziger Jahren begann. Harvard-Studenten wurden auf der Grundlage von Aufsätzen, in denen sie wichtige Ereignisse ihres Lebens beschrieben und erklärten, als Optimisten oder Pessimisten eingestuft. Die Pessimisten hatten ab ihrem vierzigsten Lebensjahr erheblich mehr ernsthafte Krankheiten als die Optimisten. In dieselbe Richtung weist auch eine Untersuchung an der Universität von Michigan mit Patienten nach einer Bypass-Operation. Hier zeigte sich, dass bei den Optimisten nicht nur die Operation weniger problematisch, sondern auch der Erholungsvorgang schneller verlief.
- Eine Studie von Danner, Snowdon und Friesen zeigt ebenfalls, dass Menschen, die sich gut fühlen, im Durchschnitt auch länger leben. Diese Psychologen werteten 180 biographische Texte (Tagebücher, Aufsätze) von Nonnen auf ihren emotionalen Gehalt hin aus und stellten anhand von Aussagen über Freude, Glück, Liebe, Hoffnung, Dankbarkeit etc. fest, dass eine positive, optimistische und fröhliche Lebenseinstellung die Lebenszeit bis zu ca. 10 Jahre verlängern kann (vgl. Danner u.a., 2001)
- Die oben bereits erwähnte Forschungsgruppe um Fredrickson fand auch einen Weg die körperlichen Effekte positiver Emotionen zu messen. Bei zuvor gestressten Probanden wurden durch fröhliche Filme positive Gefühle erzeugt, „die das aufgewühlte Herz-Kreislauf-System .. eindeutig günstig (beeinflussten)“ (Fredrickson, S. 41). Fredrickson interpretiert die Ergebnisse ihrer Experimente dahingehend, dass die entschärfende Wirkung positiver Gefühle in Stresssituationen nahelegt, „dass sie langfristig eine Schädigung des Herz-Kreislauf-Systems durch negative Gefühle reduzieren könnten“ (ebd.)
- Andere Beispiele für die gesundheitsförderliche Wirkung positiver Emotionen stammen von dem Neuropsychologen Davidson, der seit langem die Zusammenhänge zwischen dem affektivem Stil eines Menschen und der Aktivität der Amygdala bzw. des präfrontalen Kortex sowie deren Zusammenhänge mit weiteren biologischen Parametern erforscht. Nachdem er in früheren Arbeiten gezeigt hat, dass Menschen mit starker Dominanz der linken Gehirnhälfte dispositionell ebenso wie in experimentell erzeugten Situationen⁵³ mehr positive

⁵³ Davidson hat in verschiedenen Experimenten untersucht, wie sich die psychische Verfassung seiner Testpersonen auswirkt. Demnach ließen sich Versuchspersonen umso weniger von bedrückenden Bildern und Filmsequenzen aus der Ruhe bringen, je aktiver ihre linke Hirnhälfte war. Versuchspersonen mit aktiver rechter Gehirnhälfte gelang es dagegen deutlich schlechter, ihre Erregung zu bekämpfen (vgl. Klein, S. 59 ff.; vgl. für einen Überblick auch: Davidson, 2003; Davidson u.a., 1999 sowie Pauli u. Birbaumer, 2000). Auch Goleman berichtet von Experimenten, bei denen Wissenschaftler der Harvard Universität die Hormonausschüttung von Personen untersuchten, die sich Filmkomödien anschauten, und entdeckten, dass sich der Cortisol-Spiegel dabei senkte und die Zahl der Abwehrzellen erhöhte. In einem weiteren, ähnlichen Experiment wurde eine Vermehrung von T-Lymphozyten festgestellt und außerdem, dass diejenigen Menschen, die im Alltag gerne lachen, den höchsten Anstieg an T-Lymphozyten aufwiesen. In diesem Zusammenhang verweisen Kritiker allerdings darauf, dass die genannten Immunparameter nur sehr ungenaue Messgrößen darstellen (vgl. Goleman, 1998 b, S. 59 f., vgl. a. Stock u. Badura, 1995, S. 84).

Affekte bzw. eine allgemein positivere Gefühlseinstellung zeigen als Menschen mit einer Dominanz der rechten Gehirnhälfte, machen Arbeiten aus jüngerer Zeit darüber hinaus deutlich, dass die Erstgenannten auch über mehr Killerzellen und über ein aktiveres Immunsystem verfügen. So sprachen Versuchsteilnehmer umso besser auf eine Grippeimpfung an, je stärker die Aktivität ihrer linken Gehirnhälfte überwog (vgl. den Review von Davidson, 2003; vgl. a.: Davidson, 1999; Rosenkranz u.a., 2003 sowie Saron u. Davidson, 1998)

Es ist aber unklar, wie diese Effekte zustandekommen. Man vermutet, dass „negative Emotionen bei Menschen mit mehr Aktivität im linken Stirnhirn weniger häufig auftreten und nicht so lange anhalten“ (vgl. Klein, S. 62), so dass „ihr Körper insgesamt weniger Stresshormone ausschüttet“ (ebd.). Dies würde die These unterstützen, dass positive Emotionen weniger *direkt* die Gesundheit beeinflussen, sondern vielmehr dadurch, dass sie im Sinne eines Puffereffekts dämpfend auf schädigende Stresseemotionen wirken (vgl. Stock u. Badura, S. 84).

Schließlich finden sich auch vereinzelt Hinweise auf eine gesundheitsförderliche Wirkung positiver Emotionen auf der peripher-physiologischen Ebene. Beispielsweise wurden während als glücklich erlebter Phasen signifikant niedrigere Blutdruckwerte registriert als während der Phasen, die durch Aggression oder Angstgefühle gekennzeichnet waren (vgl. Stock u. Badura, 1995, S. 79 ff.).

Insgesamt erscheinen die vorliegenden Forschungsbefunde aber zu singulär, um eine zusammenhängende Aussage zu den gesundheitsförderlichen physiologischen Wirkungen von positiven Emotionen machen zu können. Dennoch: Obwohl die Mechanismen, wie die positiven Emotionen auf den Körper und auf die Gesundheit wirken, im Einzelnen zu wenig bekannt sind, machen die vorliegenden Befunde doch deutlich, dass es in jedem Fall sinnvoll ist, das bereits vorliegende Wissen zumindest für unser psychisches Wohlbefinden zu nutzen. So eröffnet uns beispielsweise die Tatsache, dass „die Hirnsysteme für negative und positive Empfindungen so miteinander verbunden (sind), dass ein gutes Gefühl schlechte verhindern kann und umgekehrt“ (Klein, S. 56) auch die Möglichkeit, unangenehmen Gefühlen entgegenzuwirken und mit positiven Erlebnissen schlechte Gefühle zu verdrängen. Wir können lernen, Dinge zu tun, die die Aktivität unseres linken Stirnhirns steigern, z.B. indem wir uns soziale Unterstützung suchen, uns bewegen, stimmungshebende Filme betrachten oder lernen, unseren Geist systematisch zu trainieren (vgl. Klein, S. 56 ff.). In Bezug auf den zuletzt genannten Aspekt verweisen Untersuchungen des Hirnforschers Davidson darauf, dass Meditationsübungen die Aktivität des linken Stirnhirns steigern. Seine erste Testperson, ein buddhistischer Mönch zeigte sogar eine linksfrontale Hirnaktivität, die alles in den Schatten stellte, was Davidson bis dahin studiert hatte (vgl. die Hinweise bei Flanagan, 2003 u. bei Klein, S. 66). Entsprechende Befunde fand Davidson aber nicht nur bei praktizierenden Buddhisten sondern auch bei den Teilnehmern eines auf Meditationsprinzipien basierenden Stressbewältigungsprogramms, welches hinten in Kap. 7.2.2 noch genauer vorgestellt wird (vgl. Davidson u.a., 2003).

Offensichtlich ist, dass es für viele Menschen „positive Emotionen nicht gratis geben (kann)“ (Klein, S. 48). „Wir neigen dazu, Glück als Genuss ohne Vorgeschichte und Kosten zu begreifen, nicht als einen Prozess“ (ebd.), für den wir etwas tun können.⁵⁴ Anders als viele Men-

⁵⁴ Selbst wenn manche Menschen mit einem aktiven linken Stirnhirn genetisch bevorzugt sein mögen, so kann sich diese Grundausstattung im Laufe des Lebens umkehren. Was ein bestimmtes Gen im Organismus anrichtet, hängt in hohem Maße von Wechselwirkungen mit der Außenwelt ab. So berichtet Klein über eine persönliche Mitteilung des Hirnforschers Davidson, wonach dieser festgestellt hat, dass sich die Stirnhirnak-

schen heute, „die das Glück als etwas Schicksalhafteres verstehen,.. verbanden die Denker im alten Griechenland das Glückliche mit dem richtigen Tun“ (ebd.). Wenn es aber stimmt, dass „das Unglück von alleine (kommt), um das Glück hingegen wir uns bemühen (müssen)“ (ebd., S. 47), so kann uns die Neurobiologie auf dem Weg dahin einige wertvolle Grundlagen vermitteln. Die antiken Philosophen und die religiösen Schulen des Ostens, insbesondere die buddhistische Tradition lehren uns, dass es darauf ankommt, „gute Gewohnheiten in uns zu verankern, weil diese die Seele formen“ (ebd., S. 87). Wie solche Gewohnheiten und ein solcher disziplinierter Umgang mit unseren Erfahrungen geübt werden können, das wird Gegenstand des sechsten und siebten Kapitels sein.

2.6 Fazit

In diesem Kapitel wurden verschiedene Theorieansätze dargestellt, die zu klären versuchen, was Emotionen sind, wie sie entstehen und wie sie sich auswirken. Zunächst einmal kann eine „Emotion“ nun in zunehmendem Maße als ein multikomponentieller Prozess definiert werden, der sich primär durch verschiedene Anpassungsreaktionen auf Ereignisse oder Objekte auszeichnet, die ein Organismus als wichtig für sein Wohlbefinden einschätzt (vgl. Zentner u. Scherer, S. 151). Etwas poetischer ausgedrückt: Emotionen dienen dazu, „komplizierte Lebewesen durch ihr verschlungenes Leben zu steuern“ (Klein, S. 290, Fußnote 10). Zu den Komponenten dieses Prozesses rechnet man in der Regel zentrale und periphere neurophysiologische Veränderungen, den subjektiven Gefühlszustand, verschiedene emotionsdifferenzierende kognitive Bewertungen sowie mimische und motorische Ausdrucksprozesse, d.h. verhaltensbezogene Komponenten.

Erkenntnisse über emotionale Prozesse sind insbesondere der Stressforschung zu verdanken sowie all den Wissenschaftszweigen, die sich mit der Physiologie des zentralen und des peripheren Nervensystems sowie mit psychoneuroimmunologischen Zusammenhängen, d.h. mit dem Zusammenspiel von Nerven-, Immun- und Hormonsystem befassen. Eine große Schwierigkeit bei der Zusammenführung der vielfältigen Theorien und Einzelbefunde besteht allerdings darin, dass sich mit jeder der Ebenen zentrales Nervensystem, peripheres Nervensystem, Immun- und Hormonsystem sehr spezialisierte Forschungsgebiete befassen.

Sehr vorangeschritten ist in jüngster Zeit die Forschung auf der Ebene des zentralen Nervensystems, des Gehirns. Vor diesem Hintergrund wird die Grundannahme, dass Emotionen auf einer biologischen Hardware beruhen, eigentlich von niemandem in Frage gestellt. Viele Neurowissenschaftler gehen zumindest von einer begrenzten Anzahl fundamentaler Emotionen aus (vgl. Damasio, 2000; LeDoux, 1998; Panksepp 1992 u. 1998; Roth, 2001, S. 318). Beispielsweise unterscheidet der Neuropsychologe Panksepp, dessen Modellvorstellungen in diesem Zusammenhang hervorzuheben sind, vier grundlegende Schaltkreise: je ein System für Kampf bzw. Angriff, für Flucht, für die Panik und den Kummer des Verlassenwerdens, sowie für die Neugierde bzw. das Suchen nach und die Erwartung von Belohnung. Diesen Schaltkreisen werden wiederum verschiedene Emotionen wie Wut, Ärger und Hass; Angst und Furcht; Einsamkeit, Kummer und Trennungsschmerz, sowie freudige Erwartung, Verlangen und Hoffnung zugeordnet, wobei Panksepp einschränkend darauf hinweist, dass diese üblichen sprachlichen

tivität, die er im Babyalter vermessen hatte, schon im Schulalter zum Teil sehr verändert hatte (vgl. Klein, S. 65 f.).

Label für die Emotionen aus neurowissenschaftlicher Perspektive nur mit Vorbehalt zu benutzen seien, da diese kaum geeignet sind, die vielen psychobehavioralen Funktionen eines Emotionssystems adäquat abzugrenzen (vgl. Panksepp, 1992, S. 554 ff.; ders., 1998, S. 50 f.)⁵⁵.

Schon schwieriger ist es, die genannten Emotionen auch auf peripher-physiologischer Ebene zu erfassen. Von Ekman und verschiedenen anderen Vertretern der Theorie der Basisemotionen werden einige Untersuchungen zu spezifischen peripher-physiologischen Mustern des autonomen Nervensystems für Ärger, Furcht, Traurigkeit und Ekel angeführt (vgl. Ekman, 1992, S. 552). Auch zeigen Befunde aus der Stressforschung Unterschiede von neuroendokrinen Stressreaktionen zwischen dem „Kampfmuster“ bzw. der erfolgreichen Kontrolle einer Situation einerseits sowie abnehmender Kontrolle und zunehmenden Fluchttendenzen und schließlich dem Verlust der Kontrolle, dem Aufgeben der Kontrollversuche, Hilflosigkeit und Depression andererseits (vgl. Henry, 1991). Diesen Befunden stehen die Ergebnisse einer Literaturübersicht über 14 relevante psychophysiologische Untersuchungen gegenüber, die sich „durch eine vergleichsweise geringe Konsistenz“ (Stemmler, 2000, S. 485; vgl. a. ders., 1998) auszeichnen. In einer Reihe von Studien ist es zwar gelungen, verschiedene peripher-physiologische Reaktionen auf Angst und Ärger aufzuzeigen, ohne dass aber zugleich durchgängig deutliche Unterschiede zwischen beiden Emotionen gemessen werden konnten (vgl. Stemmler, 2000, S. 485 ff.; ders., 1998, S. 140). Für eine weitergehende Klärung gilt es daher zunächst noch verschiedene Methodenprobleme zu überwinden (vgl. ders., 1998, S. 140). Anzumerken ist auch, dass in der Psychophysiologie Angst und Ärger sehr viel häufiger als andere Emotionen untersucht wurden (vgl. ders., 2000, S. 484).

Eine besondere Herausforderung für die Forschung ist es wohl, die Emotion Freude zu erfassen. Zwar können bestimmte Areale im Gehirn mit dieser Emotion in Verbindung gebracht werden. Auch sind verschiedene Botenstoffe und Neurotransmitter bekannt, wie das Dopamin oder die Opiode, die mit Anregung, freudiger Erwartung, Genuss und Wohlbefinden zu tun haben. Aber bisher konnte ein spezifisches peripher-physiologisches Muster für Freude nicht eindeutig identifiziert werden. Man führt dies darauf zurück, dass die ausgeprägte Anpassungs- und Reaktionsbereitschaft des Körpers für bedrohliche Reize ihren Sinn macht, aber für positive Reize biologisch überflüssig ist (vgl. Ekman, 1992, S. 552; vgl. a. Stock u. Badura, S. 78 ff.). Dennoch sollte festgehalten werden, dass zumindest verschiedene Einzelbefunde vorliegen, die deutlich machen, dass die Stärkung der Emotion Freude sich förderlich auf die Gesundheit auswirkt.

Ein Grund für die Schwierigkeit der Emotionsdifferenzierung könnte darin bestehen, dass auch die sogenannten basalen Emotionen aus Kernprozessen zusammengesetzt sind und einige dieser Kernprozesse sowohl an positiven wie auch an negativen Emotionen beteiligt sind (vgl. Berridge, 1999). Eine genauere Kenntnis dieser Kernprozesse und ihrer Überschneidungen würde sicherlich auch zur Klärung der Frage beitragen, ob es sich bei den sogenannten Basis-

⁵⁵ In einer neueren Veröffentlichung bezieht Panksepp (vgl. 1998) noch drei weitere „sozial-emotionale Systeme“ mit ein, darunter eins für die sexuelle Lust, eins für die mit dem Spiel verbundene Freude, sowie ein System für die mütterliche Pflege und Sorge (vgl. ebd., Kap. 12, 13 u. 15). Dabei geht er davon aus, dass auch diesen emotionalen Systemen „in der sich entwickelnden Diskussion um eine neuropsychologisch fundierte Emotionstaxonomie ein formaler Status zukommt“ (ebd., S. 51).

emotionen um neurobiologisch starre Reaktionsmuster oder um Ansammlungen von Basis-komponenten handelt.⁵⁶

Fasst man nun diesen hier skizzierten Erkenntnisstand zusammen, dann ist die Wissenschaft von einer „physiologischen Landkarte der Emotionen“ (Stemmler, 1984, S. 331) immer noch recht weit entfernt. Auch ist das Bild, das die Forschung zum gegenwärtigen Zeitpunkt aufzeigt, noch sehr grob. Dennoch gleicht dieses Bild bereits einem Puzzle, dessen Motiv zumindest in den Grundzügen schon zu erkennen ist. Daher ist das Fazit mit Blick auf das Anliegen dieser Arbeit trotz allem erfreulich. Wie das folgende Kapitel zeigen wird, sind zumindest die emotionalen Systeme, die mit Krankheit in Verbindung gebracht werden, so weitgehend aufgeklärt, dass ihre körperlichen Auswirkungen nicht/kaum mehr in Frage gestellt werden können. Neben den Befunden über das Kampfverhalten, das mit Wut bzw. Ärger in Verbindung gebracht wird und über das Fluchtverhalten, das mit Angst in Zusammenhang steht, liegen auch Erkenntnisse über die Panik des Verlassenwerdens vor und darüber, was schließlich bei zunehmendem Kontrollverlust und Hilflosigkeit im Körper geschieht, wenn alle Anstrengungen, die Kontrolle über eine Situation zu behalten, aufgegeben werden. In diesem Zusammenhang sind auch die vielfältigen Befunde über das Syndrom der Depression zu erwähnen. Auch wenn diese nicht zu den basalen Emotionen zählt, so stellt sie doch einen Zustand außerordentlicher Niedergeschlagenheit dar, der Psyche und Körper in vielfältiger Weise belastet.

Sehr viel geringer ist die Zahl der Befunde zu den positiven Emotionen. Zwar liegen verschiedene Einzelergebnisse zur Emotion Freude und ihren gesundheitsförderlichen Wirkungen vor. Diese reichen aber bei weitem nicht, um alleine darauf ein Gesundheitsförderungskonzept zu etablieren. Daher gilt es, weiterhin beide Seiten der Medaille, die Gesundheitsrisiken und die Gesundheitsressourcen, zu berücksichtigen.

Es geht nun darum, die vielen Teiltheorien, die sich auf einzelne Aspekte des Emotionsphänomens spezialisiert haben, in umfassendere integrative Theorien zu integrieren, die der Multi-komponentialität des Phänomens Rechnung tragen (vgl. Zentner u. Scherer, S. 157). Ein integratives Modell, welches sowohl aus emotionspsychologischer (vgl. ebd) als auch aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht besonders geeignet erscheint, ist das weiter oben im Kapitel eingehend beschriebene transaktionale Stressmodell von Lazarus. Dieser führt ein Emotionskonstrukt ein, in dessen Mittelpunkt der Begriff subjektiver Bewertung steht. Er nimmt an, dass sich die emotionale Reaktion und das konkrete Verhalten unterscheiden, je nachdem, ob ein Individuum sich bedroht, geschädigt oder herausgefordert sieht und ob ihm ausreichende Bewältigungsmittel zur Verfügung stehen. Soweit decken sich die Ergebnisse der neurophysiologischen Stress- und Emotionsforschung mit dem transaktionalen Stressverständnis von Lazarus.

Differenzen ergeben sich allerdings für das Verständnis der Beziehung von Kognition und Emotion. Berücksichtigt man die Bedeutung aktueller neurowissenschaftlicher Erkenntnis, dann zeichnet sich sehr ab, dass die Emotionen ernstzunehmendes Eigengewicht haben und – wie der Psychologe Ulich in etwas anderem Zusammenhang anmerkt – mehr sind als „*der*

⁵⁶ Die diesbezügliche Auseinandersetzung zwischen Ekman (1992), Izard (1992), Panksepp (1992) einerseits und Turner u. Ortony (1992) andererseits deutet darauf hin, dass ein wesentlicher Grund für den Dissens darüber, warum und ob bestimmte Emotionen als basal anzusehen sind, in den von den Autoren jeweils dafür zugrunde gelegten Bestimmungskriterien und theoretischen Begründungen zu sehen sein dürfte (vgl. zur Diskussion um die elementaren oder basalen Emotionen a. die Darstellung bei Roth, 2001, S. 265 ff.).

Schwanz, der mit dem Hund wedelt“ (Ulich, 1992, S. 49, Hervorh. i. Original/U.F.). Die bisherige Annahme der Bewertungstheorien, dass Emotionen immer postkognitiv entstehen, wurde zwar schon verschiedentlich in Frage gestellt (vgl. Zajonc, 1980; Kruse, 1985, S. 17 f.), kann aber jetzt erst durch die Neurowissenschaften eindeutig widerlegt werden. „Ohne irgendeine bewußte, kognitive Beteiligung können emotionale Reaktionen und emotionale Erinnerungen entstehen, weil das emotionale System anatomisch unabhängig vom Neokortex agieren kann“ (Le Doux, zit. n. Goleman, 1998, S. 38). „Der Mandelkern kann Erinnerungen und Reaktionsmuster enthalten, die wir umsetzen, ohne recht zu wissen warum, weil die Abkürzung vom Thalamus zum Mandelkern den Neokortex völlig übergeht“ (ebd.). So kann es vorkommen, dass mächtige emotionale Erinnerungen später losgelöst von der Ursprungssituation immer wieder auftauchen und die Auseinandersetzungen des Betroffenen mit den Herausforderungen seines Lebens entscheidend beeinflussen, ohne dass er sich ihrer bewusst erinnert (vgl. ebd.; vgl. zum Verhältnis von Verstand und Gefühl a. Roth, 2001, S. 318 ff.).

Diese Befunde haben nicht nur Konsequenzen für die vielen in der Psychologie verbreiteten Bewertungstheorien, u.a. auch für die einflussreiche kognitive Emotionstheorie von Lazarus. Sie müssen zwangsläufig auch berücksichtigt werden, wenn es um die Entwicklung von Stressbewältigungs- bzw. Emotionsbewältigungskonzepten geht, die ja häufig auf solchen Bewertungsmodellen aufbauen. Diese Aspekte werden daher später noch einmal aufgegriffen, wenn es um die Beeinflussung und Veränderung unlustbetonter Emotionen geht und um die Frage, wie Gesundheitsförderung dazu beitragen kann.

Bevor es nun im nächsten Kapitel um die Untersuchung von gesundheitsriskanten bzw. gesundheitsförderlichen Persönlichkeitsdispositionen geht, soll abschließend noch eine Bild vorgestellt werden, welches der Neuropsychologe Panksepp benutzt, um die Funktionsweise der Emotionen zu illustrieren. Er schlägt vor, dass wir uns die emotionalen Systeme im Gehirn wie Bäume vorstellen sollten. Die Baumstämme entsprechen den verschiedenen basalen Emotionen, die auf einem relativ niedrigen präverbalen Niveau tief im subkortikalen Bereich des Gehirns, im limbischen System und bis in den Hirnstamm hinein verwurzelt sind. Von diesen Stämmen ausgehend strecken die Bäume dann ihre Äste in alle Richtungen, d.h. in die höheren kortikalen Ebenen des Gehirns hin aus. Auf diesen höheren Ebenen werden die emotionalen Systeme durch eher (plastische) formbare kognitive Prozesse ergänzt und verfeinert und durch unsere sprachlichen Möglichkeiten beeinflusst. Dies bedeutet, dass lexikalisch und sozial-konstruktivistisch orientierte Emotionsmodelle zwar Beträchtliches zu den verzweigteren Ästen des emotionalen Baumes und zum Verständnis des semantischen Feldes von Emotionsausdrücken beitragen können. Zur Aufklärung psychologischer Prozesse werden nach Meinung von Panksepp aber nur die Forscher beitragen, die zu allererst bereit sind, die fundamental neurobiologische und affektive Natur des Gehirns zugrunde zu legen (vgl. Panksepp, 1992, S. 556/558).⁵⁷

⁵⁷ Zumindest erwähnt werden sollte an dieser Stelle auch die Gefühlstheorie des Hirnforschers Damasio, dessen Überlegungen ebenfalls in die von Panksepp vorgeschlagene Richtung weisen. Zugleich geht Damasio aber darüber hinaus, insofern er diese Überlegungen zum Ausgangspunkt nimmt um die Entstehung eines komplexen Bewusstseins zu erklären. Nach dieser Theorie sind Emotionen und Gefühle eine Grundvoraussetzung für die Entwicklung des Bewusstseins. Alle drei Phänomene Emotion, Gefühl und Bewusstsein sind tief im Körper verankert – Damasio spricht von unausweichlicher Körperbezogenheit – und bauen aufeinander auf (vgl. Damasio, 2000, S. 339 ff.). Während Emotionen – von Damasio als vorübergehende Veränderung im Zustand des Organismus definiert (vgl. ebd.) – komplexe, aber stereotypisierte Reaktionsmuster darstellen, die Teil homöostatischer Regulationen sind und ihrerseits auf basalen, ganz einfachen Mechanismen der Le-

Wenn nun in den weiteren Kapiteln Persönlichkeitsfaktoren und Gesundheitsverhaltensweisen auf ihre emotionalen Hintergründe befragt werden, dann dürfte es interessant sein, die Spuren und Wirkungen der bisher betrachteten emotionalen Systeme weiterzuverfolgen.

bens- und Stoffwechselregulation aufbauen, stehen die Gefühle dem erweiterten Bewusstsein und komplexeren Denkprozessen bereits sehr viel näher. Vereinfacht ausgedrückt werden die Berichte über die Veränderungen im gesamten Organismus und über die Beziehungen zwischen Objekten (Reizen) und Organismus ständig im Gehirn kartiert (vgl. ebd., S. 73 u. S. 204 ff.). Gegenüber Karten erster niederer Ordnung, die sozusagen sprachlose, sensorische Berichte über diese Veränderungen darstellen, stellen die Gefühle Karten höherer, zweiter Ordnung dar, die diese Veränderungen bereits als Vorstellungen erfassen (vgl. ebd., S. 340). Ein Gefühl setzt nach Damasio voraus, das eigene Fühlen zu erkennen. Die Reflexion stellt also einen weiteren Schritt „nach oben“, hin zu den höheren Denkprozessen bzw. zu einem komplexen Bewusstsein dar (vgl. ebd.). Entwicklungsmäßig betrachtet ist ein anfängliches, eher flüchtiges, aber gefühltes und bewusstes Kernselbst, welches durch ständig wechselnde Objekte erzeugt wird und vor allem die Karten zweiter Ordnung repräsentiert, die Voraussetzung für die Herausbildung eines stabileren autobiographischen Selbst und für die Herausbildung eines erweiterten, komplexen Bewusstseins, welches Sprache und Erinnerung voraussetzt (vgl. ebd., S. 211 u. S. 371). Diese Theorie, nach der der Geist „aus dem ganzen Organismus statt nur aus einem körperlosen Gehirn“ entsteht (Damasio, 1997, S. 305), Denken und Fühlen also auch im Hinblick auf die „höchsten Funktionsebenen“, die wir als Geist und als Seele bezeichnen, unausweichlich verknüpft sind (ebd., S. 333), hat den Autor bereits in einer früheren Arbeit dazu veranlasst, die von Descartes postulierte Trennung von Körper und Geist als Irrtum zu bezeichnen (vgl. ebd., S. 328 ff.) und die cartesianische Vorstellung von einem körperlosen Geist durch die Annahme von einem „wahrhaft verkörperte(n) Geist“ (ebd., S. 333) zu ersetzen.

3 Gesundheitsrelevante Persönlichkeitsdispositionen und Emotionen

Im vorangegangenen Kapitel wurde eine Vielzahl von Theorien, Modellen und Einzelbefunden vorgestellt, die sehr deutlich gezeigt haben, welche eine zentrale Mittlerfunktion die Emotionen in der Auseinandersetzung zwischen Person und Umwelt, Psyche und Körper innehaben. Die Emotionen bilden nicht nur „das vielleicht wichtigste Verarbeitungssystem bedeutsamer Reize“ (Seefeldt, S. 42); ihnen kommt darüber hinaus, aufgrund ihrer außerordentlich engen Verbindung mit vielfältigen körperlichen Prozessen, wahrscheinlich auch eine wichtige Bedeutung für die Aufrechterhaltung der Gesundheit bzw. für die Entwicklung und den Verlauf von Erkrankungen zu. Mit Blick auf diese Fragestellung wurde im vorangegangenen Kapitel zunächst einmal die direkte Wirkung der Emotionen auf den Körper untersucht. Nun geht es in einem weiteren Schritt darum, zu erforschen, wie sich die Emotionen auf einem interaktiven Weg, d.h. vermittelt über Persönlichkeitsdispositionen und die damit verbundenen Bewertungs- und Bewältigungsmuster, auf die Gesundheit auswirken.

Menschen unterscheiden sich in der Art und Weise, wie sie gewohnheitsmäßig und situationsübergreifend auf Umwelanforderungen reagieren und ihre eigenen Bewältigungs- bzw. Handlungsmöglichkeiten einschätzen. Beispielsweise kann eine Person abhängig vom Selbstmodell dazu neigen, eigene Bewältigungsmöglichkeiten zu unterschätzen und Bedrohungen ihres Selbstwerts zu befürchten, während eine andere hohes Vertrauen in die eigenen Bewältigungsfähigkeiten hat und sich sicher fühlt, den Anforderungen gewachsen zu sein. Weil vor dem Hintergrund des transaktionalen Stressmodells anzunehmen ist, dass ein Mensch, der sich hilflos und verwundbar fühlt, mehr Stress erlebt, ungünstigere Verhaltensmuster „wählt“ und dadurch krankheitsanfälliger ist als jemand, der ein hohes Vertrauen in die verfügbaren Bewältigungsfähigkeiten hat und sich Anforderungen gegenüber sicher und gelassen fühlt, besteht in den Gesundheitswissenschaften ein großes Interesse an dieser Thematik.

Die Forschung versucht nun einerseits, solche übergreifenden Bewertungsstile zu identifizieren – Lazarus (1991, S. 138 f.) spricht in diesem Zusammenhang von „appraisal styles“ –, die Menschen in besonderer Weise dazu disponieren, sich zu einer Vielzahl von Anforderungssituationen in ein stressbezogenes Verhältnis zu setzen, und die dadurch für den Betroffenen zum gesundheitlichen Risiko zu werden.⁵⁸ Andererseits richtet eine salutogenetisch orientierte Forschungsperspektive den Blick ebenso auf solche Bewertungsstile, die einen Menschen vor Distress schützen und seine Gesundheit fördern. In diesem Zusammenhang ist die Rede von „emotionalen Dispositionen oder Prozesse(n)“ (Schwenkmezger, 1997, S. 303), von so genannten „Risiko- bzw. Schutzfaktoren“ (Becker, 1992 b, S. 65), von „Vulnerabilitäts- und Schutzfaktoren“ (Siegrist, 2000, S. 119), von personalen „Ressourcen“ einerseits und von

⁵⁸ Lazarus betont in diesem Zusammenhang ausdrücklich, dass nur die Rede sein dürfe von einem individuellen Gefühl der Anfälligkeit, einer „Neigung, sich geschädigt oder in Gefahr zu fühlen“ (Lazarus u. Launier, S. 224), die beeinflusst, ob man Schaden oder Nutzen antizipiert. Falsch wäre es dagegen, die Persönlichkeit als einzigen oder vorrangigen Faktor in der Stressreaktion zu bestimmen und darüber zu vernachlässigen, dass es sich bei der Stressentstehung immer um einen transaktionalen Prozess wechselseitiger Beeinflussung von Person und Umwelt handelt (vgl. ebd.).

„Vulnerabilität“, d.h. von Verletzbarkeit und von Krankheitsanfälligkeit andererseits (Schwarzer, 2000, S. 15).

Die Diskussion solcher situationsübergreifenden Bewertungsstile und Bewältigungsmuster, die als relativ stabile Persönlichkeitsmerkmale bzw. als situationsübergreifende Persönlichkeitsdispositionen verstanden werden, nimmt in den Gesundheitswissenschaften und vielen anderen Disziplinen breiten Raum ein. Die Fülle an Forschungsergebnissen und Einzeldaten, die mittlerweile zu diesem Thema vorliegt, ist in ihrer Gesamtheit beinahe unüberschaubar. Auch wird bei der Sichtung der Ergebnisse immer wieder deutlich, welche Probleme sich der wissenschaftlichen Erforschung von Zusammenhängen stellen, die dem Laien so unmittelbar einleuchtend erscheinen. Häufig werden widersprüchliche Ergebnisse, Methoden- und Operationalisierungsprobleme, Unklarheiten der Begriffsbildung etc. konstatiert (vgl. z.B. Schwenkmezger 1992 u. 1997, S. 303 f.).

Dennoch soll in diesem Kapitel versucht werden, wesentliche Theorien und Befunde zu den für die Gesundheit relevanten Persönlichkeitsdispositionen zusammenzutragen und auszuwerten. Dabei geht es vordringlich darum, Informationen über die Emotionen zu erhalten, die mit diesen relativ stabilen Persönlichkeitsmerkmalen einhergehen, und zu verstehen, wie sich solche Persönlichkeitsdispositionen auf das emotionale Erleben und auf das Gesundheits- bzw. Bewältigungsverhalten eines Menschen auswirken. Verschiedene empirische Belege weisen darauf hin, dass Emotionen wesentlich von bestimmten Charakteristika der betreffenden Person abhängen. Emotionen sind „also nicht nur Funktion der konkreten Situation, sondern (werden) immer auch durch Merkmale der einzelnen Person determiniert“ (Krohne u. Kohlmann, S. 486). Vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, dass die Auseinandersetzung mit den Persönlichkeitsmerkmalen auch Aufschluss über die beteiligten Emotionen und deren krankheitsbegünstigende oder gesundheitsfördernde Wirkung bieten kann. Darüber hinaus soll dieses Kapitel aber auch dazu dienen, einen Überblick über die zentralen in der Gesundheitsforschung diskutierten Konzepte zu bekommen und so möglicherweise Erkenntnisse zu gewinnen, die für alle weiteren Schritte bis hin zur Entwicklung von Überlegungen zur Gesundheitsförderung grundlegend sind.

Wenn im Folgenden die in der Gesundheitsdiskussion meistbeachteten „Persönlichkeitsmerkmale“ unter Berücksichtigung der jeweils beteiligten Emotionen dargestellt und in Bezug auf ihre möglichen pathogenen und salutogenen Wirkungen diskutiert werden, dann geschieht dies unter einer Voraussetzung: Es kann nicht um Vollständigkeit gehen, sondern nur um einen Überblick über die übergeordneten Linien der Diskussion.

3.1 Gesundheitsrisikofaktoren, Persönlichkeit und Emotionen

3.1.1 Typ-A-Verhalten, Feindseligkeit, Ärger etc.

Seitdem sich in den westlichen Industrienationen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen zur führenden Todesursache entwickelt haben, fahnden Wissenschaftler nach den Gründen für diese Entwicklung. Mit dem „Typ-A-Verhalten“ glaubten die Forscher in den siebziger Jahren, einen neuen Schlüssel zum Verständnis dieser Erkrankungen gefunden zu haben, nachdem sich herausgestellt hatte, dass Faktoren wie „gesundheitsschädigende Ernährungs- und Rauchgewohnheiten, in geringerem Umfang auch körperliche Inaktivität, das koronare Risiko mitbestimmen“ (Siegrist, 1996, S. 31) diese häufigste Todesursache aber „nur zu Bruchteilen aufklären“

konnten und können (Weber, 1994, S. 78). So wird in einem Übersichtsartikel über „psychosoziale Faktoren in der Genese und Rehabilitation des Herzinfarkts“ eine im Auftrag des amerikanischen Ministeriums für Gesundheit, Erziehung und Wohlfahrt erstellte Studie angeführt, die zu dem Ergebnis kommt, dass die somatischen Risikofaktoren „nur 25 % der Varianz der Herzkrankheiten auf(klären). Einen entscheidenden Beitrag zu den ungeklärten 75 % der Varianz tragen soziale und psychische Faktoren bei“ (Schmook u.a., S. 457). Andere Forscher schätzen den Anteil der traditionellen Risikofaktoren mit etwa 40 % zwar höher ein (vgl. den Übersichtsartikel von Kubzansky u. Kawachi, 2000 a, S. 219). Dennoch besteht breite Übereinstimmung in Bezug auf die Relevanz der psychischen und sozialen Faktoren für die Ätiologie der koronaren Herzkrankheit.

Im Zentrum dieser Diskussion stand lange Zeit das bereits genannte Typ-A-Verhaltensmuster. Dieser Begriff stammt von den beiden amerikanischen Kardiologen Friedman und Rosenman, die bei ihren Herzpatienten typische Verhaltensweisen beobachteten, die sie als Typ-A bezeichneten. Personen, die dieses Typ-A-Verhaltensmuster zeigen, zeichnen sich nach ihrer Beobachtung durch überzogenes Leistungsstreben, durch Rivalitätsdenken und Konkurrenzverhalten, durch ein übermäßiges Gefühl von ständigem Zeitdruck, durch Aggressivität und Ungeduld sowie durch eine feindselige Grundhaltung gegenüber anderen aus (vgl. Friedman u. Rosenman, 1975). Als sie begannen, dieses Verhaltensmuster systematisch zu untersuchen, grenzten sie demgegenüber das gegenteilige Typ-B-Verhaltensmuster ab, welches sie durch die Abwesenheit des für den Typ-A charakteristischen Verhaltensmusters bestimmten. Friedman und Rosenman merken allerdings an, dass es schwierig war, solche Männer für Kontroll- und Vergleichszwecke in San Francisco und Umgebung zu finden (vgl. ebd., S. 66 f.; vgl. a. S. 92).

Eine groß angelegte Studie – die Western Collaborative Group-Studie (vgl. zusammenfassend Schwarzer, 1996, S. 133 ff.; vgl. a. Schmook u.a., S. 460) – konnte zunächst auch zeigen, dass ein Typ-A-Verhalten bei Gesunden mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine zukünftige koronare Herzkrankheit einhergeht. In der WCG-Studie wurden in Kalifornien 3524 gesunde Männer über 8 1/2 Jahre hinweg beobachtet, wobei zu Beginn der Studie etwa die Hälfte als Typ-A und die andere Hälfte als Typ-B klassifiziert war. Männer, die als Typ-A klassifiziert waren, trugen im Vergleich mit den anderen Teilnehmern dieser Studie ein etwa doppelt so hohes Herzinfarktrisiko, und zwar nach Berücksichtigung anderer bekannter Risikofaktoren wie Alter, Blutdruck, Cholesterinspiegel und Rauchen. Dieser Befund konnte in anderen Studien, beispielsweise auch in der vielzitierten Framingham-Studie (vgl. Fußnote 29) bestätigt werden, wobei die Befundlage für Frauen in entsprechender Weise galt. Die Übereinstimmung der Befundlage zwischen den beiden großen epidemiologischen Längsschnittstudien an der amerikanischen Ost- und Westküste war so überzeugend, dass das National Institute of Health das Typ-A-Verhaltensmuster als ersten psychosozialen Faktor neben den traditionellen Risikofaktoren anerkannte (vgl. Kubzansky u. Kawachi, 2000 a, S. 219).

Feindseligkeit (Hostility)

Neuere Untersuchungen haben allerdings Zweifel an der generellen Gültigkeit des Typ-A-Konzeptes aufkommen lassen. So war z. B. die Überlebensrate von Typ-A-Personen nach einem Herzinfarkt höher als die von anderen Herzinfarktpatienten, so dass die Frage aufgeworfen wurde, ob das ja eigentlich als schädlich geltende Typ-A-Verhalten in der Phase nach dem Infarkt nicht durchaus hilfreich bei der Krankheitsbewältigung und bei der Einhaltung notwendiger Verhaltensänderungen ist, weil es eher mit der Fertigkeit verbunden ist, die Lebensweise

in positivem Sinne zu ändern (vgl. Schmook u.a., S. 460; vgl. a. Ernst, S. 22). Neuere Studien versuchen daher nun, die Aspekte von Typ-A herauszufiltern, die sich besonders gesundheits-schädigend auswirken.

Als Nachfolgekonzept des Typ-A hat sich in der Zwischenzeit der Komplex Ärger-Aggression und insbesondere Feindseligkeit – „hostility“ – herauskristallisiert (vgl. Schwarzer, 1996, S. 136). Mit dem Begriff „Feindseligkeit“ wird vor allem ein Muster negativ getönter Einstellungen und Haltungen Mitmenschen gegenüber bezeichnet, das sich durch Misstrauen und Zynismus charakterisieren lässt. Latente Feindseligkeit stellt eine Komponente des Typ-A-Verhaltens dar, die in erster Linie im Stress-Interview über bestimmte Sprechmerkmale (Lautstärke, gereizter Ton etc.) identifiziert wurde. Ein Problem besteht allerdings darin, dass der Begriffsumfang von Feindseligkeit recht weit und manchmal unklar ist, worin sich Feindseligkeit von Ärger oder Aggression unterscheidet (vgl. Siegrist, 1996, S. 108).

Allerdings sind auch in Bezug auf Feindseligkeit die Ergebnisse noch nicht letztgültig. Einerseits hat sich die Komponente „latente Feindseligkeit“ als besonders erklärungsstark erwiesen (vgl. Schwarzer, 1996, S. 137 f.; Scheier u. Bridges, 1995). Andererseits kommt Myrtek (1999) anlässlich einer Expertise für die Statuskonferenz Psychokardiologie zu dem Schluss, dass weder das „Typ-A-Verhaltensmuster“ noch „hostility“ eigenständige Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit darstellen (vgl. Myrtek, 1999, S. 59 f.). Allerdings betont er, dass sich sein Beitrag nur auf die Komponente „zynische Feindseligkeit mit Mißtrauen und Verstimmung“ bezieht. Nicht einbezogen wurden die Komponenten „offene Feindseligkeit bzw. geäußerter Ärger / Anger-out“ und „unterdrückte Feindseligkeit bzw. unterdrückter Ärger / Anger-in“ (ebd., S. 7). Durch diese Eingrenzung erscheint aber die Variable „chronischer Ärger“ unberücksichtigt, ein Faktor, der möglicherweise unabhängig von Feindseligkeit zu betrachten ist (vgl. Kubzansky u. Kawachi, 2000 a). Eine Studie aus jüngster Zeit, die ARIC-Studie, die prospektiv an 13851 Probanden durchgeführt wurde, zeigt eindrucksvoll, dass sich zumindest in der Gruppe der „ärgerempfindlichen“ Menschen mit einem Alter bis zu 60 Jahren und einem normalem Blutdruck das Risiko einer koronaren Herzerkrankung und eines Herzinfarkts unabhängig von den bekannten Risikofaktoren erhöht (vgl. Williams u.a., 2002; vgl. für einen ausführlichen Überblick a. Kubzansky u. Kawachi, 2000 b).

Ärgerverhalten und Blutdruck

Ärger und seine intensivere Variante, Wut, gelten in der Psychologie neben Angst/Furcht als Musterbeispiel einer Emotion (vgl. Weber, 1994, S. 13). Die Vorstellung, dass Ärger mit körperlichen Symptomen einhergeht, ist weit verbreitet, wie folgende Redewendungen deutlich machen: „Du bringst mich auf 180“, „Mir platzt der Kragen“ oder „Da läuft mir die Galle über“. Man nimmt an, dass akuter Ärger physiologisch mit einer erhöhten Noradrenalin- und Adrenalinaktivität einhergeht, die zu Gefäßverengung, erhöhtem Blutdruck etc. führt (vgl. vorne 2.5.1.2). Um aber Ärger als tatsächlich krankmachenden Faktor betrachten zu können, muss man davon ausgehen, dass nur chronische Formen des Ärgererlebens – also die Neigung, häufig und intensiv Ärger zu erleben oder in einer bestimmten Weise mit Ärger umzugehen – als Risikoverhalten in Frage kommen können.

Verglichen mit der Diskussion über den Blutdruck wurde Ärger als Risikofaktor für koronare Herzerkrankungen erst relativ spät aufgegriffen. Eine wesentliche Ausgangsbasis der Forschung war die von dem Psychoanalytiker Alexander bereits 1939 formulierte Hypothese, dass eine chronische Unterdrückung von Ärger, Feindseligkeit und Wut zu einer dauerhaften

Erhöhung des Blutdrucks führe. Bei Menschen, die keinen sozial akzeptablen Ausdruck ihrer aggressiven Gefühle finden, rufe dies wiederum Gefühle der Feindseligkeit, des Neides und der Unterlegenheit gegenüber erfolgreicherem und zu stärkerem Ausdruck fähigen Mitmenschen hervor. Bis heute steht allerdings nicht eindeutig fest, ob unterdrückter Ärger und das Nicht-darüber-Reden (anger-in) oder das offene Ausagieren von Ärger (anger-out) den verursachenden Faktor für Blutdruckerhöhungen und andere Erkrankungen darstellt. Der Schluss liegt nahe, dass „beide Formen des Ärgerausdrucks, vor allem in extremer Ausprägung, risikobehaftet sind“ (Weber, 1994, S. 81; Hervorh. i. Original/U. F.). Das „liegt allein schon dadurch nahe, daß sowohl für die Unterdrückung als auch für das expressive Ausagieren eine chronische physiologische Überaktivierung angenommen wird“ (ebd.).

Die empirischen Befunde zu diesen Fragestellungen sind heterogen, wobei für die unterschiedlichen Ergebnisse auch methodische Probleme verantwortlich gemacht werden. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Maß, in dem Ärger entweder offen ausgedrückt oder aber unterdrückt wird, in Beziehung zum Blutdruckverhalten steht. Dabei sind die Zusammenhänge zwischen offenem Ausdruck von Ärger und erhöhtem Blutdruck entgegen der Alexanderschen Hypothese deutlicher als bei unterdrücktem Ärger (vgl. Schwenkmezger, 1997, S. 310). Vögele und Steptoe fanden jedoch auch epidemiologische Studien, die eher emotionale Hemmung und Ärgerunterdrückung mit Bluthochdruck in Verbindung bringen, insofern bestätigt, als sie die ausgeprägteste Reaktivität bei Ärgerunterdrückern mit einem hohen genetischen Hypertonierisiko feststellen konnten. Zusammenfassend kommen sie aber aufgrund ihrer Literaturübersicht zu dem Schluss, dass sowohl Ärgerunterdrückung als auch häufiges Ärgererleben und dessen Äußerung kardiovaskuläre Hyperreaktivität hervorrufen (vgl. Vögele u. Steptoe, S. 184 f.). Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die Gesundheitsförderung ist daher Schwarzer zuzustimmen, der meint, dass es für die gesundheitliche Prävention günstig erscheint, die Emotion gezielt zu regulieren, wenn sie erlebt wird, und die „Lebensbewältigung so einzurichten, dass weniger Ärger erlebt wird“ (Schwarzer, 2000, S. 46).

Berufliche Kontrollbestrebungen

In den letzten Jahren hat durch die Forschungsgruppe um Siegrist eine weitere kritische Auseinandersetzung mit dem Typ-A-Verhaltensmuster stattgefunden, die auch die Bedeutung der beruflichen Belastung für die Krankheitsentstehung berücksichtigt und so einen Zugang zu einem erweiterten sozio-psychosomatischen Krankheitsverständnis eröffnet. Siegrist hat darauf hingewiesen, dass Distresserfahrungen und krankheitswertige Einflüsse auf das Herz-Kreislauf-System insbesondere in denjenigen beruflichen Anforderungssituationen zu erwarten sind, in denen Menschen quantitativ hoher psycho-mentaler Belastung (z.B. in Form von Zeitdruck) bei zugleich niedriger Belohnung bzw. niedrigen Kontrollmöglichkeiten ausgesetzt sind. Vor allem solche Personen seien koronargefährdet, die in einem derartigen beruflichen Leistungszusammenhang oft ein undosiertes Leistungsverhalten einsetzen und sich in unangemessener Weise verausgaben (vgl. Siegrist, 1996, S. 97 ff.). Um dem daraus resultierenden Zusammenwirken extrinsischer und intrinsischer Verausgabung Rechnung tragen zu können, wurde von Siegrist das Konstrukt „berufliche Kontrollbestrebungen“ (ebd., S. 104) entwickelt, das in einigen Merkmalen zwar dem zuvor beschriebenen Typ-A-Verhaltensmuster ähnelt, sich aber auch – u.a. durch seine Einbindung in ein dynamisches Modell einer Verausgabungskarriere – unterscheidet (vgl. ebd., S. 107 f.).

Etwas verkürzt lautet die Annahme nun, dass Personen mit hohen beruflichen Kontrollbestrebungen sich fortgesetzt überdurchschnittlich stark verausgaben und zugleich die Diskrepanz zwischen hoher Verausgabung und einer nur geringen Belohnung als besonders gravierend erleben. Letzteres – die geringe Belohnung – betrifft neben finanzieller Entlohnung auch die fehlende Anerkennung von Kollegen oder Vorgesetzten, schlechte Entwicklungsmöglichkeiten und mangelnde Arbeitsplatzsicherheit. Wenn zu der Bedingung hoher Verausgabung die Bedingung niedriger Belohnung hinzukommt und Menschen solchen beruflichen Gratifikationskrisen intensiv und über längere Zeit ausgesetzt sind, dann erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass Herz-Kreislauf-Risiken auftreten (vgl. ebd., S. 97 ff.).

Wie ist dieser Zusammenhang zu verstehen? Eine geringe Möglichkeit, die berufliche Situation zu kontrollieren und zu beeinflussen, von Siegrist als „niedrige berufliche Statuskontrolle“ bezeichnet (ebd., S. 96), blockiert u.a. Handlungschancen und die Möglichkeit von Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserwartungen und enthält außerdem angemessene Belohnungen und den Selbstwert bestätigende Erfahrungen vor. Dies führt „vermehrt zu sozialen Krisen, d.h. zu gestörter Selbstregulation mit den Folgen ausgeprägter negativer Emotionen und chronischer Distresserfahrungen“ (ebd.). Chronischer Distress und Gefühle der Angst, des Ärgers, der Wut, womöglich auch der Verzweiflung, die die Erfahrungen von Wirksamkeits- und Kontrollverlust typischerweise begleiten, gehen wiederum mit einer intensiven neurophysiologischen Aktivierung einher, die sich über Jahre hinweg unmerklich auf verschiedene Herz-Kreislauf-Funktionen bis hin zur Schädigung ungünstig auswirkt und das Immunsystem schwächt (vgl. ebd., S. 36 ff.).

Forderung nach dynamischen und komplexen biopsychosozialen Modellen

Die Arbeit von Siegrist und von anderen Autoren verweist darauf, wie wenig es ausreicht, ein Verhaltensmuster wie das des Typ-A nur auf einer beschreibenden Ebene der isolierten Einzel-faktoren zu betrachten, ohne zugleich den Kontext und die motivationale Grundlage zu berücksichtigen (vgl. aus Sicht von Psychosomatikern auch die Kritik von Bergmann, 1995, S. 100 f. u. von Herrmann-Lingen, 2000). Je tiefer man in die Diskussion einsteigt, desto deutlicher wird, dass neben den besprochenen Faktoren noch mehrere andere als mögliche Risiken der koronaren Herzerkrankung zur Diskussion stehen. Nicht nur Feindseligkeit und Ärger spielen eine Rolle bei deren Entstehung, sondern auch Angst und Depression sowie möglicherweise die Unterdrückung von Emotionen (vgl. Friedman u. Booth-Kewley, S. 549 ff.; vgl. a. Bardé u. Jordan, S. 18 ff.; Kubzansky u. Kawachi, 2000 a u. b; Scheier u. Bridges, 1995; Siegrist 2001 a).

Beispielsweise weist Siegrist auf eine enge Verbindung und zum Teil Überschneidung zwischen dem Konstrukt „berufliche Kontrollbestrebungen“ und dem Syndrom „vitale Erschöpfung“ hin, einem Zustand, der als herausragender Prädiktor für einen Herzinfarkt und den plötzlichen Herztod gilt (vgl. Siegrist, 1996, S. 109). „Vitale Erschöpfung“ ist u.a. durch ausgeprägte Fatigue, Hoffnungslosigkeit, Lustlosigkeit, Libidoverlust und Schlafprobleme gekennzeichnet und ähnelt in vieler Hinsicht dem Bild einer Depression (vgl. Appels u.a., 1994 u. 2000). Während aber hohe „vitale Erschöpfung“ wahrscheinlich als Endstadium einer Verausgabungskarriere betrachtet werden kann, ist mit dem Konstrukt „berufliche Kontrollbestrebungen“ eine vorhergehende Phase gekennzeichnet, die noch von Aktivität bestimmt ist, aber bereits mit negativen Emotionen und kritischen Erfahrungen einhergeht (vgl. Siegrist, 1996, S. 109 f.). Vor diesem Hintergrund erscheint es für Siegrist (vgl. ebd., S. 110) sinnvoll, Ver-

wandschaften und Beziehungen zum Burnout-Syndrom sowie zur Theorie erlernter Hilflosigkeit und der mit ihr assoziierten Depressionsneigung zu prüfen, – Zusammenhänge, die im Abschnitt 3.1.3. und im Kapitel 5 dieser Arbeit noch berücksichtigt werden.⁵⁹

Schließlich ist in diesem Zusammenhang auch eine Untersuchung zu erwähnen, die am Wissenschaftszentrum Berlin im Rahmen des Projekts „Humanisierung des Arbeitslebens“ durchgeführt wurde. Friczewski, einer der Forscher, relativiert das Typ-A-Muster stark und stellt fest: „Auf der phänomenologischen Ebene zeigen sich ... sehr große Unterschiede zwischen den einzelnen Herzinfarktpatienten; so sind unter ihnen z. B. stark gehemmt wirkende Personen ebenso vertreten wie sehr lebhaft und kontaktfreudige“ (Friczewski S. 44). Das uneinheitliche Erscheinungsbild der Infarktpatienten brachte Friczewski dazu, zwischen verschiedenen Grundmustern des Typ-A zu differenzieren und neben dem „Explodierer“ auch den gehemmten Typen zu erfassen, der selten explodiert, aber nach Konflikten lange erregt bleibt, oder Mischtypen, die oberflächlich eher ruhig wirken, aber hinter der ruhig erscheinenden Fassade leicht nervös werden und tiefsitzende Spannungen verbergen (vgl. ebd., S. 50). Das Gemeinsame dieser drei „Typen“ sieht Friczewski nun darin, dass alle das Selbstwertgefühl maßgeblich aus ihrer Arbeit ziehen und man „den Eindruck (hat), als solle die Arbeit das Gefühl des eigenen Ungenügens und damit verbundene depressive Regungen zudecken. Der Infarkt tritt oft ... gerade in dem Moment ein, wenn es für den Betroffenen unübersehbar wird, daß die Arbeit diese Funktion nicht mehr erfüllen kann“ (ebd., S. 52).

All diese Befunde verweisen darauf, dass die Entstehung der koronaren Herzerkrankung ein sehr viel komplexerer Prozess ist, als es die reine Beschreibung des Typ-A-Verhaltensmusters zunächst vermuten lässt. Auch wird deutlich, wie notwendig es ist, nicht nur psychologische Detailkonstrukte zu operationalisieren, sondern Modelle zu entwickeln, die auch den Prozess als Ganzes einschließlich seiner möglichen Hintergründe abbilden (vgl. a. das biopsychosoziale Modell zur KHK-Genese bei Hermann-Lingen, 2000 sowie zu den im Sinne wissenschaftlicher Evidenz anerkannten Einflüssen auf Entstehung u. Verlauf der koronaren Herzerkrankung: Siegrist, 2001).

Unabhängig vom Ausgang der Auseinandersetzung mit dem Typ-A-Verhaltensmuster und seinen Folgekonzepten kann aber abschließend zumindest festgehalten werden, dass es „eine Rückkehr zur nur-medizinischen Betrachtungsweise von Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ nicht mehr geben kann (Ernst, 1988, S. 25). Die Diskussion zum Typ-A hat nicht nur umfangreiches Grundlagenwissen zur Frage nach riskanten persönlichen Dispositionen und nach der Bedeutung der Emotionen für Gesundheit und Krankheit ins Blickfeld gebracht. Solche Theorien und Forschungsergebnisse, wie sie zum Beispiel von Siegrist und Mitarbeitern vorgelegt werden, helfen uns darüber hinaus auch zu verstehen, wie „affektiv gebahnte Prozesse der Gesundheitsförderung bzw. der Krankheitsempfänglichkeit ... durch das Zusammenspiel von sozio-emotionalen Motivationen und gesellschaftlicher Chancenstruktur moduliert (werden)“ (Siegrist, 1996, S. 90).

⁵⁹ Das Konstrukt „berufliche Kontrollbestrebungen“ scheint vor allem auch für Dienstleistungsberufe (vgl. Siegrist, 1996, S. 79) und hier besonders auch für die Pflegeberufe fruchtbar und von großer Bedeutung zu sein, da es sich ja dabei häufig um Tätigkeiten handelt, die „mit besonders hohen Verausgabungszwängen verbunden sind“ (ebd., S. 95).

Damit hat die Erforschung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen gewissermaßen Modellcharakter für viele Fragen nach der Entstehung von Krankheit und Gesundheit. Dies wird noch deutlicher, wenn es aufgrund von Erkenntnissen zu den weiteren Gesundheitsrisiko- und Gesundheitsschutzfaktoren im Folgenden zunehmend möglich wird, die hier bereits angesprochenen Zusammenhänge aus einer vertieften und erweiterten Perspektive zu betrachten. Dabei sollte auch in Erwägung gezogen werden, dass zumindest einige der hier im Zusammenhang mit den Herz-Kreislauf-Erkrankungen diskutierten Variablen möglicherweise gar nicht so krankheits-spezifische Ursachenfaktoren darstellen, wie es nach diesem ersten Unterkapitel aussieht, ein Aspekt, der im Fazit noch berücksichtigt wird (vgl. Friedman u. Booth-Kewley, S. 549 ff., vgl. zur Bedeutung der Emotionen a. Kubzansky u. Kawachi, 2000 a u. b sowie die Literaturübersicht von Scheier u. Bridges, 1995).

3.1.2 Typ-C-Verhaltensmuster, Depression, Hilf- und Hoffnungslosigkeit

Analog zum Typ-A-Verhaltensmuster, das einen bestimmten Umgang mit Belastungssituationen beinhaltet, der langfristig zur Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen beiträgt, vermuten manche Forscher auch ein Typ-C-Verhaltensmuster (vgl. Temoshok, 1987), das die Entstehung von Krebserkrankungen zu begünstigen scheint. Diesen Typ-C-Bewältigungsstil charakterisieren laut Temoshok unter anderem folgende Persönlichkeitszüge: Bescheidenheit, Anpassbarkeit, Perfektionismus, Förmlichkeit im Umgang, Schwierigkeit im Ausdruck von Emotionen und eine Tendenz zur Hilf- und Hoffnungslosigkeit (vgl. ebd., S. 547). Das Individuum neigt dazu, sich sozial angepasst zu verhalten, andere nicht zu belästigen, mangelndes Wohlbefinden, Einsamkeit, Traurigkeit und Furcht zu unterdrücken (vgl. Schwenkmezger, 1997, S. 310 f.). Mit diesen Charakteristika stellt das Konzept in vieler Hinsicht ein Gegenstück zu dem zuvor beschriebenen Typ-A-Verhaltensmuster dar.

Die Wirkung einer solchen psychischen Disposition auf die Herausbildung von Krebs ist allerdings sehr schwer nachzuweisen, weil in der Diskussion um die Ätiologie sehr viele Faktoren differenziert werden müssen und die beteiligten Prozesse sehr komplex sind. Diskutiert werden u.a. krebsauslösende Substanzen wie Tabakrauch, Nahrungsmittel und Alkohol, Karzinogene, denen einige Berufsgruppen ausgesetzt sind, erbliche Vorbelastung, die soziale Situation und eben auch Persönlichkeitseigenschaften (vgl. Larbig u.a., 2000). Während allerdings unbestritten ist, dass genetische und chemisch-physikalische Faktoren wesentliche Ursachenvariablen für die Krebsentstehung darstellen, ist die mögliche Bedeutung psychosozialer Faktoren bisher nicht hinreichend belegt (vgl. ebd., S. 32).

Vielfach ist zwar versucht worden, Zusammenhänge zwischen der Typ-C-Persönlichkeit und einem erhöhten Krebsrisiko nachzuweisen (vgl. den Überblick bei Temoshok, 1987, vgl. a. den sehr persönlich eingeleiteten Forschungsüberblick bei Traue, Kap. 8). Viele dieser Untersuchungen unterliegen aber einer zentralen Kritik: Sie sind retrospektiv angelegt, so dass im Nachhinein nicht mehr zu unterscheiden ist, ob die beschriebenen Persönlichkeitsveränderungen tatsächlich eine Ursache der Krebserkrankung sind oder ob sie sich möglicherweise als Folge der Auseinandersetzung mit der Krankheit entwickelt haben. Darüber hinaus liegen häufig auch weitere methodische Probleme vor, wie z.B. die mangelnde Erfassung anderer Risikofaktoren, sehr kleine Stichproben oder fehlende Kontrollgruppen (vgl. Larbig u.a., 2000, S. 38).

Prospektive Studien zur Krebsentstehung

Um wirklich einen Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsdispositionen und Krebsentstehung nachzuweisen, sind prospektive Untersuchungen notwendig. Eine solche Untersuchung wurde von Wirsching u.a. (1982) durchgeführt. Dazu wurde bei 65 Frauen mit Verdacht auf Brustkrebs vor einer Probebiopsie ein halbstrukturiertes Interview durchgeführt. Dabei konnte einerseits das oben beschriebene Verhaltensmuster aus Gefühlsunterdrückung, hoher Rationalität, Konfliktvermeidung, übermäßiger Selbstgenügsamkeit (superautonomous self-sufficiency), demonstrativem Optimismus und anderen Merkmalen nachgewiesen werden. Andererseits wurden auf Basis der Interviewergebnisse 83 % (Einschätzung der Interviewer) bzw. 94 % (Einschätzung durch Unabhängige) der Krebsdiagnosen, ebenso 71 % bzw. 68 % der gutartigen Fälle korrekt vorhergesagt. Allerdings war das identifizierte psychologische Muster nicht nur bei allen Patientinnen mit anschließender Krebsdiagnose zu finden, sondern auch bei ca. 25-30 % der Frauen mit gutartigem Befund. Obwohl das Ergebnis eindrucksvoll war, kann nach Ansicht der Autoren keine Signifikanz bezüglich der Entstehung von Krebserkrankungen daraus abgeleitet werden.

In einer weiteren Untersuchung, die von Antoni und Goodkin durchgeführt wurde, wurden Patientinnen mit Gebärmutterhalskrebs nach der ärztlichen Untersuchung und noch bevor die Ergebnisse der Biopsie bekannt waren, getestet. Die Studie ergab, dass ein größeres Ausmaß an Dysplasie bei Frauen mit einem eher passiv-vermeidenden, pessimistischen und angepassten Bewältigungsstil assoziiert war, während sich die Frauen mit einem optimistischen und aktiven Bewältigungsverhalten widerstandsfähiger gegenüber dem Fortschreiten der Dysplasie zeigten. Die Bewältigungsstile konnten auch nicht als Folge einer schwereren Erkrankung bewertet werden, da eine solche Dysplasie symptomlos ist (vgl. Antoni u. Goodkin, 1988; vgl. zu weiteren Hinweisen auf prospektive Untersuchungen, die bei Patientinnen mit Cervix- und Mammakarzinom erhöhte Werte für Ängste und pessimistische Einstellungen vor Krankheitsausbruch feststellten: Larbig u.a., S. 38).

Die prospektive Heidelberger Interventionsstudie

Eine große prospektive Studie, die 33.854 Menschen einbezog, wurde bereits in den siebziger Jahren von dem Medizinsoziologen und Verhaltenstherapeut Grossarth-Maticek in Heidelberg und Jugoslawien initiiert. Diese Heidelberger Interventionsstudie setzt bei zwei Gruppen an, die zufällig zusammengesetzt wurden und bei denen sich Risikofaktoren für eine Krebserkrankung in etwa gleicher Weise und Stärke ermitteln ließen. Eine dieser Gruppen blieb unter Beobachtung und, soweit notwendig, in konventioneller medizinischer Behandlung, während die andere Gruppe an einer präventiven Therapie teilnahm. Im Verlauf der Studie wurde mit unterschiedlichen Interventionen wie Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung, Anleitung zu mehr Bewegung, Multivitaminangaben etc. experimentiert. Als wirksamste Intervention kristallisierte sich schließlich das sogenannte Autonomietraining heraus, welches darauf abzielt, die Selbstregulation insbesondere solcher Patienten zu optimieren, bei denen die Selbststeuerung und Selbstorganisation der vielfältig vernetzten Prozesse des Nerven-, Immun- und Hormonsystems aufgrund spezifischer Verhaltens- und Erlebnisvariablen blockiert waren. Ein solches Autonomietraining stellte nach Ansicht der Forscher eine wirksame Form der Prävention dar, gerade auch bei Personen, die sich über längere Zeit verstärkt den verschiedenen Risiken ausgesetzt hatten und als besonders krebsgefährdet galten. Außerdem erhöhte sie die Überlebens-

chancen bei Krebs um ein Vielfaches (vgl. Stierlin u. Grossarth-Maticcek, 1998, vgl. a. dies., 2000).

Als besonders krebsgefährdet identifizierten die Forscher den Krebstyp I, den sie zusammenfassend als einen Menschen beschreiben, dem es schwer fällt, die Befriedigung eigener Bedürfnisse zu realisieren. So werden etwa Bedürfnisse nach freier Entspannung und Regeneration oder danach, eigene Wege zu gehen, über sich selbst zu bestimmen und sich gegen andere abzugrenzen, als selbstsüchtig empfunden und unterdrückt. Typ-I-Menschen fühlen sich „leblos und gestresst, nach außen hin aber zeigen sie sich harmonisierend, verständnisvoll, überfleißig und überbesorgt. Dadurch vermögen sie zwar ihre Angst einzudämmen, aber nicht den Folgen zu entgehen, die aus der eigenen chronischen Überlastung resultieren: dauernder Selbstüberforderung, Gefühlsunterdrückung, Subdepression, Antriebsdämpfung etc.“ (Stierlin u. Grossarth-Maticcek, 1998, S. 52). Die Studienergebnisse zeigen nun, dass „Typ-I-Menschen demnach achtmal stärker krebsgefährdet (sind) als der Typ IV“ (ebd.), der sich u.a. durch solch günstige Verhaltensweisen und Erlebnisvariablen wie soziale Anerkennung und Integration, Selbstständigkeit, ausgeprägte Selbstregulation, Ausgeglichenheit, anhaltendes Wohlbefinden und immer wiederkehrende euphorische Zustände, durch ausgeprägte Lebensfreude und großen Lebenswillen auszeichnet (vgl. ebd.).

Auf den ersten Blick scheint das Heidelberger Typ-I-Konzept dem der Krebspersönlichkeit sehr verwandt. Die Heidelberger Forscher betonen aber, dass sie selber auch die Kritik am Konzept der Krebspersönlichkeit teilen, weil dieses von einem statischen, naturgegebenen, unveränderbaren Konzept der Persönlichkeit ausgehe und für den Betroffenen bedeute, dass er aufgrund seines Wesens den Krebs verursacht habe und daher mehr oder minder selber schuld sei. Im Fall des Typ-I-Verhaltens geht es dagegen darum, dass das eigentlich persönlichkeitsbestimmende schöpferische, gesunde Potenzial eines Menschen durch einen chronisch gewordenen krankmachenden Zustand der Hoffnungslosigkeit und des Sich-nicht-Wohlfühlens unterdrückt wird. Wenn es gelingt, diesen Zustand zu verändern, indem solche Menschen lernen, darauf zu achten, was ihnen gut tut, und sich um ihr Wohlbefinden zu kümmern, kann der Teufelskreis durchbrochen werden und ein positiver, selbstheilender Prozess entstehen. Ein „solches Lernen kann zu schnellen Resultaten führen. In der systemischen Therapie spricht man von einem *discontinuous change*, einem sprunghaften Wandel. Durch den Anstoß eines Elements in einem komplex vernetzten System verändern sich auch alle anderen Elemente“ (Stierlin u. Grossarth-Maticcek, 1998, S. 54, Hervorh. i. Original/U.F.).

Diese Untersuchung, in der Beobachtung und Intervention verknüpft wurden, greift an dieser Stelle bereits weit vor, indem sie auch Anregungen für die Therapie und Gesundheitsförderung gibt. Zudem müssen die Ergebnisse mit Vorbehalt betrachtet werden. So weisen Spiegel und Kato (vgl. S. 132) auf Kritiken an diesen Studienergebnissen hin, die 1991 eine ganze Nummer, Heft 2, der *Psychological Inquiry* in Anspruch nahmen. Andererseits machen sich aber auch renommierte Wissenschaftler, wie Helm Stierlin, Hans-Jürgen Eysenck, Norbert Bischof und andere mehr für die Stimmigkeit dieser Daten stark (vgl. Huber, 1998 a, S. 55; vgl. a. Grossarth-Maticcek, 1999; vgl. a. Stierlin u. Grossarth-Maticcek, 2000, S. 7 f.).

Psychosoziale Variablen und Krebsprogression

Während der Einfluss psychosozialer Variablen auf die Krebsentstehung insgesamt als wenig gesichert gilt, stützt die Literatur eher eine Verbindung zwischen psychosozialen Variablen und dem Verlauf der Krebserkrankung.⁶⁰

Von Weisman und Worden liegt eine Untersuchung zur Überlebenszeit bei 35 Patienten mit unterschiedlichen Krebserkrankungen vor. Dabei zeigte sich, dass diejenigen mit längerer Überlebenszeit gute soziale Beziehungen aufwiesen, sich um medizinische Hilfe und um emotionale Unterstützung bemühten und selten Ärger oder Niedergeschlagenheit erlebten, während diejenigen mit kürzerer Überlebenszeit u.a. vermehrt durch Depression, Apathie und Pessimismus, durch den Wunsch zu sterben, durch unbefriedigende soziale Kontakte und durch geringere Compliance charakterisiert wurden (vgl. Weisman u. Worden, 1975).

In einer Studie von Stavraky und Mitarbeitern (1988) an Lungenkrebspatienten wurde bei Patienten, die sich durch psychologische Merkmale wie Zurückhaltung und Nüchternheit auszeichnen, ein deutlich höheres Mortalitätsrisiko festgestellt als bei solchen, die als enthusiastische Persönlichkeit beschrieben wurden.

Aufsehen erregen auch immer wieder Berichte von Patienten, die ihre Krebserkrankung durch einen ausgeprägten Lebenswillen überwinden (vgl. z.B. Barasch, 1996). Die Krebsforscher vermuten hier einen „Fighting Spirit“, eine kämpferische Einstellung, die möglicherweise zur Stärkung des Immunsystems und damit zur Hemmung des Krebswachstums beiträgt. Gegenüber dem eingangs beschriebenen Typ-C-Bewältigungsstil stellt der „Fighting Spirit“ eine aktive, durch „Optimismus, Selbstsicherheit und Entschiedenheit bei der Bekämpfung“ der Krebserkrankung gekennzeichnete Einstellung dar (Spiegel u. Kato, S. 119).

Häufig zitiert wird in diesem Zusammenhang eine Untersuchung von Greer, Morris und Petingale, die im Rahmen einer prospektiven Studie herausfanden, dass Brustkrebs-Patientinnen mit Kampfgeist die weitaus besten Überlebenschancen hatten. Interviewdaten, die 3 Monate nach der Brustamputation erhoben wurden, ergaben, dass signifikant mehr Frauen mit kämpferischem Umgang mit ihrer Krankheit die Folgeerhebungen 5, 10 und 15 Jahre später überlebten als diejenigen Frauen, die mit stoischer Akzeptanz oder mit Gefühlen von Hilf- und Hoffnungslosigkeit auf ihre Erkrankung reagierten (vgl. Greer u.a., 1979 u. 1990).

Dieselbe Tendenz zeigt sich auch in einer neueren prospektiven Untersuchung, die von dem Psychoonkologen Faller durchgeführt wurde. Faller, der den Einfluss psychosozialer Faktoren eher zurückhaltend beurteilt, gibt an, von den eigenen Ergebnissen überrascht worden zu sein. Diese „zeigen, dass ein aktives *Coping* im Sinne eines *Fighting Spirit* bei Lungenkrebskranken mit einer längeren Überlebenszeit einhergeht, während umgekehrt emotionale Belastung und Depressivität mit einer kürzeren Überlebensdauer verbunden scheint – und zwar statistisch unabhängig vom Einfluß biomedizinischer prognostischer Faktoren“ (Faller im Gespräch mit Huber, in: Huber, 1998 b, S. 53, Hervorh. i. Original/U.F.; vgl. a. Faller u.a., 1997; Faller u. Bulzebruck, 2002). Seiner Ansicht nach sollten allerdings diese Ergebnisse kritisch betrachtet und durch weitere aussagekräftige prospektive Interventionsstudien überprüft werden.

⁶⁰ Bei Tschuschke (2002) finden sich neben einer umfassenden Bestandsaufnahme von Psychoonkologie und Psychoneuroimmunologie auch tabellarische Übersichten über alle wichtigen internationalen Forschungsergebnisse der Psychoonkologie.

Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang auch verschiedene Untersuchungen von Levy u.a.. Diese berichten bei Brustkrebs-Patientinnen mit einer erhöhten Anzahl tumorbefallener Lymphknoten deutlich erniedrigte Werte der Aktivität natürlicher Killerzellen, wobei dies wiederum mit Variablen wie mangelhafte Anpassung an die Erkrankung, Mangel an sozialer Unterstützung, Fatigue und depressiver Symptomatik erklärt wurde (vgl. Levy u.a., 1987). In einer Folgestudie zeigte sich, dass die Aktivität der natürlichen Killerzellen eine weitgehende Vorhersage von Krebsrezidiven bzw. krankheitsfreien Intervallen ermöglichte (vgl. Levy u.a., 1991).

Vor dem Hintergrund dieser und ähnlicher Befunde besteht unter vielen psychoonkologischen Forschern einerseits zwar weitgehende Übereinstimmung darin, dass „aktives, *kämpferisches* Bewältigungsverhalten positive Effekte auf verlängerte Überlebensraten (hat), während *Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, Depression und fehlende soziale Unterstützung ...* sich negativ auf das Krankheitsgeschehen mit *verringertem Überlebenszeit* auswirken“ (Larbig u.a., S. 40 f., Hervorh. i. Original/U.F.; vgl. a. Spiegel u. Kato, S. 121; Traue, S. 290 f.). Andererseits ist aber zugleich einschränkend festzuhalten, dass „man aus Studien bei einzelnen Diagnosegruppen nicht ohne weiteres auf andere Gruppen schlussfolgern (kann)“ (Weis im Gespräch mit Huber, in: Huber, 2000, S. 57). So zeigte sich zum Beispiel in einer Untersuchung von Wirsching, dass verschiedene psychologische Variablen (u.a. emotionale Öffnung, Ausdruck eigener Bedürfnisse, familiäre Unterstützung) zwar bei brustbiopsierten Patientinnen die Gesundheitsentwicklung beeinflussten, dies aber bei Patienten mit Bronchialkarzinom nicht der Fall war. Bei diesen Patienten hatte alleine die Tumorart (kleinzelliges oder nichtkleinzelliges Bronchialkarzinom) eine prognostische Bedeutung (vgl. Wirsching, 1990, S. 7, vgl. a. Wirsching u.a., 1990; für einen Überblick über psychosoziale Faktoren und Interventionsmöglichkeiten beim Bronchialkarzinom: Fritzsche u.a., 2000).

Emotionsrelevante Einzelfaktoren und die Entstehung bzw. der Verlauf von Krebs

Viele Forschungsergebnisse beziehen sich zwar auf das Bewältigungsverhalten, den Copingstil. Geht man aber aus der Perspektive einer „emotionstheoretisch ausgerichteten, neurowissenschaftlich fundierten Stressforschung“ (Siegrist im Gespräch mit Huber, in: Huber, 1998 c, S. 56) davon aus, dass es bei der Bewältigung von Krankheit genau genommen immer um Emotionsbewältigung geht (vgl. 6.2.2), dann bieten die genannten Forschungsergebnisse zum Bewältigungsverhalten zugleich auch schon Hinweise auf die Bedeutung emotionaler Faktoren für das Krankheitsgeschehen. Darüber hinaus werden in der Literatur verschiedene Einzelfaktoren, die *das emotionale Erleben und die emotionale Verarbeitung* betreffen, in ihrer Bedeutung für das Krankheitsgeschehen diskutiert. So legen einige Studien einen ungünstigen Effekt der Unterdrückung von Emotionen für das Langzeitüberleben nahe. Beispielsweise konnten Temoshok u.a. am Beispiel von 59 Melanompatienten zeigen, dass Aspekte des Typ-C-Verhaltens (u.a. Schicksalsergebenheit, Konflikte und den Ausdruck von Emotionen vermeidendes Verhalten) mit größerer Tumordicke und Tumorinvasivität einhergingen, wobei die Korrelationen für Personen unter 55 Jahren weit stärker waren (vgl. Temoshok, 1985; vgl. a. Temoshok u.a., 1985, sowie den Überblick bei Temoshok, 1987 u. bei Traue, Kap. 8). In dieselbe Richtung weisen auch Arbeiten von Derogatis u.a. (1979) und Rogentine u.a. (1979). Dementsprechende Resü-

mees werden aber von allen Forschern nur mit großer Vorsicht vorgenommen (vgl. Kubzansky u. Kawachi, 2000 a; vgl. a. Spiegel u. Kato, S. 114 u. 123).⁶¹

Wenig eindeutig ist die Forschungslage auch, wenn man den Zusammenhang zwischen **Stress und Krebsrezidiv** bzw. zwischen **Stress und Krebsentstehung** betrachtet. So gehen Spiegel und Kato in ihrem Überblick über psychosoziale Einflüsse auf Inzidenz und Progression von Krebs davon aus, dass zwar die Evidenz einer Beziehung zwischen den beiden Aspekten Stress und Auftreten bzw. Fortschreiten von Krebs ständig zunimmt, dass aber das Bindeglied zwischen beiden Aspekten noch nicht eindeutig identifiziert ist (vgl. Spiegel u. Kato, S. 130). Ein Forschungsproblem besteht darin, dass in vielen Untersuchungen die Patienten nicht nach ihrer Einschätzung von stressreichen Lebensereignissen befragt wurden (vgl. ebd.), eine vor dem Hintergrund der transaktionalen Stresstheorie unerlässliche Voraussetzung für die Erfassung von Stress. Andererseits sind mehrere Studien, die auf einen Zusammenhang zwischen starker subjektiver Stressbelastung und Krebsentstehung hinweisen, nach Spiegel u. Kato deshalb nicht abschließend zu beurteilen, weil solche Risikofaktoren wie Rauchen oder sexuelle Aktivität nicht mit einbezogen wurden (vgl. ebd., S. 117).

Depression und Hoffnungslosigkeit werden häufig als Begleiterscheinung des Typ-C-Bewältigungsstils beschrieben. Beide Aspekte scheinen für Erkrankungen im Allgemeinen und für Krebserkrankungen im Besonderen eine bedeutende Rolle zu spielen. Depressionen gehen mit einer verminderten Effizienz des Immunsystems und einer gestörten Stesshormonachse einher (vgl. Fußnote 40 u. 42), wobei ein ausgeprägter Grad an Depression Voraussetzung dafür zu sein scheint, dass nennenswerte immunsuppressive Effekte auftreten (vgl. O'Leary, S. 369).

Häufig zitiert wird in diesem Zusammenhang eine Studie von Kiecolt-Glaser und Kollegen, bei der 69 Personen untersucht wurden, die mit hohem körperlichen und psychischen Einsatz und häufig über viele Jahre an Alzheimer leidende Angehörige pflegten. Schon zu Beginn der Studie erfüllten 25 % der pflegenden Angehörigen die Kriterien einer Depression, nach 13 Monaten sogar 32 % im Unterschied zur Kontrollgruppe, in der zu Beginn niemand an einer Depression litt und zum zweiten Untersuchungszeitpunkt nur 6 % die Kriterien einer Depression erfüllten. Darüber hinaus zeigten sich bei den pflegenden Angehörigen im Vergleich mit der Kontrollgruppe, die nicht diesem dauernden Stress ausgesetzt war, gemessen an verschiedenen Parametern eine schwächere Immunabwehr und häufigere Infektionen, v.a. Atemwegserkrankungen. Dies war der Fall, obwohl das soziale Netz der pflegenden Angehörigen weniger Menschen und Kontakte umfasste als das der Kontrollgruppe (vgl. Kiecolt-Glaser u.a., 1991). In einigen Studien, bei denen weniger die Depression erfasst wurde als vielmehr Einsamkeitszustände und mangelnder sozialer Rückhalt, die ja häufig mit depressivem Erleben gekoppelt sind (vgl. 3.2.4), konnten Kiecolt-Glaser und Kollegen ebenfalls Reduktionen der Immunfunktionen nachweisen (vgl. Kiecolt-Glaser u.a., 1984 u. 1988 b; Kennedy u.a., 1988). Zusammenhänge zwischen Depression und herabgesetztem Immunstatus einer Person konnten schließlich auch in einer Metaanalyse von Herbert und Cohen (vgl. 1993, S. 480 ff.) eindrucksvoll bestätigt werden (vgl. a. den Übersichtsartikel von Kiecolt-Glaser u. Glaser, 2002).

⁶¹ Ein in diesem Zusammenhang interessanter Hinweis, dem aber hier nicht nachgegangen werden kann, findet sich sowohl bei Spiegel u. Kato (S. 123) als auch bei Traue (S. 284 ff.). Demnach wirkt sich Verleugnung anders als Gefühlsunterdrückung unter bestimmten Umständen positiv auf die Überlebenschancen aus.

Verursacht Depression auch Krebs?

Häufig wird nun darüber hinausgehend angenommen, dass bei Patienten mit Depressionen auch erhöhte Krebsraten auftreten. Einen ersten Hinweis, auf welchem Wege Depression möglicherweise zur Krebsentstehung führt, gibt eine Untersuchung von Kiecolt-Glaser u.a., die zeigt, wie bei depressiven Patienten Mechanismen der Schädigung direkt an Zellen ablaufen. 28 psychisch kranke Patienten, die unbehandelt in ein Krankenhaus aufgenommen wurden, waren bereit, sich Blut abnehmen und untersuchen zu lassen. Mithilfe eines psychologischen Tests wurden die Patienten in zwei Gruppen eingeteilt: eine depressive und eine weniger depressive. Dann wurden den Patienten Lymphozyten entnommen, die durch Bestrahlung geschädigt wurden. Es zeigte sich, dass die Reparaturaktivität an der DNA der Lymphozyten umso geringer war, je depressiver die Personen waren (vgl. Kiecolt-Glaser u.a., 1985).

Zum Beleg eines Zusammenhangs zwischen Depression und Krebsentstehung wird weiterhin auch eine amerikanische Langzeitstudie von Shekelle u.a. zitiert. Bei über 2000 Männern mittleren Alters, alles Angestellte der Western Electric Company in Chicago, wurden zunächst verschiedene psychologische Faktoren, u.a. Depressionen ermittelt. 20 Jahre später zeigte sich im Rahmen einer Nachfolgestudie, dass bei den Teilnehmern, die bei der ersten Untersuchung unter Depression gelitten hatten, die Wahrscheinlichkeit einer Krebserkrankung mehr als doppelt so hoch war. Dieser Zusammenhang wurde auch durch die Untersuchung verschiedener Einzelfaktoren (Alter, Rauchen, Alkoholkonsum, Krebserkrankungen in der Familie) nicht verändert (vgl. Shekelle u.a., 1981; vgl. a. Persky u.a., 1987). Allerdings führen Spiegel und Kato (S. 117) auch einen Kritiker dieser Studie namens Fox an, der meint, dass das Ergebnis auf hohe Krebsraten in einer kleinen Untergruppe von Personen zurückzuführen sein könnte, die unter sehr schwierigen Bedingungen mit Krebsrisikostoffen arbeiteten.

Insgesamt sind die empirischen Befunde zum Zusammenhang zwischen Krebs und Depression eher widersprüchlich und wenig konsistent, so dass es „wenig Unterstützung für die These einer Beziehung zwischen Depression und Krebsinzidenz (gibt)“ (Spiegel u. Kato, S. 118; Hervorh. i. Original/U.F.). Spiegel u. Kato führen dies darauf zurück, dass dieses Forschungsgebiet unter erheblichen methodologischen Schwächen leidet (vgl. ebd.). Möglicherweise sind aber auch noch ganz andere Zusammenhänge zu berücksichtigen. So zeigen einige Befunde der jüngeren Zeit zwar einen eher schwachen Zusammenhang zwischen depressiver Stimmung und Krebsentstehung. Zugleich weisen sie aber darauf hin, dass Depressionen in hohem Maße mit dem Rauchen und möglicherweise auch mit anderen Risikofaktoren verknüpft sind und auf diesem indirekten Wege das Krebsrisiko erhöhen (vgl. zusammenfassend: Carney u. Freedland, S. 193 f.).

Eine weitere für die Wahrscheinlichkeit, eine Krebserkrankung zu überleben, sehr wesentliche Variable, der *soziale Rückhalt* bzw. *die soziale Unterstützung*, die zudem mit weitreichenden Implikationen für das emotionale Erleben und das Copingverhalten verbunden ist, wird noch nicht an dieser Stelle, sondern erst dann berücksichtigt, wenn das Konzept an entsprechender Stelle eingeführt ist (vgl. 3.2.4, vgl. zum Einfluss des „sozialen Rückhalts“ auf die Inzidenz und Progression von Krebs: Spiegel u. Kato, S. 114 u. 124, Tschuschke, 2002).

Abschließende Betrachtung

Betrachtet man nun die vorliegenden Untersuchungsbefunde noch einmal abschließend, dann wird deutlich, dass der Einfluss psychosozialer Faktoren für die Krebsentstehung u.a. aus me-

thodologischen Gründen insgesamt als wenig gesichert gilt. Einfache Erklärungen nach dem Muster der Typ-C-Persönlichkeit wurden dabei abgelöst durch Erklärungsansätze, die psychische Faktoren im Rahmen eines multifaktoriellen Verständnisses der Krebskrankheit untersuchen (vgl. Schwarz, 1994). In diesem Rahmen sind auch „psychologisch zu definierende Dispositionen aus dem Risikokontext keineswegs ausgeschlossen, wobei allerdings kompliziertere Interaktionen zu erwarten sind und nicht lineare Entsprechungen wie Stress = Krebs“ (ebd., S. 110). Anders sieht dies die Literatur zum *Verlauf* der Krebserkrankung. Sie spricht „für eine nicht zufällige Beziehung zwischen emotionalem Ausdruck, sozialer Unterstützung und Überlebenszeit bei Krebserkrankungen. Obwohl mehr Forschung dringend erforderlich ist, um diese Beziehungen aufzuklären, scheint die Belastung durch negative Affekte oder deren Unterdrückung ungünstigere Krankheitsverläufe im Langzeitverlauf zu bewirken“ (Spiegel u. Kato, S. 140). Vor diesem Hintergrund empfehlen beispielsweise Spiegel u. Kato der zukünftigen Forschung, sich verstärkt mit der Belastung durch negative Affekte bzw. deren Unterdrückung sowie mit der Aufklärung der Beziehung zwischen emotionalem Ausdruck und sozialer Unterstützung zu befassen (vgl. ebd.).

Viele der hier genannten Faktoren waren von der bisherigen Forschung zumindest isoliert kaum zu erfassen. Vielmehr wurden Bewältigungsmuster fokussiert, wobei weitgehende Einigkeit darüber besteht, dass ein aktives, „kämpferisches“ Bewältigungsverhalten sich positiv auf die Krankheitsentwicklung auswirkt im Unterschied zu einem Bewältigungsstil, bei dem Passivität, Depression, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und fehlende soziale Unterstützung überwiegen. Eine solche Sichtweise wird auch durch Interventionsstudien gestützt, die darauf abzielten, das Copingverhalten im Umgang mit der Erkrankung zu verbessern und dadurch affektiven Distress abzubauen (vgl. Fawzy u. Fawzy, 2000; vgl. a. Spiegel u.a., 1981 u. 1989).

All diese Faktoren werden nun nicht nur von Krebsforschern untersucht. Ihnen kommt auch in anderen Bereichen der Krankheits- und Gesundheitsforschung große Aufmerksamkeit zu. Vor diesem Hintergrund scheint es sinnvoll, die Diskussion um das Typ-C-Verhaltensmuster und die damit assoziierten Emotionen an dieser Stelle zu beenden und den Blick auf weitere Forschungsfelder zu richten, die die hier zur Diskussion stehenden komplexen Verhaltensmuster vor einem anderen Theorihintergrund untersucht haben und wichtige Beiträge zu ihrem Verständnis geleistet haben und leisten. Dabei sollte wie schon beim Typ-A-Verhalten auch bei den hier diskutierten Charakteristika in Erwägung gezogen werden, dass diese möglicherweise gar nicht so krebsspezifisch sind, wie es häufig impliziert wird. So werden beispielsweise Emotionsunterdrückung und Depression auch als relevante Ursachen für die koronare Herzkrankung diskutiert (vgl. Kubzansky u. Kawachi, 2000 a).

3.1.3 Gelernte Hilfflosigkeit

Die Theorie der „gelernten“ bzw. „erlernten Hilfflosigkeit“⁶² stammt zwar nicht unmittelbar aus der Gesundheitsforschung, dennoch wird sie hier aus mehreren Gründen berücksichtigt. Zum einen, weil diese grundlegende Theorie im Zusammenhang mit verschiedensten gesundheitsbezogenen Themenstellungen ganz selbstverständlich vorausgesetzt und aufgegriffen wird (z.B. von Cherniss, 1980, vgl. hinten Kap. 5.2.4. oder von Siegrist, 1996, vgl. vorne Kap.

⁶² Beide Begriffe werden synonym benutzt. In den Übersetzungen der Bücher von Seligman ist eher von „erlern-ter Hilfflosigkeit“, in der deutschsprachigen Literatur von „gelernter Hilfflosigkeit“ die Rede.

3.1.1.; vgl. a. Peterson, 1999). Zum anderen, weil ihr Begründer Martin Seligman (1995), ein Lerntheoretiker und klinischer Psychologe, die Auffassung vertrat, dass mithilfe des Konzepts der „gelernten Hilflosigkeit“ die Entstehung von Depressionen erklärt werden kann, ein Phänomen, das für diese Arbeit ja von großer Bedeutung ist. Unter anderem deshalb hat diese Theorie in der Psychologie große Aufmerksamkeit gefunden und wird beispielsweise im Lexikon der Gesundheitspsychologie unter den Stichworten „Depression und Hoffnungslosigkeit“ ausgeführt (vgl. Klauer, S. 64 ff.). Schließlich steht die Theorie der „gelernten Hilflosigkeit“ in komplementärer Beziehung zur Theorie der Selbstwirksamkeit, die in der Gesundheitspsychologie und insbesondere in der Gesundheitsverhaltensforschung (vgl. Schwarzer, 1996) eine wichtige Rolle spielt und hier auch noch dargestellt werden wird. In diesem Zusammenhang scheint erwähnenswert, dass der Gesundheitspsychologe Schwarzer eine frühe Veröffentlichung zu diesem Themenkomplex „Streß, Angst und Hilflosigkeit“ (ders., 1981) genannt hat, während später das Thema „Selbstwirksamkeits- bzw. Kompetenzerwartung“ (vgl. ders., 1996, 1997) viel mehr Berücksichtigung erfuhr. Es ist also anzunehmen, dass beide Seiten der Medaille im Hinblick auf die Aufklärung gesundheitsrelevanter Variablen fruchtbar sind.

Martin Seligman, mit dessen Namen diese Theorie untrennbar verbunden ist, bezeichnet mit dem Begriff „gelernte Hilflosigkeit“ die Erwartung bzw. Überzeugung, Situationen nicht kontrollieren zu können (vgl. Seligman, 1995).⁶³ Dabei geht Seligman davon aus, dass Hilflosigkeit dann entsteht, wenn ein Individuum keinen Zusammenhang zwischen dem eigenem Handeln und den Konsequenzen in der Umwelt wahrnimmt und über keine willentlichen Handlungen verfügt, um die erwünschten Konsequenzen bzw. Handlungsergebnisse herbeizuführen.

Dieser fehlende Zusammenhang (Nicht-Kontingenz) zwischen eigenem Verhalten und Folgeereignissen wichtiger Art führt dann nach der Theorie der „gelernten Hilflosigkeit“ zu bestimmten motivationalen, kognitiven und emotionalen Defiziten, wie sie auch für depressive Störungen charakteristisch sind (z.B. Antriebslosigkeit, verringerte Lern- und Leistungsfähigkeit, Hoffnungslosigkeit, Niedergeschlagenheit und Resignation) (vgl. Klauer, S. 65, vgl. a. Seligman, 1995, S. 78 ff. u. S. 102).

Seligman, der seine Theorie im Laborexperiment vielfach überprüft hat (vgl. dazu ausführlich: Meyer, 2000), veranschaulicht diese Zusammenhänge mit folgender Situationsbeschreibung: „Wenn z.B. eine Ratte, ein Hund oder ein Mensch eine unentrinnbare traumatische Situation erleben, so wehren sie sich zunächst heftig. Ich glaube, daß Furcht in diesem Zustand die dominierende emotionale Reaktion ist. Wenn das Individuum lernt, das Trauma zu kontrollieren, läßt die heftige Aktivität zugunsten von wirksamem und gelassenem Verhalten nach. Sind die traumatischen Bedingungen jedoch unkontrollierbar, weicht die akute Abwehr schließlich dem Zustand der Hilflosigkeit, den ich beschrieben habe. Die diesen Zustand begleitende Emotion ist meiner Meinung nach Depression. Ähnlich wird bei einem Affenkind, das von seiner Mutter getrennt wird, durch diese traumatische Erfahrung große Verzweiflung ausgelöst. ... Das Affenkind rennt wild herum und stößt verzweifelte Schreie aus. Zweierlei kann folgen: wenn die Mutter zurückkommt, kann das Kind sie wieder kontrollieren und seine Not läßt nach; kehrt die Mutter nicht zurück, wird das Kind schließlich lernen, daß es die Mutter nicht zurückholen kann und wird in Depression verfallen, die seine Furcht ersetzt. Das Kind rollt sich

⁶³ Nach Meyer finden sich in der Literatur noch weitere Bedeutungsvarianten, aber in der vorliegenden Bedeutung wird der Begriff auch von Seligman in seiner erstmals 1975 erschienen Monographie über gelernte Hilflosigkeit überwiegend gebraucht (vgl. Meyer, S. 29 f.).

zu einem Knäuel zusammen und wimmert leise vor sich hin. Eine derartige Sequenz haben wir tatsächlich bei allen Primaten, die wir beobachtet haben, vorgefunden“ (Seligman, 1995, S. 50 f.; vgl. a. Sapolsky, 1998, Kap. 10).

Reformulierungen der Theorie der „gelernten Hilflosigkeit“

Im Tiermodell zunächst eindrucksvoll bestätigt, wurde bei entsprechenden Studien im Humanbereich immer deutlicher, dass das ursprüngliche Modell der „gelernten Hilflosigkeit“ hier einen erheblich geringeren Voraussagewert besitzt und auf den Menschen bezogen eine zu große Vereinfachung darstellt (vgl. Peterson, S. 291 ff.). In einer ersten Revision der ursprünglichen Hilflosigkeitstheorie, die 1978 durch Abramson, Seligman und Teasdale erfolgte, wurden daraufhin nicht mehr die Ereignisse selber, sondern sogenannte Kausalattributionen, d. h. „Meinungen oder Überzeugungen über die Ursachen von Ereignissen und Sachverhalten“ in den Mittelpunkt gestellt (Meyer, S. 71).

Wichtige Dimensionen von Ursachenzuschreibung (Attribuierung) beziehen sich darauf, ob ein Ereignis der eigenen Person (internale Ursache) oder äußeren Umständen (externale Ursache) zugeschrieben wird und ob ein Ereignis einer stabilen oder einer variablen, veränderbaren Ursache zugeschrieben wird (zu weiteren Kausaldimensionen vgl. ebd., S. 72). Wenn beispielsweise jemand, der durch eine Prüfung gefallen ist, dieses internal attribuiert (ich habe nicht genug gelernt), dann kann die Ursache für das Durchfallen variabel (eine tolle Fete, bei der es viel zu spät wurde) oder stabil attribuiert werden (z.B. generell mangelnde Ausdauer oder fehlende Intelligenz). Solche Ursacheneinschätzungen spielen auch für die Einschätzung von Krankheiten bzw. Stress eine erhebliche Rolle. Während Personen mit internaler Kontrollüberzeugung von der Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustandes durch eigenes Handeln überzeugt sind, sehen Personen mit externalen Überzeugungen ihre Gesundheit abhängig von anderen Personen oder von äußeren Bedingungen, z.B. von einer medizinischen Behandlung. Je nachdem, wie etwa RaucherInnen oder Übergewichtige die Ursache ihrer Problematik sehen, werden sie sich machtlos fühlen, ihr Verhalten zu ändern, oder von der Beeinflussbarkeit ihres Gesundheitszustandes überzeugt sein.⁶⁴

Für Seligman und seine Kollegen ging es vor allem darum, zu erklären, wie es im Zusammenhang mit Hilflosigkeit zur Entwicklung einer Depression kommen kann. Andere Formen der Depression beanspruchten sie nicht zu erklären (vgl. Peterson, S. 293). Dabei stellten sie fest, dass sich Depressive und Nichtdepressive darin unterscheiden, wie sie gewohnheitsmäßig auf positive und negative Lebensereignisse einschließlich eigener Misserfolge und Erfolge reagieren. Für dieses zunächst als Attributionsstil bezeichnete Phänomen schlugen Peterson und Seligman 1984 den Begriff „Erklärungsstil“ vor (vgl. Meyer, S. 88 f.; vgl. Peterson, S. 292 f.). Demnach sollen Depressive mehr als Nichtdepressive dazu neigen, negative Lebensereignisse einschließlich eigener Misserfolge auf internale, globale und stabile Ursachen zurückzuführen und positive Lebensereignisse einschließlich eigener Erfolge auf externale, spezifische und vari-

⁶⁴ Da in unserer Kultur häufig „internale Kontrollüberzeugungen“ favorisiert werden, sei hier bereits darauf hingewiesen, dass auch „internale Attribuierung“ nicht immer nur günstig ist. So zitieren v. Scheidt und Kolleginnen das Beispiel von Unfallopfern, die internal attribuierten, d.h. einen Unfall auf eigenes Versagen zurückführten und schlechtere Heilungsverläufe zeigten als PatientInnen mit externaler Attribuierung (vgl. v. Scheidt u.a., S. 124; vgl. a. Bengel, u. a. S. 54). Ebenso weisen Wissenschaftler wie Antonovsky (3.2.3.) und Shapiro (3.2.2.) darauf hin, dass je nach situativem Kontext auch externale Formen von Kontrolle oder auch das Aufgeben jeglicher Kontrollversuche adäquat sein kann.

able Ursachen, wie zum Beispiel „Glück“ (vgl. Meyer, S. 89). In diesem Zusammenhang ist auch die Rede von einem depressiven bzw. allgemeiner von einem „pessimistischen Erklärungsstil“ (ebd., S. 91), der zwar keine notwendige Ursache, aber einen Risikofaktor für das Auftreten einer Hilflosigkeitsdepression darstellt (vgl. Peterson, S. 294). Auch bei einer späteren Veränderung der Theorie, der sogenannten Hoffnungslosigkeitstheorie, die 1989 von Abramson, Metalsky und Alloy auf früheren Fassungen aufbauend entwickelt wurde, wurde solchen allgemeineren Denkmustern wie dem pessimistischen, depressogenen Erklärungsstil neben anderen Faktoren große Bedeutung beigemessen (vgl. dazu Peterson, S. 293 f.; vgl. zu den Reformulierungen der Hilflosigkeitstheorie auch: Meyer, S. 98 ff. und Petermann, 1995).

Von diesen grundlegenden Theorien ausgehend, verweisen „Hilflosigkeitsforscher“ (Peterson, S. 297) auf zahlreiche Gebiete, in denen diese Ideen Anwendung finden: Hilflosigkeit spielt nicht nur bei der Entstehung von Depressionen eine Rolle. Sie beeinflusst auch die körperliche Gesundheit, wahrscheinlich über das Immunsystem, vor allem aber über das Gesundheitsverhalten, weil Menschen mit einem pessimistischen Erklärungsstil dazu neigen, die „basics of health care“ (ebd., S. 296) zu vernachlässigen. Daneben ist Hilflosigkeit in Leistungssituationen von großer Bedeutung. Zahlreiche Beispiele zeigen einen Zusammenhang von internaler Attribuierung und Leistungsschwäche, die von den Versuchspersonen auf einen persönlichen Mangel an Fähigkeiten zurückgeführt wird. Darüber hinaus kann das Erklärungsmodell noch für viele andere Bereiche angewendet werden, so unter anderem zur Erklärung von Passivität in Reaktion auf Arbeitsstress, Arbeitslosigkeit oder chronische Schmerzen (ebd., S. 297).

Kompetenzentwicklung und Optimismus – die Umkehrung von Hilflosigkeit?

Eine gerade auch im Zusammenhang dieser Arbeit sehr wichtige Frage betrifft schließlich die Möglichkeit der Umkehrung von „gelernter Hilflosigkeit“. Nach Meinung von Seligman lässt sich aus der Theorie auch ableiten, wie Hilflosigkeit zu behandeln ist. „Wenn das zentrale Problem des Mangels an Reaktionsbereitschaft in der Erwartung liegt, dass die eigenen Reaktionen zu nichts führen, dann sollte Heilung eintreten, wenn diese Erwartung aufgehoben wird“ (Seligman, 1995, S. 52). Eine Therapie sollte demzufolge einem Patienten die Überzeugung vermitteln, dass er ein Mensch ist, der etwas bewirken kann, und sie sollte ihm ermöglichen, erreichbare Ziele und wirksame Pläne zu deren Verwirklichung zu entwickeln. Außerdem sollte sie dem Patienten beibringen, anders über die Ursachen seiner Misserfolge zu denken, und versuchen, die negative Erwartungshaltung in eine optimistischere umzuwandeln, bei der der Patient zunehmend zu der Überzeugung gelangt, dass seine Handlungen zu den von ihm gewünschten Konsequenzen führen und etwas bewirken (vgl. ebd., S. 95 f.; vgl. a. ders., 1991, S. 86).

Laut Seligman haben Menschen ein grundlegendes Bedürfnis nach Kompetenz. Kompetenz wird hier verstanden als das Bedürfnis, Hilflosigkeit und die dadurch induzierte Angst und Depression zu vermeiden. Er verweist in diesem Zusammenhang auf Theoretiker, die bei Tieren und bei Menschen sogar ein fundamentales Bedürfnis oder einen Trieb sehen, Ereignisse in der Umgebung zu kontrollieren und Zwängen zu widerstehen (vgl. Seligman, 1995, S. 52). Ganz ähnlich sieht auch sein Kollege Peterson die zentrale Bedeutung dieser Thematik, als deren einen Pol er die „gelernte Hilflosigkeit“ und als deren anderen Pol er das Gegenteil, die „persönliche Kontrolle“ sieht (vgl. Peterson, S. 298). Peterson weist darauf hin, dass sich vergleichbare Grundgedanken in einer Vielzahl von Konzepten und Theorien finden lassen. Gleichgültig, ob man von Selbstwirksamkeit, von erlerntem Optimismus, von Typ-A-Ver-

halten, von Hardiness oder von Kohärenzgefühl und vielen anderen mehr spreche, alle diese Theorien trügen mit einem Fundus an empirischem Material zum Verständnis dieses so eminent wichtigen Zusammenhangs bei (vgl. ebd., S. 289 f.).

So deutet sich an, dass es hier erneut darum geht, zwei Seiten einer Medaille zu betrachten, um dadurch einen komplementären Zusammenhang tiefergehend zu verstehen. Dies wird besonders auch in Seligmans Buch „Pessimisten küsst man nicht. Optimismus kann man lernen“ (1991) deutlich. Hier schildert Seligman nicht nur, wie es zur Reformulierung der Hilflosigkeitstheorie kam. Anhand von Beispielen aus vielen Lebensbereichen von der Gesundheit bis hin zu Entwicklungen innerhalb eines Unternehmens stellt er sehr anschaulich auch die Entstehung und die Folgen pessimistischen Denkens dar und liefert dazu eine Fülle von Untersuchungsergebnissen und Testbeispielen. In diesem Zusammenhang werden ausdrücklich auch Befunde zu den Ursprüngen und Wirkungen optimistischer Erklärungsmuster berücksichtigt. Demnach kann Optimismus die Gesundheit in vierfacher Weise fördern: vermittelt über das Immunsystem sowie über das Gesundheitsverhalten und außerdem wahrscheinlich auch dadurch, dass ein Optimist mehr Positives erlebt und größeren sozialen Rückhalt erfährt (Seligman, 1991, S. 210 ff.). Schließlich vermittelt Seligman im abschließenden Teil seines Buches auch noch Anleitungen zur Veränderung von pessimistischen Erklärungsmustern und zum Erlernen von Optimismus. Dabei bezieht er sich vor allem auf Therapieansätze aus der kognitiven Therapie u.a. von Beck und Ellis (vgl. unten Kap. 6.2.1.3).

Damit ist das genannte Buch von Seligman ein Beispiel dafür, wie sich die pathogene und die salutogene Perspektive fruchtbringend ergänzen können. Da allerdings der Schwerpunkt der Hilflosigkeitstheorie und ihrer Reformulierungen eindeutig auf der Betrachtung pessimistischer Erklärungsmuster liegt und auf der Frage, wie sich aus diesen Mustern unter experimentellen oder natürlichen Bedingungen Leistungsminderung, Passivität, Apathie und Depressionen entwickeln, gilt es nun, die salutogene Perspektive auszubauen und zu erkunden, wie gegenläufige Entwicklungen zustande kommen. Daher werden im folgenden Abschnitt verschiedene zum Teil komplementäre Konzepte vorgestellt, die schon als „die andere Seite der Medaille“ erwähnt wurden.

3.2 Gesundheitsschutzfaktoren, Persönlichkeit und Emotionen

Die gesundheitswissenschaftliche Diskussion hat sich vor allem unter dem Einfluss der Ideen Antonovskys, aber zum Teil auch unabhängig davon, zunehmend auch solchen gesunderhaltenden Faktoren zugewandt, die es dem Einzelnen ermöglichen, so erfolgreich wie möglich mit den Belastungen des Lebens umzugehen und so die Gesundheit trotz „stressiger“ Lebensumstände zu schützen. Die einflussreichsten und meistdiskutierten dieser gesundheitsprotektiven „personalen Ressourcen“ und „Schutzfaktoren“ (Selbstwirksamkeitserwartung, Kontrollüberzeugungen, Hardiness, Kohärenzgefühl und sozialer Rückhalt) werden im Folgenden dargestellt. Eine Berücksichtigung der Ressource „seelische Gesundheit“ erfolgt allerdings erst in Kapitel 6.3.⁶⁵

⁶⁵ Nur in dieser Fußnote berücksichtigt wird das Konzept des „dispositionalen Optimismus“ von Scheier u. Carver (1985 u. 1987). Hiernach tendieren – kurz gesagt – Menschen, die sich durch dispositionalen Optimismus als einer relativ stabilen Persönlichkeitseigenschaft auszeichnen, aufgrund verallgemeinerter Ergeb-

Die Darstellung beginnt mit dem Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung, welches nicht der salutogenetischen Tradition entstammt. Trotzdem werden die Studien zu dieser Theorie aber von Antonovsky „mit einem Gefühl von Verwandtschaft“ gelesen (Antonovsky, 1997, S. 67). Wenn hier die Theorie der Selbstwirksamkeit dennoch direkt an den Anfang gestellt wird, dann geschieht dies vor allem, um der Theorie der „gelernten Hilflosigkeit“ ein unmittelbar komplementäres Konzept entgegenzustellen.

3.2.1 Selbstwirksamkeits- und Kompetenzerwartung

Die Selbstwirksamkeitstheorie geht auf den Lerntheoretiker und Verhaltenstherapeuten Albert Bandura zurück, in dessen sozial-kognitiver Theorie⁶⁶ die Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit das zentrale psychologische Konstrukt darstellt (vgl. Bandura, 1977; 1992). Wie bei der Hilflosigkeitstheorie handelt es sich bei der Selbstwirksamkeitstheorie um ein ursprünglich lerntheoretisch begründetes Konzept, das wichtiges Grundlagenwissen zur Entstehung gesundheitsbezogenen Verhaltens bietet. Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung gilt als „kognitiver Mittler der Stressreaktion“ (Bandura, 1985, S. 411) und als bedeutsame personale Ressource bei der Bewältigung verschiedenster Anforderungen (vgl. Bandura, 1977). Ausgangspunkt für die Entwicklung der Theorie waren Beobachtungen in der Verhaltenstherapie. Nachdem man lange Zeit geglaubt hatte, dass Menschen vor allem durch Bekräftigung lernen, etwa, wenn sie systematisch für eine erfolgreiche Handlungsausführung belohnt werden, hat sich erst später die präzisere Auffassung verbreitet, dass es nicht so sehr die Bekräftigung oder die Kontingenzen sind, die das Verhalten ändern, sondern vielmehr die Erwartungen über solche Kontingenzen, also die Kognitionen (vgl. ebd., S. 191 ff.). Auch in diesem Aspekt zeigen sich deutliche Parallelen zur Entwicklung der Theorie der gelernten Hilflosigkeit, die in ihrer Reformulierung ja auch *die subjektive Erwartung*, die bedeutsamen Ereignisse der persönlichen Zukunft durch eigenes Handeln *nicht* beeinflussen zu können, in den Mittelpunkt gestellt hat (vgl. Klauer, S. 65).

niserwartungen dazu, positive Ergebnisse zu erwarten und in Bezug auf den Ausgang von Ereignissen hoffnungsvoll und zuversichtlich zu sein (vgl. ebd.; vgl. a. Bengel u.a., 1998, S. 57). Tatsächlich konnte in mehreren Studien belegt werden, dass sich eine optimistische Grundüberzeugung – u. a. bei der Genesung nach Bypass-Operationen und nach chirurgischen Eingriffen bei Brustkrebs – positiv auf die Gesundheit und die Bewältigung unterschiedlichster Gesundheitsprobleme auswirkt (vgl. für einen Überblick: Schwarzer, 1996, S. 17ff.; vgl. a. Bengel u.a., 1998, S. 57 f.). Allerdings wäre es ungerechtfertigt, hieraus zu schließen, dass eine rosa gefärbte Zukunftssicht oder triviales „positives Denken“ in jedem Fall günstig für die Zukunft ist (vgl. Kaluza, 1996, S. 43). Ein so genannter naiver oder defensiver Optimismus kann nämlich dazu führen, dass Gefahren übersehen oder Risiken ignoriert werden (vgl. Schwarzer, 1993, S. 8ff.). Demgegenüber sollte der Schwerpunkt psychologischer Gesundheitsförderung „in der Kultivierung des funktionalen Optimismus liegen, wobei insbesondere das subjektive Handlungspotential zu betonen ist, also das Vertrauen auf die eigene Fähigkeit, sein Leben so zu gestalten, daß gesundheitliche Risiken von vorneherein vermindert werden“ (ebd., S. 27). Ein grundsätzliches Problem des Konzepts wird in seiner Diffusität gesehen (vgl. Schwarzer, 1996, S. 19). Unter anderem hat es heftige Kritik an dem zugehörigen Messinstrument, der Optimismus-Skala gegeben, weil diese mit anderen Faktoren wie Pessimismus oder Ängstlichkeit vermischt sei. Kritisiert wird auch eine mangelnde Abgrenzung des Konzepts zu dem der generalisierten Kompetenzerwartungen. Schwarzer meint daher, dass „wir besser beraten (sind), uns von vorneherein der Kompetenzerwartung anstelle des dispositionellen Optimismus zu bedienen“ (ebd.).

⁶⁶ In dieser Theorie, die früher „soziale Lerntheorie“ hieß, „löst die eigene Erfahrung mit der Umweltauseinandersetzung oder die Beobachtung einer anderen Person, die dies sozusagen stellvertretend tut, kognitive Prozesse aus, mit denen die Grundlage für den Erwerb neuer Verhaltensweisen geschaffen wird“ (Schwarzer, 2000, S. 174).

Selbstwirksamkeitserwartung meint also nicht die tatsächlichen Fähigkeiten und Bewältigungskompetenzen, sondern ausschließlich die subjektive Einschätzung einer Person, ob sie sich als genügend kompetent zur erfolgreichen Ausführung einer bestimmten Handlung erachtet. Prinzipiell tendieren Menschen dazu, Bedrohliches zu vermeiden und eher Situationen aufzusuchen, die sie glauben bewältigen zu können. Ist dagegen die Selbstwirksamkeitserwartung einer Person hoch ausgeprägt, und glaubt diese, über genügend Handlungsmöglichkeiten zu verfügen, wird sie einer Situation zuversichtlich und aktiv begegnen. Darüber hinaus bestimmt der Grad der Selbstwirksamkeitserwartung aber nicht nur die Auswahl von Situationen, in die sich jemand hineinbegibt, sondern auch das Ausmaß der Anstrengung, mit der versucht wird, eine Aufgabe zu lösen, bzw. die Ausdauer bei der Bewältigung schwieriger Situationen.

Wie die Erwartung von Selbstwirksamkeit entsteht

Selbstwirksamkeits- oder Kompetenzerwartungen – beide Begriffe werden synonym gebraucht (vgl. Schwarzer, 1997, S. 50) – können auf unterschiedlichen Wegen entstehen. Die wichtigste Quelle sind direkte, eigene Handlungserfahrungen. Daneben können Selbstwirksamkeitserwartungen aber auch durch die Beobachtung eines erfolgreichen Modells, durch sprachliche Ermunterungen und Bekräftigungen anderer (also durch symbolische Erfahrung) und durch die Wahrnehmung eigener Gefühlserregung zustande kommen. Im letzten Fall geben physiologische Prozesse, beispielsweise die Ausbreitung ängstlicher Erregung im Körper, eine Rückmeldung über die eigene Kompetenzerwartung (vgl. Leppin, S. 79 f.; Schwarzer, 1996, S. 21 f.).

Das Beispiel eines Angstbewältigungstrainings verdeutlicht, wie Kompetenzerwartungen verändert werden können und wie dabei Angst allmählich dem Gefühl einer Kontrolle und Wirksamkeit des eigenen Handelns weichen kann. Dabei führte Bandura mit 12 Frauen, die unter einer massiven Spinnenphobie litten, Verhaltensübungen durch, bei denen die Annäherung an das Angstobjekt schrittweise und mit abgestufter Schwierigkeit geübt wurde. Die einzelnen Schritte wurden zunächst von einem Modell demonstriert: eine Spinne ansehen, die in einem Glas gefangen ist; sie in dem Glas berühren; sie erst über die behandschuhte und später über die nackte Hand bzw. den nackten Arm krabbeln lassen etc. Dieses Modell gab den Frauen auch zusätzliche Erklärungen über das Verhalten und die Lebensweise von Spinnen, um ihnen dadurch deutlich zu machen, dass man kontrollieren kann, was im Kontakt mit einer Spinne geschieht. Auch wurde vom Modell gezeigt, dass man Kontakt mit einer Spinne haben kann, ohne dass etwas Schreckliches passiert. Nach diesen Demonstrationen und Erklärungen führten die Frauen die Übungen selber durch. Zunächst schätzten sie jeweils auf einer Skala von 0-100 ihre Fähigkeit zur Bewältigung ein und übten dann so lange, bis sie sich sicher fühlten (vgl. Bandura u. a., 1985).

Die Auswirkung der Selbstwirksamkeitserwartung auf die Stressreaktion

Parallel zu den Trainingsschritten wurde bei den Frauen die Ausschüttung von Stressparametern im Blut gemessen. Zu Beginn reichte schon die Vorstellung einer Spinne, um die Hormonausschüttung ansteigen zu lassen. Zum Ende des Trainingsprogramms blieb sie sogar bei direktem Kontakt mit der Spinne annähernd normal. Die Ausschüttung von Stresshormonen (Adrenalin und Noradrenalin) stand in direktem Zusammenhang mit der Kompetenzerwartung der Frauen. In dem Maße, in dem diese Kompetenz wuchs, normalisierte sich der Hormonspiegel. Die Frauen zeigten einen hohen Anstieg von Adrenalin- und Noradrenalin bei Aufgaben, bei denen sie Zweifel hatten, diese bewältigen zu können. Umgekehrt sanken die Katecholamine,

wenn ihre Selbstwirksamkeitserwartung zunahm. So war schließlich ein hohes Maß an Selbstwirksamkeitserwartung während des Kontakts mit dem kritischen Objekt (der Spinne) von niedrigen Katecholaminwerten begleitet. Ein solches Abfallen der Hormone war ebenso zu beobachten, wenn die Frauen Aktivitäten ablehnten, die ihre Bewältigungskapazitäten überstiegen (vgl. Bandura u.a., 1985; für einen Überblick über weitere Experimente vgl. a. Schwarzer, 2000, S. 178 ff.). In späteren Verhaltensmodifikationsexperimenten konnte Bandura auch zeigen, dass eine experimentelle Förderung von Kompetenzerwartung ebenso eine Steigerung der Immunabwehrstärke bewirkt (vgl. Bandura, 1992).

Bandura hat solche Selbstwirksamkeitserwartungen für verschiedene Verhaltensbereiche untersucht. Dadurch konnte belegt werden, dass die Wahrnehmung eigener Fähigkeiten sich entscheidend auf die kognitiven, emotionalen und physiologischen Reaktionen in stressreichen Situationen auswirkt. In diesem Zusammenhang spielt die Angst bzw. ängstliche Erregung eine besondere Rolle, weil sie eine Informationsquelle darstellt, aus der das Individuum schließt, ob es eine bestimmte Handlung ausführen kann oder nicht. „Wer bei einem kritischen Ereignis spürt, wie ihm das Herz zum Halse schlägt, der erfährt dadurch, dass das Ereignis für ihn subjektiv kaum kontrollierbar ist“ (Schwarzer, 2000, S. 180). Dagegen ist Selbstwirksamkeit „die Umkehrung der Angst. Wer gelassen oder neugierig erregt an eine Aufgabe herangeht, erlebt Selbstwirksamkeit“ (ebd.).

Die Bedeutung von Selbstwirksamkeitserwartungen für das Gesundheitsverhalten

Selbstwirksamkeitserwartungen bzw. Kompetenzerwartungen, die sich auf ganz spezifische, gesundheitsrelevante Verhaltensbereiche beziehen, sind in der gesundheitspsychologischen Diskussion von großer Bedeutung. Die Theorie der Selbstwirksamkeitserwartung gehört denn auch zu den meistdiskutierten Theorien des Gesundheitsverhaltens. Die verhaltensspezifische Kompetenzerwartung spielt bei der Bewältigung von Stress, von Schmerz, beim Umgang mit chronischem Leiden, bei der Entwöhnung von Abhängigkeit und beim Aufbau von Gesundheitsverhaltensweisen etc. eine zentrale Rolle.

Menschen mit hoher Kompetenzerwartung, Schmerzen ertragen oder beeinflussen zu können, sind z.B. weniger ängstlich und verlangen weniger nach schmerzhemmenden Medikamenten. Ihre Schmerzschwelle und Schmerztoleranz liegen höher. Auch sind Menschen mit hoher Kompetenzerwartung eher in der Lage, Risikoverhaltensweisen abzubauen und Gesundheitsverhaltensweisen über längere Zeit aufrechtzuerhalten, sofern sie erst einmal von der Notwendigkeit dazu überzeugt sind und einen festen Entschluss gefasst haben. Eine hohe Kompetenzerwartung spielt beispielsweise eine zentrale Rolle bei der Motivation, Planung, Ausübung und Aufrechterhaltung von körperlichem Training, bei der Gewichtsregulierung, bei der Kondombenutzung und bei der Raucherentwöhnung.⁶⁷ Darüber hinaus ist die Kompetenzerwartung

⁶⁷ Allerdings hat sich in einer Studie von Leppin (1994) auch gezeigt, dass eine spezifische Kompetenzerwartung alleine noch nicht unbedingt ausreicht, wenn es darum geht, Risikoverhalten zu ändern. Im Fall dieser Studie vermochte nämlich ernährungsspezifische Kompetenzerwartung alleine späteres Ernährungsverhalten und eine entsprechende Gewichtsreduktion nicht vorherzusagen. Zusätzlich war auch die Wahrnehmung eines persönlichen Gesundheitsrisikos, zum Beispiel eines Bluthochdruckrisikos notwendig. Eine Reduktion des Körpergewichts zeigte sich bei denen, die an die eigenen Handlungsressourcen glaubten und sich für fähig hielten, ihre Nahrungsaufnahme zu regulieren, und die zugleich ein höheres Gesundheitsrisiko, beispielsweise ein Bluthochdruckrisiko, bei sich wahrnahmen. Aus diesen Gründen gilt es neben der Selbstwirksamkeitserwartung noch weitere Einflussfaktoren, wie die Risikowahrnehmung oder die Handlungsergebniserwartung zu berücksichtigen (vgl. Knäuper u. Schwarzer, 2000).

auch von Bedeutung, wenn es darum geht, chronische Krankheiten aktiv zu bewältigen und ein entsprechendes Gesundheitsverhalten aufzubauen (vgl. zusammenfassend: Schwarzer, 2000, S. 182 ff.; ders. 1996, S. 24 f.; Schwarzer u. Renner, S. 54 f.; vgl. a. Leppin, 1994).

Eine Vielzahl von Studien zeigt, dass Selbstwirksamkeits- bzw. Kompetenzerwartung eine zentrale Einflussgröße für gesundheitliches Handeln darstellt. Sie darf allerdings nicht zu unrealistisch sein, weil eine Überschätzung des eigenen Handlungspotentials das Risiko des Scheiterns birgt. Eine optimistische Komponente muss sie aber dennoch enthalten, „weil man nur so beflügelt werden kann, schwierige Herausforderungen anzugehen, die ein Maximum an Anstrengung und Ausdauer erfordern“ (Schwarzer u. Renner, S. 50).

Spezifische versus generalisierte Kompetenzerwartungen

Die meisten Studien zur Selbstwirksamkeitserwartung beziehen sich auf ganz spezifische Verhaltens- und Leistungsbereiche. Es wird aber angenommen, dass es neben diesen Selbstwirksamkeitserwartungen in bestimmten Teilbereichen der Lebensbewältigung auch zu Generalisierungsprozessen, zu bereichsübergreifenden Selbstwirksamkeitserwartungen als Teil eines allgemeinen Selbstkonzeptes kommen kann. Die „generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung“ ist dann „eine stabile Persönlichkeitsdimension, die die subjektive Überzeugung zum Ausdruck bringt, aufgrund eigenen Handelns schwierige Anforderungen bewältigen zu können“ (Schwarzer, 2000, S. 188). Schwarzer verweist in diesem Zusammenhang auch auf Lazarus, der die Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten auch im Sinne einer stabilen personalen Coping-Ressource versteht (vgl. ebd., S. 189). Die Auffassungen bezüglich einer Generalisierung des Konzepts der Selbstwirksamkeitserwartung gehen allerdings auseinander. Während Schwarzer in dem Ansatz zu generalisierten Kompetenzerwartungen einen hilfreichen Versuch sieht, die subjektive Verfügbarkeit von Handlungsressourcen auf der trait-Ebene, also auf der Ebene der Persönlichkeitsmerkmale anzusiedeln, zieht Bandura selber es vor, das von ihm ins Leben gerufenen Konstrukt auf spezifisches Verhalten beschränkt zu sehen (vgl. Schwarzer, 1997, S. 56; vgl. a. ders. 2000, S. 188 ff.).

Die mit der Selbstwirksamkeitserwartung einhergehenden Emotionen

Die zahlreichen Studien, in denen Kompetenzerwartungen unter verschiedenen Bedingungen und in unterschiedlichen Bereichen erhoben wurden, haben gezeigt, wie sich Selbstwirksamkeits- bzw. Kompetenzerwartung auf das Denken, Handeln und Fühlen von Menschen auswirkt. Zusammenfassend gesagt wirkt sich die Überzeugung von Selbstwirksamkeit auf drei Ebenen günstig auf die Gesundheit aus: Auf der kognitiven Ebene bahnt Selbstwirksamkeit den Weg für aktive Bewältigungsmuster, ist also eine wichtige Voraussetzung bei der Beeinflussung von Gesundheitsverhalten und bei der Bewältigung von chronischer Krankheit. Auf der motivationalen Ebene erhöht sie die Handlungsbereitschaft und beeinflusst die Auswahl von Situationen, indem sie die Erwartung steigert, diese bewältigen zu können. Menschen, die glauben, dass sie über effektive Handlungsressourcen verfügen, werden auch schwierigen, kritischen Situationen eher handlungsbereit begegnen und mehr Ausdauer bei der Bewältigung von Anforderungen zeigen. Auf der affektiven Ebene und der damit verbundenen psychophysiologischen Regulierung reduzieren Selbstwirksamkeitserwartungen den Grad der wahrgenommenen Bedrohlichkeit einer Situation und damit ebenso den Disstressgehalt entsprechender Erfahrungen. Zudem bilden sie auch deshalb einen Gesundheitsschutzfaktor, weil sie in belastenden Situationen zu einer besseren Nutzung sozialer Ressourcen beitragen –

ein Aspekt, der unter 3.3.4 noch vertieft wird (vgl. Siegrist, 1997, S. 102; vgl. a. Schwarzer, 1996, S. 23).

Da im Zusammenhang dieser Arbeit die mit der Selbstwirksamkeitserwartung einhergehenden Emotionen von besonderem Interesse sind, sind diese noch etwas genauer zu betrachten. Dazu erscheint es hilfreich, zum Ende dieses Abschnittes noch einmal beide Seiten der Medaille einzubeziehen, sich also noch einmal vorzustellen, welche Emotionen mit gering bzw. mit hoch ausgeprägter Selbstwirksamkeitserwartung einhergehen. Zunächst hatte ja die im vorangegangenen Abschnitt dargestellte Theorie von Seligmann deutlich gemacht, wie sich aus einem Zustand der Hilflosigkeit Passivität, Apathie, Angst und Depression entwickeln können. Demgegenüber nimmt die komplementäre Theorie der Selbstwirksamkeitserwartung nun eine entgegengesetzte Perspektive ein und fragt, wie sich Zustände der Hilflosigkeit und Unkontrollierbarkeit wieder abbauen lassen, indem sie zunehmend durch Kompetenzerfahrungen ersetzt werden. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass Befunde aus verschiedenen Studien dahingehend übereinstimmen, dass einerseits geringe Selbstwirksamkeitserwartung in emotionaler Hinsicht mit Depressivität, Ängstlichkeit sowie geringem Selbstwertgefühl verbunden ist (vgl. Schwarzer, 2000, S. 182 f.) und dass andererseits vorhandene Selbstwirksamkeitserwartung hoch negativ mit Depressivität, Ängstlichkeit und Schüchternheit sowie hoch positiv mit Selbstwertgefühl und Optimismus korrelierte (ebd., S. 190 f.).

Dass Angst im Rahmen der Selbstwirksamkeitstheorie eine besondere Rolle spielt, war bereits angesprochen worden. Dabei besteht offensichtlich Einigkeit darin, „dass Angst einen Ausdruck von Bedrohung darstellt und dass sich Bedrohung aus der Einschätzung von gefährlichen Umweltansprüchen in Relation zu den eigenen Bewältigungsoptionen ergibt“ (ebd., S. 176). Differenzen bestehen dagegen in Bezug auf die Frage, ob es sich bei der Angst um eine reine Emotion im Sinne ängstlicher Erregung, also ohne kognitive Bestandteile handelt, eine Position, die wohl Bandura selber vertritt. Demnach würde Kompetenzerwartung den kausalen Faktor darstellen, der sowohl die Angst als auch das Verhalten bestimmt. Demgegenüber steht die Position, die Angst als ein differenziertes Konstrukt versteht mit mindestens einer emotionalen Komponente (feuchte Hände, innere Unruhe, flaes Gefühl im Magen) und einer kognitiven Komponente (Besorgtheit, d.h. Gedanken an Schädigungen wie z.B. Leistungsversagen, die die normalen Denkvorgänge stören). Dieser zweiten Position gilt die kognitive Komponente, die Besorgtheit, welche nach Schwarzer die Kompetenzerwartung als eine Untermenge einschließen könnte, als die wichtigere, primär handlungsbestimmende der beiden Angstkomponenten (vgl. ebd., S. 176 f.; vgl. a. ders. 1996, S. 30 f.).

Bezüge zu anderen Theorien

Ungeachtet dieser „theoretisch interessante(n) Unterscheidung“ (Schwarzer, 1996, S. 32) stellt die subjektive Kompetenzerwartung einer Person im Rahmen der transaktionalen Stresstheorie von Lazarus eine wichtige Ressource dar, die dafür sorgt, dass eine Person weniger verwundbar gegenüber Belastungen ist (vgl. ebd., S. 30).

Vor diesem Hintergrund wird abschließend deutlich, dass „Kompetenzerwartung nicht ein singuläres Konstrukt darstellt, mit dem sich auf geniale Weise viele wissenschaftliche Probleme lösen lassen“ (ebd., S. 32). Vielmehr „(ähnelt) dieses Konstrukt einer Reihe anderer bewährter Konstrukte und repräsentiert in gewisser Weise das, was von Psychologen gemeinhin gedacht,

aber nicht immer so präzise und überzeugend formuliert und erforscht worden ist“ (ebd.). Eines dieser ähnlichen Konstrukte war die Theorie der gelernten Hilflosigkeit.⁶⁸ Dazu meint Schwarzer, dass „die revidierte Hilflosigkeitstheorie daher in mancher Hinsicht als eine Anwendung der Selbstwirksamkeitstheorie angesehen werden (kann), oder die Selbstwirksamkeitstheorie als eine Verallgemeinerung der Hilflosigkeitstheorie“ (ebd., S. 30). Obwohl nun mit diesen beiden Konstrukten bereits außerordentlich bewährte Theorien vorliegen, soll im Folgenden noch weiter „über den Tellerrand“ gesehen werden, um zu erkunden, wie andere Konzepte zur Diskussion um die Salutogenese beitragen.

3.2.2 Kontrollüberzeugungen

Neben dem Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung gehören die Kontrollüberzeugungen zu den theoretischen Konstrukten, die in der Gesundheitsforschung, insbesondere in der Gesundheitspsychologie, verstärkt Beachtung erfahren haben. Das Konzept wurde erstmals 1966 von Rotter im Rahmen der sozialen Lerntheorie vorgestellt und später von verschiedenen anderen Autoren weiterentwickelt. In jüngerer Zeit haben Shapiro und Astin einen Überblick über die Vielzahl von Konzepten zum Thema gegeben (vgl. Shapiro u. Astin, 1998, S. 34) und eine zusammenfassende integrative Theorie entwickelt. Dabei wurde deutlich, dass nicht nur aus der behaviouristischen Richtung (vgl. ebd., S. 11 f.), sondern ebenso aus vielen anderen Schulen bereits Beiträge zum Verständnis der Bedeutung von Kontrolle bzw. Kontrollüberzeugungen für den Menschen vorliegen (vgl. ebd., S. 18 f.). „Kontrolle“ stellt demnach eine wichtige Komponente in vielen psychologischen Konstrukten und einen zentralen Aspekt in allen Therapieschulen dar. Möglicherweise bildet sie sogar eines der wichtigsten Kettenglieder für das Verständnis psychosomatischer Zusammenhänge überhaupt (vgl. Shapiro u.a., 1993 a, S. 35).

Die ersten zwei Generationen von Konzepten zur Kontrollüberzeugung

Allgemein beziehen sich Kontrollüberzeugungen auf die Erwartung von Personen, Ereignisse in ihrem Lebensraum beeinflussen zu können oder nicht (Krampen, zit. n. Lohaus, S. 76). Unterschiede bestehen allerdings in Bezug auf die Zahl und Art der Dimensionen des Konstrukts. Historisch betrachtet wurden zunächst zwei Dimensionen von Kontrollüberzeugungen unterschieden. So findet sich bei Rotter nur die Dimensionierung von externalem Locus of Control, wobei das Eintreten von Ereignissen als von äußeren Faktoren beeinflusst erlebt wird, und internalem Locus of Control, wobei das Eintreten von Ereignissen dem Verhalten der eigenen Person zugeschrieben wird (vgl. Rotter, 1966). In einer darauf folgenden Generation von Kontrollüberzeugungskonzepten wurden dann 1972 bzw. 1974 erstmals von Levenson drei Arten von Kontrollüberzeugungen unterschieden. Einer internalen Kontrollüberzeugung stehen sozial-externale bzw. fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen gegenüber. Demnach wird das Eintreten von Ereignissen entweder als abhängig vom Verhalten anderer oder als abhängig von Zufall und Schicksal aufgefasst (vgl. Levenson, 1972 u. 1974).

Unterschiede bestehen auch im Abstraktionsgrad verschiedener Kontrollüberzeugungskonzepte. Von generalisierten, bereichsübergreifenden Kontrollüberzeugungen, die sich auf unterschiedliche Inhaltsbereiche erstrecken, lassen sich bereichsspezifische Kontrollüberzeugungen

⁶⁸ Unberücksichtigt bleibt hier die Attributionstheorie von Weiner, die sowohl der Selbstwirksamkeitstheorie (vgl. Schwarzer, 1996, S. 25 f.) als auch der reformulierten Theorie der „gelernten Hilflosigkeit“ (vgl. Seligman, 1991, S. 54 f.) verwandt ist.

abgrenzen, die auf bestimmte Lebensbereiche bezogen sind und sich von den generalisierten Kontrollüberzeugungen mehr oder minder deutlich unterscheiden können. Dabei hat sich im Laufe der Zeit eine Entwicklung vom bereichsübergreifenden, generalisierten Kontrollkonzept, wie Rotter es vorgeschlagen hatte, zu spezifischen, bereichsbezogenen Konzepten vollzogen. In der zuletzt genannten Entwicklungslinie steht beispielsweise die Arbeit von Wallston u.a., die ein Instrument zur Messung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen entwickelt haben (vgl. Wallston u.a., 1976 u. 1987).

Verschiedene Forschungsarbeiten haben sich einer Untersuchung des Zusammenhangs von Kontrollüberzeugungen und Gesundheitsverhalten gewidmet. Der dahingehende Forschungsstand lässt sich am ehesten so zusammenfassen, dass zwar in einer Reihe von Studien Zusammenhänge zwischen internalen Kontrollorientierungen und präventivem Gesundheitsverhalten in konkreten Bereichen (Rauchen, Gewichtskontrolle, Empfängnisverhütung) nachgewiesen werden konnten, dass aber die Ergebnisse insgesamt uneinheitlich sind. Auf der anderen Seite findet sich ebenso eine Vielzahl von Studien, in denen keine Bezüge aufgefunden werden konnten (vgl. zusammenfassend Lohaus). Vor diesem Hintergrund hat sich die anfängliche optimistische Einschätzung in Bezug auf die Adäquatheit und Effektivität der Konzepte im Bereich Gesundheitsverhalten erheblich relativiert (vgl. Bengel u.a., S. 54).

Eine mögliche Ursache für die widersprüchlichen Befunde wird unter anderem in der Formulierung der Einzelskalen des häufig benutzten Fragebogens von Wallston und Kollegen gesehen. Um Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen und Gesundheitsverhalten bzw. gesundheitlichem Risikoverhalten zu untersuchen, sollte beides – sowohl das Verhalten als auch die Kontrollüberzeugungen – möglichst bereichsspezifisch erfasst werden (vgl. Barth u. Härter, 1996, S. 253) und sich so eng wie möglich an dem angezielten Gesundheits- bzw. Krankheitssektor orientieren (vgl. Lohaus, S. 84). Darüber hinaus erscheint neben anderen Umorientierungen theoretischer und methodischer Art insbesondere auch die Berücksichtigung von *Kontrollüberzeugungsmustern* notwendig (vgl. Lohaus, S. 83 f.). In nahezu allen bisherigen Arbeiten wurden die drei Kontrollüberzeugungsdimensionen unabhängig voneinander analysiert. Neben reinen Internalitäts- und Externalitätsmustern lassen sich aber auch Kombinationen von hohen Internalitäts- und sozialen Externalitäts- bei gleichzeitig niedrigen Fatalismuswerten auffinden. Da diese Kombination sowohl die hohe Eigenverantwortung beispielsweise eines Patienten impliziert als auch die Bereitschaft, den Anweisungen und Ratschlägen anderer zu folgen, wird eine solche Kombination für die Möglichkeit der Gesundheits- bzw. Krankheitsbeeinflussung als besonders günstig angesehen (vgl. Lohaus, S. 84).

Die dritte Generation: Das Shapiro-Control-Inventory

Seit einiger Zeit liegt nun von Shapiro und Kollegen die dritte Generation eines Instrumentariums zum Erfassen von Kontrollüberzeugungen vor. Dieses Shapiro-Control-Inventory (SCI) wurde in zwanzigjähriger Forschungsarbeit aufgrund intensiver Auseinandersetzung mit den bereits vorhandenen Kontrollüberzeugungskonzepten entwickelt (vgl. Shapiro u. Astin, S. 38 ff.). Das SCI geht in verschiedener Hinsicht weit über die von Rotter und Wallston vorgeschlagenen Skalen hinaus. Es erfasst sowohl unspezifische, bereichsübergreifende als auch bereichsspezifische Kontrollüberzeugungen. Diese wiederum werden nicht nur wie bei Wallston für den Bereich Gesundheit erhoben, sondern auch für die Bereiche Arbeit und Karriere, Selbstwert und Zeitmanagement, soziale Beziehungen, Abhängigkeiten, Umgang mit Stress sowie mit belastenden Gedanken und Emotionen (vgl. ebd., S. 41). Darüber hinaus kann mit dem SCI

auch die Variable Motivation – ob jemand überhaupt Kontrolle wünscht oder anstrebt – erfasst werden. Eine diesbezügliche Skala des SCI berücksichtigt sowohl Selbstkontrollbestrebungen als auch Kontrollbestrebungen in Bezug auf die Umwelt.

Eine wichtige Weiterentwicklung betrifft schließlich das Verständnis von Kontrolle überhaupt. Shapiro und Astin nehmen an, dass das Kontrollkonzept, das der westlichen psychologischen Forschung zugrunde liegt, in hohem Maße kulturgebunden ist und eben darin auch seine Grenzen findet. Die Forschung hebt vor allem auf aktive Kontrollbestrebungen und instrumentelles Handeln einerseits und passive Resignation und Hilflosigkeit andererseits ab. So finde sich im Wesentlichen nur die Unterscheidung zwischen Individuen, die ihre Umwelt aktiv beeinflussen, und denjenigen, die – ängstlich, passiv und hilflos – zuwenig Kontrolle ausüben. Solche impliziten Bewertungen durchziehen nach Ansicht von Shapiro und Kollegen einen Großteil der Literatur. Gegenüberstellungen wie *mastery* versus *coping*, *primär* versus *sekundär*, *instrumental* und *problemorientiert* versus *palliativ* transportieren ihrer Ansicht nach kulturgebundene Urteile und verstellen den Blick auf alternative Möglichkeiten des Umgangs mit Kontrolle, die für andere Kulturen selbstverständlich sind (vgl. Shapiro u.a., 1993 a, S. 36; vgl. a. Shapiro u. Astin, S. 42). Es gibt Gegebenheiten, wo aktive, persönliche Kontrolle unangemessen und unangebracht ist. In solchen Situationen, die wir nicht aktiv beeinflussen können, ist ein Gefühl von Kontrolle (sense of control) eher dadurch zu gewinnen, dass wir die Dinge akzeptieren, die wir nicht ändern können, und jegliche Kontrollbemühungen loslassen.

Ausgehend von diesen Überlegungen haben Shapiro und Astin ein Vier-Quadranten-Modell entwickelt, das es ermöglicht, weitere Facetten von Kontrollüberzeugungen zu erfassen (vgl. dies., S. 23, S. 42 f. u. S. 301):

Selbstsicherheit im Verfolgen eigener Anliegen	Gelassenes Akzeptieren des Unabänderlichen
Aggressive , überzogene (dominante) Selbstdurchsetzung	Nachgiebigkeit und Passivität beim Verfolgen eigener Anliegen

Abb. 7: Das Vier-Quadranten-Modell der Kontrolle (Shapiro u. Astin, S. 23)

Im ersten Quadranten ist die Rede von *aktiver Kontrolle* und *positiver Selbstsicherheit bzw. Selbstbewusstheit*. Damit ist die Fähigkeit gemeint, sich selbst oder die Umwelt in positiver Weise verändern und beeinflussen bzw. Ziele und Aufgaben aktiv in Angriff nehmen und erreichen zu können (vgl. ebd., S. 42). Der Akzent liegt auf dem Tun, auf Aktivität und Bewegung (vgl. ebd., S. 301).

Im zweiten Quadranten sprechen Shapiro und Astin von *positivem Akzeptieren, von Nachgiebigkeit* und *Sich-Fügen*. Sie verweisen in diesem Zusammenhang auch auf die positiven Aspekte von Sanftmut und Umgänglichkeit und sprechen von einem Gefühl der gelassenen Ruhe und des Seins (vgl. ebd., S. 301). Zu den Qualitäten dieses Quadranten gehört es auch, zu wissen, wann die beste Art einer Situationskontrolle darin besteht, jede Form aktiver Kontrolle loszulassen. Dies wird mit den Begriffen Vertrauen, Akzeptieren und Geduld beschrieben (vgl. ebd., S. 42).

Im dritten Quadranten werden *negative, überzogene* und *zu aktive Formen der Kontrolle* und *der Selbstdurchsetzung* erfasst. Diese Qualität wird mit solchen Begriffen wie Überkontrolle, Manipulation und Dogmatismus beschrieben (vgl. ebd., S. 43). An anderer Stelle sprechen die Autoren auch von aggressiver Selbstdurchsetzung, von einer gewissen Rüdigkeit (Mitleidslosigkeit), von hoher Erregbarkeit, mangelnder Sensibilität, Selbstsucht und von einer Machiavellischen Qualität (vgl. ebd., S. 301).

Im vierten Quadranten schließlich wird *ein zu geringes Maß von Aktivität und Kontrolle* fokussiert. Im Deutschen würde man vielleicht von Überanpassung und möglicherweise Unterwürfigkeit sprechen. Shapiro und Astin sprechen von Unentschiedenheit, Furchtsamkeit und Manipulierbarkeit (vgl. ebd., S. 43) sowie von Überpassivität, Gleichgültigkeit, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit (vgl. ebd., S. 301).

Nach Überzeugung von Shapiro und Kollegen ist das Shapiro-Control-Inventory (SCI), welches auf dem Vier-Quadrantenmodell aufbaut, in mehrfacher Hinsicht hilfreich. Zum einen ermöglicht das Instrumentarium eine Differenzierung zwischen den Kontrollmustern unterschiedlicher klinischer Patientenpopulationen. So konnten sie verschiedentlich zeigen, dass es mit Hilfe des SCI möglich ist, Gruppen von Patienten mit verschiedenen psychischen Störungen nicht nur von einer gesunden Normalpopulation, sondern auch untereinander zu unterscheiden. Alle neun Skalen des SCI waren geeignet, signifikant zwischen verschiedenen Gruppen (normal Gesunden und Patienten mit Borderline-Störung, mit Major Depression, mit Panikattacken und mit allgemeiner Angststörung) zu unterscheiden. Demgegenüber konnte mit den von Wallston und Wallston entwickelten Skalen keine Unterscheidung und mit dem von Rotter entwickelten Instrument nur eine Unterscheidung zwischen der Normalpopulation und zwei der klinischen Populationen vorgenommen werden (vgl. Shapiro u.a., 1993 a u. b; dies., 1994; Shapiro u. Astin, S. 46 ff.).

Shapiro und Kollegen hoffen nun, dass die Differenzierung zwischen Patienten mit unterschiedlicher klinischer Diagnose mit Hilfe des SCI so weit voranschreitet, dass es in Zukunft möglich wird, therapeutisches Vorgehen optimal auf die Verortung des Patienten im Vier-Quadranten-Modell abzustimmen. So nehmen sie beispielsweise an, dass ein Patient, der in Quadrant 3 einzuordnen ist (Übermaß an Kontrolle und Selbstdurchsetzung), eher von Interventionen profitieren wird, die es ihm ermöglichen, zu entspannen, Dinge zu akzeptieren und Hilfe von anderen anzunehmen. Für einen Quadrant-4-Patienten dagegen, der unter Hilflosigkeit und Manipulierbarkeit leidet, wird eher ein Selbstbehauptungs- und Selbstwirksamkeitstraining hilfreich sein (vgl. Shapiro u. Astin, S. 102 ff.).

Darüber hinaus soll das von Shapiro und Kollegen entwickelte Instrumentarium nicht nur bei der Therapieplanung, sondern auch zur Evaluation von Therapieprozessen eingesetzt werden können (vgl. Shapiro u. a., 1993 a, S. 44; Shapiro u. Astin, S. 53 f.).

Auf dem Weg zu einem umfassenderen Verständnis von Kontrolle

Die Frage stellt sich nun, was denn unter optimaler Kontrolle zu verstehen ist. Gleichgültig, ob man die Frage aus kognitiv-lerntheoretischer, humanistischer oder psychoanalytischer Perspektive stellt, ist ein gewisses Maß an Kontrolle offensichtlich von zentraler Bedeutung für das psychische Wohlbefinden und für die körperliche Gesundheit (vgl. Shapiro u. Astin, S. 62). Die Befunde von Shapiro und Kollegen bestätigen dies: Sie führen sowohl eine Reihe von Studien an, die belegen, dass ein Zuwenig an Kontrolle sich negativ auf die Stimmung, auf die Physiologie und auf das Gesundheitsverhalten auswirkt, als auch solche, die die gesundheitsschädlichen Wirkungen aufzeigen, die von einem Zuviel an Kontrolle ausgehen. Schließlich werden auch verschiedene Forschungsergebnisse vorgestellt, die zeigen, dass die Erfahrung von persönlicher Kontrolle negativ mit Ängsten und Depression korreliert und sich in günstiger Weise auf die psychische und physische Gesundheit auswirkt (vgl. Shapiro u. Astin, Kap. 6).

Ein positives, gesundheitsförderliches Kontrollprofil wird von Shapiro und Astin als eine Balance zwischen der Selbstdurchsetzung und Verfolgung eigener Interessen einerseits und der Berücksichtigung von Anliegen anderer Menschen andererseits sowie der Akzeptanz von Unabänderlichem gesehen. Die einzelnen Komponenten optimaler Kontrolle beschreiben sie in einem Überblick folgendermaßen: Jemand ist in der Lage, situationsabhängig und bewusst den geeigneten Level und das angemessene Objekt seines Kontrollbedürfnisses (Selbst oder Umgebung) auszuwählen; er ist fähig, die Quadranten 1 und 2 in kontextabhängiger Weise und flexibel auszubalancieren; er gewinnt Kontrollüberzeugungen sowohl aufgrund seiner eigenen Bemühungen als auch durch die Beziehung zu anderen und ohne sich übermäßig auf das eine oder andere zu verlassen. Schließlich zeichnet sich jemand mit optimaler Kontrolle dadurch aus, dass er sich nicht auf realitätsverzerrende Illusionen und Abwehrmechanismen einlässt und sich an Werten orientiert, die es ihm ermöglichen auszuwählen, wofür sich in der inneren und der äußeren Welt ein Erwerb von Kontrolle lohnt (vgl. Shapiro u. Astin, S. 75).

Ein besonderes Anliegen von Shapiro und Astin ist es, auch solche Möglichkeiten von Kontrolle herauszustellen, die unser Verständnis von Normalität zunächst übersteigen. Die westliche Psychologie hat sich in erster Linie um das Verständnis suboptimaler, pathologischer Zustände bemüht und war daher überwiegend mit pathologischen Entwicklungen befasst. Ein umfassendes Verständnis von psychologischer Gesundheit kann aber nach Meinung von Shapiro und Astin niemals alleine aus der Beschäftigung mit Pathologie hervorgehen. In diesem Zusammenhang führen sie Forschungsergebnisse über Menschen aus östlichen Kulturen an, die zeigen, dass Menschen weit mehr Kontrollmöglichkeiten zur Verfügung stehen als nur die instrumentellen, auf eine Veränderung der Umwelt gerichteten. Ebenso legen sie Befunde vor, die eindrucksvoll dokumentieren, dass eine Beeinflussung von Körperfunktionen auch mit Hilfe von Biofeedback oder Vorstellungsübungen möglich ist (vgl. Shapiro u. Astin, S. 106 f.). Schließlich zitieren sie aus spirituellen Traditionen, die den Menschen auf die Macht verweisen, seine Gedanken und Wünsche zu kontrollieren (vgl. ebd., S. 76 ff.). So wird der indische Weise Yogananda angeführt, der gesagt haben soll, dass Vorstellungskraft die Türe darstellt, durch welche sowohl Krankheit als auch Gesundheit eintreten (vgl. ebd., S. 108).

Fasst man abschließend all die vielseitigen Überlegungen zusammen, die Shapiro und Astin zum Konzept der Kontrolle eingebracht haben, dann stellt sich diese „integrierte Annäherung an Psychotherapie, Gesundheit und Heilung“ – so der Untertitel des Buches – als eine Fundgrube an Anregungen dar, die die Diskussion um das Konzept der Kontrollüberzeugungen sehr

befruchtet. Die Autoren bieten sowohl Ansätze zum assessment von Kontrollüberzeugungen in verschiedenen Inhaltsbereichen als auch Anregungen zur Förderung eines positiven, zwischen Selbstdurchsetzung und Nachgiebigkeit wohlbalancierten Maßes an Kontrollüberzeugung bzw. Kontrollverhalten. Ein großer Vorteil des von ihnen entwickelten Vier-Quadranten-Modells besteht darüber hinaus darin, dass es erlaubt, zwischen verschiedenen Formen optimaler und suboptimaler Kontrolle zu differenzieren und so Bezüge zu solchen Persönlichkeitsdispositionen wie dem Typ-A-Verhaltensmuster oder der erlernten Hilflosigkeit herstellen zu können.

Parallelen zum Selbstwirksamkeitskonzept werden vor allem dort deutlich, wo es um die Erfassung und Förderung von Kompetenzerwartungen in ganz spezifischen Verhaltens- und Leistungsbereichen geht. Zugleich gehen die Autoren aber über das Selbstwirksamkeitskonzept weit hinaus, wenn sowohl die sozioökonomischen Bedingungen von Kontrolle (vgl. ebd., S. 91) als auch die existentiellen Begrenzungen, denen menschliches Kontrollbemühen unterliegt, berücksichtigt werden. Die Tatsache, dass wir ungeachtet all der menschlichen Bestrebungen, das Leben zu kontrollieren, doch alle sterben müssen, macht nach Ansicht der Autoren deutlich, wie wichtig es für den Menschen ist, eine Balance zu finden zwischen Aktivität und die Umwelt beeinflussendem Handeln einerseits und dem Akzeptieren von Unabänderlichem und Selbstkontrolle andererseits. So schreiben sie im Vorwort, dass es für den Menschen, der nun zu Beginn des dritten Jahrtausends bereits ein beträchtliches Maß an Kontrolle über die äußere Welt erlangt habe, nun ganz zentral darum gehe, auch die innere Welt zu kontrollieren.

3.2.3 Hardiness und Kohärenzgefühl

Die beiden Konzepte „Hardiness“ und „Kohärenzgefühl“ werden gemeinsam in einem Abschnitt behandelt, weil sie einige Parallelen aufweisen. Sie stehen beide für eine salutogenetische Orientierung und haben Wesentliches zur Erkenntnis von personalen Widerstandsressourcen gegen Stress beigetragen.

Hardiness

Auf der Suche nach Eigenschaften, die den Menschen vor den gesundheitsschädigenden Auswirkungen von Stress schützen, haben die Forscher Kobasa, Maddi und Kahn schon in den siebziger Jahren eine sogenannte Widerstandsressource entdeckt, die offenbar dazu beiträgt, dass Menschen trotz eines stressigen Lebens nicht krank werden. Den Hintergrund für die Konzipierung dieser salutogenen Ressource bildete eine Untersuchung, die während einer länger dauernden Umstrukturierungsphase eines großen amerikanischen Konzerns durchgeführt wurde. Dieser Veränderungsprozess konfrontierte die Mitarbeiter mit Versetzungen, Entlassungen und vielfältigen neuen Aufgaben. Bei der Untersuchung wurden von über 800 mittleren und leitenden Angestellten 200 herausgesucht, die angegeben hatten, besonders hohen Belastungen ausgesetzt zu sein. Diese Stichprobe bestand jeweils zur Hälfte aus solchen Angestellten, die über ein großes Maß an körperlichen Beschwerden und Krankheit klagten, und aus einer anderen Hälfte, die sich trotz hoher Belastungen als wenig krank beschrieb. Beide Gruppen waren im Hinblick auf Einkommen, Status, Alter und Bildung sehr ähnlich. Sie unterschieden sich aber bezüglich ihrer Einstellungen und Meinungen über sich selbst, über ihre Mitmenschen und ihre Arbeit. Die Einstellung der gesunden Angestellten bezeichneten die Autoren als „hardiness“ (Stärke, Zähigkeit, Widerstandsfähigkeit). Sie betrachten dieses Persönlichkeits-

konzept als Einheit aus drei miteinander verbundenen Komponenten (vgl. dazu Kobasa, 1979, Kobasa u. a., 1982; vgl. a. Antonovsky, 1997, S. 48):

- **commitment** (Engagement und Selbstverpflichtung): Damit ist das Bestreben einer Person gemeint, sich selbst mit allem, was sie tut oder was ihr begegnet, zu identifizieren und dafür zu engagieren. Commitment ist das Gegenteil von Passivität und Vermeidungsverhalten und bedeutet Neugier auf das Leben und eine hohe Motivation, etwas zu bewerkstelligen und zu verwirklichen.
- **control** (Kontrolle): Damit ist das Gegenteil von Hilflosigkeit gemeint. Person mit hoher Kontrolle glauben, Einfluss auf den Lauf der Ereignisse ihrer Erfahrung nehmen zu können. Sie erleben Ereignisse nicht als etwas Fremdes, sie Überwältigendes, weil sie sehen, dass ihnen verschiedene Möglichkeiten der Reaktion und Entscheidung zur Verfügung stehen.
- **challenge** (Herausforderung) meint schließlich, dass Veränderungen nicht als Bedrohung, sondern als positive Chance wahrgenommen werden. Wandel und Veränderung gehören für solche Menschen zum Leben, und sie sehen darin eher eine Gelegenheit für neue Erfahrungen und Anreiz zu weiterem Wachstum denn eine Bedrohung ihrer Sicherheit und Stabilität. Schwierigkeiten werden als Anlass genommen, daraus zu lernen.

Die belasteten, aber gesunden Angestellten unterschieden sich in den genannten Merkmalen von den belasteten, aber kranken Angestellten. Bei Letzteren fanden sich Entfremdung statt Selbstverpflichtung, Nihilismus und Machtlosigkeit statt eines Gefühls eigener Kontrollmöglichkeiten und Angst vor Risiken statt Freude an neuen Herausforderungen (vgl. Kobasa u.a., 1979, S. 8). Kobasa schlussfolgert aus dieser Untersuchung, dass die Persönlichkeit einen wichtigen Mediator im Stressgeschehen darstellt. „Hardiness“ wird als ein Persönlichkeitsfaktor angesehen, der Menschen trotz großer Belastungen und trotz sogenannter kritischer Lebensereignisse vor Krankheit zu schützen vermag. Weitere Untersuchungen haben inzwischen bestätigt, dass „hardiness“ weniger anfällig gegen Stress macht und effektives Bewältigen begünstigt. Das Konzept wird allerdings wegen seiner Breite und aufgrund von Schwierigkeiten, die sich bei der Messung ergeben, heute eher kritisch gesehen (vgl. Kaluza, 1996, S. 45; vgl. a. Bengel u.a., S. 56 f.).

Kohärenzgefühl

Einen weiteren wichtigen Meilenstein auf dem Weg zu einem positiven Gesundheitsverständnis stellt Antonovskys Konzept des Kohärenzgefühls dar, ein Ansatz, den viele Gesundheitswissenschaftler für einen der tragfähigsten und interessantesten halten. Vielen gilt das Konzept „als Spitzenreiter“ (Franke, 1997, S. 170). Antonovsky, ein israelischer Medizinsoziologe, führte Anfang der siebziger Jahre in Israel an Frauen verschiedener ethnischer Gruppen eine Untersuchung über die Auswirkungen des Klimakteriums durch. Ein Teil der untersuchten Frauen war in Zentraleuropa geboren und teilweise in einem Konzentrationslager inhaftiert gewesen. Dennoch – trotz des unvorstellbaren Schreckens, den sie im Konzentrationslager erlebt hatten, trotz der teils jahrelangen Odyssee, um sich dann ein neues Leben in einem neuen Land aufzubauen, und trotz der drei Kriege, die sie in Israel gegen die palästinensischen Nachbarn erleben mussten – waren 29 % der Frauen in einem guten psychischen und physischen Gesundheitszustand. Dieser Befund war für Antonovsky der Anlass, sich mit der Salutogenese zu befassen (vgl. Antonovsky, 1997, S. 15; vgl. vorne 1.5.2.), einem Modell und

einem Wechsel der Blickrichtung, mit denen er eine imponierende Entwicklung angestossen hat (vgl. Franke, 1997, S. 169).

Als Ergebnis seiner Forschungen stellt er das zentrale Konzept des Kohärenzgefühls (sense of coherence)⁶⁹ vor, das er wie folgt definiert: *Das Kohärenzgefühl (SOC) „ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass (1) die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; (2) einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; (3) diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“* (Antonovsky, 1997, S. 36; Hervorh. i. Original/U. F.).

Antonovsky unterscheidet drei Komponenten, aus denen sich das Kohärenzgefühl zusammensetzt:

- **Verstehbarkeit** (sense of comprehensibility) „bezieht sich auf das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information und nicht als Rauschen – chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich. Die Person mit einem hohen Ausmaß an Verstehbarkeit geht davon aus, dass Stimuli, denen sie in Zukunft begegnet, vorhersagbar sein werden oder dass sie zumindest, sollten sie tatsächlich überraschend auftreten, eingeordnet und erklärt werden können. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass damit nichts über die Erwünschtheit von Stimuli impliziert ist. Tod, Krieg und Versagen können eintreten, aber solch eine Person kann sie sich erklären“ (Antonovsky, 1997, S. 34).
- **Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit** (sense of manageability) meint „das Ausmaß, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli, mit denen man konfrontiert wird, ausgehen. ‚Zur Verfügung‘ stehen Ressourcen, die man selbst unter Kontrolle hat oder solche, die von legitimierte anderen kontrolliert werden – vom Ehepartner, von Freunden, Kollegen, Gott, der Geschichte, vom Parteiführer oder einem Arzt – von jemandem auf den man zählen kann, jemandem dem man vertraut. Wer ein hohes Maß an Handhabbarkeit erlebt, wird sich nicht durch die Ereignisse in die Opferrolle gedrängt oder vom Leben ungerecht behandelt fühlen. Bedauerliche Dinge geschehen nun einmal im Leben, aber wenn sie dann auftreten, wird man mit ihnen umgehen können und nicht endlos trauern“ (ebd., S. 35). Zusammenfassend beschreibt diese Komponente also die Überzeugung eines Menschen, dass Herausforderungen und Schwierigkeiten bewältigbar und lösbar sind (vgl. Bengel u.a., S. 29).
- **Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit** (sense of meaningfulness) bezieht sich „auf das Ausmaß, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet: dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, dass sie eher will-

⁶⁹ In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass für den „sense of coherence“ unterschiedliche Übersetzungen vorliegen. So sprechen beispielsweise Becker u. a. (vgl. 1994) von „Kohärenzsinn“ oder Rimann u. Udris (vgl. 1998) von „Kohärenzerleben“. Die vorliegende Arbeit, in der meistens vom „Kohärenzgefühl“ gesprochen wird, folgt ohne weitere Diskussion dem Vorschlag der Antonovsky-Übersetzerin A. Franke (vgl. Antonovsky, 1997; Franke, 1997).

kommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre. Dies bedeutet nicht, dass jemand mit einem hohen Ausmaß an Bedeutsamkeit glücklich ist über den Tod eines Nahestehenden, über die Notwendigkeit sich einer schweren Operation zu unterziehen oder darüber, gefeuert zu werden. Aber wenn solch einer Person diese unglücklichen Erfahrungen auferlegt werden, nimmt sie diese Herausforderung bereitwillig an, wird ihr eine Bedeutung beimessen können und ihr Möglichstes tun, sie mit Würde zu überwinden“ (ebd., S. 35 f.). Antonovsky hält diese Komponente für besonders wichtig. Sie repräsentiert die motivationale Komponente und stellt in gewisser Weise einen emotionalen Gegenpol gegenüber „einer zu starken Betonung des kognitiven Aspekts des Kohärenzgefühls“ dar (ebd.). An anderer Stelle beschreibt er das Bedeutsamkeitsgefühl auch als „a priori Annahme ..., dass die Auseinandersetzung mit dem Stressor lohnt und dass sie eher eine willkommene Herausforderung ist als eine Last, vor der man fliehen sollte“ (ebd., S. 131).

Antonovsky sieht den Sense of coherence (SOC) bzw. das Kohärenzgefühl eindeutig nicht als spezielle Coping-Strategie, sondern als eine „generelle Lebenseinstellung“ (Antonovsky, 1993, S. 4) und als eine „dispositionale Orientierung“ (ders., 1997, S. 165). Das SOC „(ist) eine stabile, dauerhafte und generalisierte Orientierung gegenüber der eigenen Welt, die eine Person durch das ganze Erwachsenenalter hindurch charakterisiert, falls nicht radikale, bleibende Veränderungen in der Lebenssituation eintreten“ (ebd., S. 163 f.). Antonovsky sieht manche Parallelen zwischen dem SOC-Konzept und den Schlüsselkonzepten anderer Kollegen, z.B. zum „Hardiness“-Konzept von Kobasa, zu der Theorie der Selbstwirksamkeit von Bandura und zum Ansatz von Meichenbaum⁷⁰ (vgl. S. 58 ff.).

Kohärenzgefühl und Salutogenese

Das Konzept des Kohärenzgefühls ermöglicht es, gesundheitsförderliche Variablen zu identifizieren, ohne gleichzeitig definieren zu müssen, was Gesundheit ist.⁷¹ Antonovskys übergreifende Hypothese lautet, dass mit der Stärke des Kohärenzgefühls auch die Wahrscheinlichkeit zunimmt, dass Menschen sich auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung des Gesundheitspols bewegen (vgl. Antonovsky, 1993, S. 4). Grundsätzlich „(liefert) eine Einstellung gegenüber der Welt, in der Stimuli als bedeutsam, verstehbar und handhabbar gesehen werden, die motivationale und kognitive Basis für Verhalten, mit dem von Stressoren gestellte Probleme wahrscheinlicher gelöst werden können als eine, die die Welt als beschwerlich, chaotisch und überwältigend ansieht“ (ders., 1997, S. 137). Ein starkes SOC ist keine „Wunderwaffe“, die einem ermöglicht, alle im Leben gestellten Probleme vollständig zu lösen. „Abgesehen davon, dass nur wenige von uns ein sehr starkes, authentisches SOC haben, sind viele Probleme-

⁷⁰ Meichenbaum hat einen verhaltenstherapeutischen Ansatz entwickelt, der sich auf die Vermittlung von Copingfertigkeiten, zum Beispiel Selbstentspannung, Problemlösen und Selbstinstruktionen, konzentriert und dadurch „zumindest implizit darauf ab(zieht), beim Klienten das Gefühl für Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zu stärken“ (Antonovsky, 1997, S. 68). Dies gibt Menschen „das Rüstzeug an die Hand ..., innerhalb ihres Lebensbereiches etwas ausfindig zu machen, was ich SOC-verbessernde Erfahrungen nennen möchte. Dies träfe auf jedes therapeutische Vorgehen zu, das eine langanhaltende, konsistente Veränderung in den realen Lebenserfahrungen, die Menschen machen, erleichtert“ (ebd. S. 119 f.; vgl. a. unten Kap. 7.2.1.2).

⁷¹ Antonovsky war sich der ethischen und moralischen Gefahren einer solchen Definition sehr bewusst und hat nach Meinung seiner Übersetzerin Alexa Franke nie definiert, was er unter Gesundheit versteht. „Alle Versuche, Gesundheit zu definieren, werfen nach Antonovsky unweigerlich die Gefahr auf, eigene Werte bzw. die Werte der Mächtigen, die Werte derer, die die Definitionsmacht innehaben, als gesund auszugeben“ (Franke, 1997, S. 188).

me im Leben hartnäckig und einer vollständigen Lösung nicht zugänglich, wie stark das SOC auch immer sein mag. Was ich annehme, ist, dass Personen mit einem starken SOC sich bei der Bewältigung dieser Probleme besser bewähren als solche mit einem schwachen SOC; dass sie, wenn es für ein Problem keine Lösung gibt, angemessener mit ihm weiterleben können und dass sie fähig sein werden, ihr Leben mit geringerem Schmerz zu führen“ (ebd., S. 138).

Bezogen auf das transaktionale Modell von Lazarus erläutert Antonovsky, welche Unterschiede seiner Ansicht nach zwischen Personen mit starkem Kohärenzgefühl und solchen mit schwachem Kohärenzgefühl bestehen. Eine Person mit einem starken Kohärenzgefühl wird sich von möglichen Stressoren weniger bedroht oder herausgefordert fühlen (vgl. Antonovsky, 1997, S. 129) und diese eher als irrelevant oder günstig definieren, weil sie darauf vertraut, dass sich das Problem als durchaus lösbar erweisen wird (vgl. ebd., S. 127). Wenn nun aber eine solche Person einen solchen Stimulus doch als Stressor definiert, wird sie gegenüber einer Person mit schwachem Kohärenzgefühl dennoch im Vorteil sein, weil sie auch hinsichtlich der Einschätzung ihrer Bewältigungschancen einen Vorsprung hat. „Wieder einmal stellt das zugrundeliegende Vertrauen, dass die Dinge sich schon gut entwickeln werden, dass man Copingressourcen hat, dass das Verwirrende verständlich wird, dass man die Spannung wird auflösen können, eine relevante Ressource dar“ (ebd., S. 129). Eine Person mit einem starken Kohärenzgefühl „sieht die gleichen Probleme, aber mit größerer Klarheit, größerer Spezifität und präziserer Differenzierung“ (ebd., S. 129). Sie ist „wahrscheinlicher in der Lage, der Situation Ordnung und Bedeutung zu verleihen“ (ebd., S. 130). Zudem werden „die Probleme nicht nur als verstehbarer und handhabbarer gesehen, sondern auch eher als Herausforderungen, denn als Last“ (ebd., S. 129).

Die Auswirkungen des Kohärenzgefühls auf das Erleben von Emotionen

Auch in Bezug auf den Umgang mit Emotionen sieht Antonovsky Unterschiede zwischen Personen mit starkem und solchen mit schwachem Kohärenzgefühl. Zunächst geht er davon aus, dass bei Personen mit unterschiedlich starkem Kohärenzgefühl auch die Emotionen auf unterschiedliche Weise angesprochen werden. Personen mit einem starken Kohärenzgefühl werden eher zielgerichtete, fokussierte Emotionen wie Traurigkeit, Schmerz und Wut erleben, solche Emotionen also, die eine motivationale Handlungsbasis schaffen (vgl. Antonovsky, 1997, S. 129) und bei denen das Gefühl an ein relativ eindeutiges Ziel gebunden ist: Man ärgert sich über etwas, und der Ärger löst sich wieder auf (vgl. ebd., S. 139). Gerichtete Emotionen „stimmen eindeutig eher mit dem Gefühl überein, dass Probleme verstehbar sind“ (ebd., S. 129; vgl. a. ebd., S. 139). Eine Person mit starkem Kohärenzgefühl hat „auf negative Stressoren keine starken Gefühle von emotionalem Distress. Wenn überhaupt wird sie ihnen eher erlauben an die Oberfläche zu kommen und sie offen auszudrücken als sie zu unterdrücken. Auf diese Weise kann man sowohl leichter handeln, um mit dem instrumentellen Problem umzugehen, als auch das Problem der Emotionsregulierung leichter bewältigen. Spannung wird viel weniger wahrscheinlich in Stress umgewandelt“ (ebd., S. 140).

Personen mit schwachem Kohärenzgefühl erleben als Reaktion auf Stressoren eher diffuse Emotionen wie Angst, Verlassenheit, Verwirrung, Verzweiflung – Emotionen also, die nach Ansicht von Antonovsky eher paralisieren als auf ein Ziel hin zu orientieren (vgl. Anto-

novsky, 1997, S. 129).⁷² Unterschiede zwischen Personen mit starkem und schwachem Kohärenzgefühl sieht Antonovsky auch in dem Ausmaß, in dem Emotionen bewusst sind oder unbewusst bleiben. Die Person mit einem starken Kohärenzgefühl „wird sich ihrer Emotionen eher bewusst sein, kann sie leichter beschreiben, fühlt sich durch sie weniger bedroht“ (ebd., S. 139). Auch wird sie nicht zögern, andere zu beschuldigen, wenn dies der Realität entspricht. Bei Personen mit schwachem Kohärenzgefühl führen diffuse Emotionen wahrscheinlich eher zu unbewussten Abwehrmechanismen (vgl. ebd., S. 129). Eine Person mit schwachem Kohärenzgefühl wird „in ihrer tiefen Verunsicherung bezüglich ihrer persönlichen Kompetenz“ (ebd., S. 140) „eher einen anderen oder etwas anderes beschuldigen, oftmals ein vages ‚sie‘ oder das Pech. ... Aber dies drückt den oft ineffektiven Abwehrmechanismus der Projektion aus, eine ängstliche Flucht vor der Übernahme von Verantwortung, was ein nagendes Gefühl von Unbehagen zurückläßt“ (ebd., S. 139).

Auch mit Blick auf das Copingverhalten, das entscheidend dafür ist, ob Probleme bewältigt und Emotionen reguliert werden oder Spannungen und Stress bestehen bleiben (vgl. hinten Kap. 6.2.2.), sieht Antonovsky große Unterschiede zwischen Personen mit starkem und solchen mit schwach ausgeprägtem Kohärenzgefühl. Während die Person mit starkem Kohärenzgefühl der Überzeugung ist, dass Probleme geordnet und verstanden werden können, und sich daran macht, Ordnung in das Chaos zu bringen, gibt die Person mit einem schwachen Kohärenzgefühl, die davon überzeugt ist, dass das Chaos unvermeidlich ist, schon von vorneherein jeden Versuch auf, dem Stressor einen Sinn abzugewinnen und die Situation effektiv zu bewältigen (vgl. Antonovsky, 1997, S. 132). „Was folgt ist ein halbherziger ... Copingversuch – oder, wahrscheinlicher, die ausschließliche Konzentration darauf, irgendwie mit dem emotionalen Problem umzugehen“ (ebd.). Eine Person mit schwachem Kohärenzgefühl „neigt dazu, verwirrt und bar des Wunsches nach Coping, von Beginn aufzugeben“ (ebd., S. 130). Antonovsky betont in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Verstehbarkeitskomponente, der Überzeugung, dass Probleme geordnet und verstanden werden können (vgl. ebd.). Auch hebt er hervor, dass ein starkes Bedeutsamkeitsgefühl, also die Fähigkeit, einer Situation Bedeutung zu verleihen, den „entscheidende(n) Faktor im Prozeß der Mobilisierung von Ressourcen“ darstellt (ebd., S. 131). Das „Ausmaß, in dem man seine Wahrnehmung des Stressors kognitiv und emotional ordnen (kann), (trägt) zu erfolgreichem Coping bei“ (ebd., S. 130).

Bei seiner Betrachtung des Coping favorisiert Antonovsky keinen bestimmten Coping-Stil (vgl. Antonovsky, 1997, S. 130). Eher sieht er eine Schlüsselfrage darin, wieviele Coping-Strategien zum Repertoire eines Individuums gehören und wie flexibel eine Person bei der Anwendung verschiedener Strategien ist. Zwar nimmt Antonovsky an, dass sich eine Person mit starkem SOC eher auf die Problemlösung und eine Person mit schwachem SOC eher auf die Emotionsbewältigung konzentrieren wird. Dabei favorisiert er aber keine dieser Copingvarianten. Eine Person mit einem starken SOC wird potentiell viele alternative Coping-Strategien haben und sie flexibel und angemessen verwenden. Sie ist in der Lage, die bestimmte Copingstrategie und die Ressource oder die Ressourcenkombination auszuwählen, die ihr angesichts eines bestimmten Stressors am geeignetsten erscheinen. Entscheidend ist nicht, über wieviele Widerstandsressourcen (vgl. oben 1.5.2.), also z.B. soziale Beziehungen jemand verfügt, son-

⁷² Die Unterscheidung zwischen gerichteten und diffusen Emotionen erscheint vor dem Hintergrund von Kap. 6.1.1.3 einleuchtend und auch hilfreich. Die Zuordnung der Emotionen aber, die Antonovsky in diesem Zusammenhang vornimmt, ist nicht widerspruchsfrei und wirkt etwas zufällig.

dern ob er sie zu mobilisieren und zu nutzen weiß (vgl. ebd., S. 130 ff.). (Hier deutet sich bereits ein Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsfaktoren, Bewältigungsverhalten, sozialer Unterstützung und Emotionen an, der unten in 3.2.4 noch ausgeführt wird.)

Forschungsergebnisse zum Kohärenzgefühl

Das Modell der Salutogenese und das Konzept des Kohärenzgefühls haben zwar die wissenschaftliche Diskussion sehr angeregt und in vielen Disziplinen einen Perspektivwechsel hin zu Fragen der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit angeregt (vgl. Bengel u.a., S. 89 f.), dennoch haben sie nicht die rege Forschungstätigkeit angestoßen, die aufgrund der großen Resonanz zu erwarten gewesen wäre (vgl. ebd., S. 86).

Forschungsergebnisse beziehen sich insbesondere auf Maße psychischer Gesundheit. Einige dieser Befunde, insbesondere solche zum Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Emotionen, sollen hier abschließend zusammengetragen werden. Das Kohärenzgefühl korreliert negativ mit Angst. „In zahlreichen Studien wurde ein enger Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit respektive Krankheit und dem SOC festgestellt. Insbesondere haben sich in diversen Studien hohe negative Korrelationen mit Trait-Angst⁷³ und Depression herausgestellt“ (ebd., S. 183). Auch zeigten sich in Studentengruppen mit hohem, mittlerem und niedrigem SOC „signifikante Unterschiede für Stress, State-Angst und Ärger“ (ebd., S. 187). Weil die Korrelationen zwischen Ängstlichkeit bzw. Depressivität und Kohärenzgefühl zum Teil sehr hoch sind, stellt Bengel sogar die Frage, „ob die SOC-Skala anderes oder mehr mißt, als die gängigen Instrumente zur Erfassung der genannten Dimensionen psychischer Gesundheit bzw. Krankheit“ (Bengel u.a., S. 46). Bei Bengel u.a. finden sich ebenfalls zahlreiche Hinweise darauf, dass das Risiko psychischer Beschwerden bei Personen mit hohem Kohärenzgefühl geringer ist als bei Personen mit niedrigem SOC (vgl. den Überblick bei Bengel u.a., S. 44 u. die ausführliche Übersicht über Studien zum Kohärenzgefühl ebd., S. 115 ff.). Viele Studien zeigen signifikante Zusammenhänge zwischen Kohärenzgefühl und psychischen Symptomen sowie solchen positiven Aspekten psychischer Gesundheit wie Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit (vgl. ebd., S. 44; vgl. a. den Überblick bei Sack u. Lamprecht, S. 331). Beispielsweise machte eine Untersuchung an 559 Angestellten aus zehn Betrieben des Dienstleistungssektors deutlich, dass sich Menschen, die ihr Leben als kohärent erleben, signifikant häufiger risikovermeidend und präventiv verhalten (vgl. Rimann u. Udris, 1998, S. 363). Auf der anderen Seite sind solche – allerdings vorläufigen – Befunde zu erwähnen, die „darauf hin(deuten), dass das SOC bei Menschen mit Abhängigkeitsproblemen erniedrigt ist“ (Franke, 1997, S. 183; vgl. a. Franke u.a., 2001). Diese Zusammenhänge werden vor dem Hintergrund der folgenden Kapitel noch eine Erklärung finden.

Während das Kohärenzgefühl einen hohen Zusammenhang mit Maßen psychischer Gesundheit zeigt, ist ein Zusammenhang zwischen SOC und Parametern körperlicher Gesundheit weniger eindeutig (vgl. den Überblick bei Bengel u.a., S. 44 ff.). Beispielsweise konnten Becker u. a. (vgl. 1994) anlässlich einer pfadanalytischen Überprüfung des von Becker entwickelten Anforderungs-Ressourcen-Modells (vgl. vorne 1.5.3) entgegen ihren Erwartungen „keinen Pfad vom Kohärenzsinn zur körperlichen Gesundheit“ (ebd., S. 25) finden. Dies ist umso erstaunlicher, als Antonovsky selber nur den Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und körperli-

⁷³ Die Forschung differenziert zwischen situationsspezifischen Angstgefühlen, der sogenannten Zustandsangst („State-Angst“) und der Ängstlichkeit als Persönlichkeitsdisposition („Trait-Angst“) (Mayring, 2003, S. 163).

cher Gesundheit herausstellte und es – so Bengel anlässlich einer kritischen Bewertung des Modells – ablehnte, den Aspekt des seelischen Wohlbefindens in sein Modell zu integrieren (vgl. ebd., S. 90). Als Schwachstellen des Modells haben sich daher u.a. „die ungenügende theoretische Analyse der Beziehungen zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit“ (Becker, 1992 a, S. 97) herausgestellt und die „nur skizzenhafte Ausarbeitung der Bindeglieder und vermittelnden Mechanismen zwischen Kohärenzsinn und Gesundheit-Krankheit“ (ebd.). In diese Richtung weist auch eine Kritik von Siegrist, der im Kohärenzsinn „im wesentlichen ein kognitionspsychologisches Konzept“ sieht, „dessen emotionstheoretische und streßphysiologische Fundierung fehlt“ (Siegrist, 1997, S. 101, vgl. a. ders. 1993).

Trotz dieser und vieler anderer Kritiken (vgl. zusammenfassend Bengel u.a., S. 89 ff.) sind die Arbeiten Antonovskys aber erstaunlicherweise nicht wie viele andere „in den Schubladen verschwunden“ (Kolip u.a., S. 11), sondern haben eine vertiefte Auseinandersetzung und Weiterentwicklung nach sich gezogen (vgl. Wydler u.a., 2000). Damit das Modell der Salutogenese mitsamt seinem zentralen Konzept, dem Kohärenzgefühl, aber wirklich zur Rahmentheorie für die Gesundheitsforschung werden kann, wird ein großer Bedarf an weiterer theoretisch-konzeptioneller Fundierung dieses Gesundheitskonzepts gesehen (vgl. Faltermaier, 2000; vgl. a. Abel u.a., 2000). Zu den theoretisch-konzeptionellen Problemstellungen, die weiterer Klärung bedürfen, gehört u.a. die Frage, ob das Kohärenzgefühl eine generalisierte Ressource ist, die anderen übergeordnet ist, oder ein Konzept neben anderen, wobei die empirischen Befunde bisher eher gegen „die These von der Zentralität des Kohärenzgefühls“ sprechen (Faltermaier, S. 191) und bei verschiedenen Autoren die Meinung überwiegt, dass das Konzept neben anderen einzureihen ist (vgl. Noack, 1997) bzw. sich mit etablierten Konstrukten wie „Selbstwirksamkeits- und Kompetenzerwartung“ sowie „Kontrollüberzeugungen“ überschneidet (vgl. Siegrist, 1997, S. 101). Schließlich müsste auch geklärt werden, ob das Messkonzept des Kohärenzgefühls tatsächlich das misst, was es zu messen vorgibt. Theoretisch erscheint das Konstrukt sehr vielversprechend. Auf der anderen Seite wird aber auch Kritik daran geäußert, dass „der SOC mit Gefühlen ‚kontaminiert‘ sei“ (Sack u. Lamprecht, S. 332) und dass „der Kohärenzsinnfragebogen ... nicht viel mehr als die Abwesenheit von Symptomatik mißt“ (Maercker, S. 197). Möglicherweise werden daher die positiven Bestimmungsmerkmale von Gesundheit durch Konzepte wie das der „persönlichen Reifung“ (vgl. ebd.) oder das Konstrukt der seelischen Gesundheit von Becker (vgl. hinten Kap. 6.3.) adäquater erfasst.

Ungeklärt ist auch die wichtige Frage nach der Entstehung und Stabilität des Kohärenzgefühls vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Veränderungen, die für die Menschen mit den Herausforderungen von Individualisierung mit all ihren Chancen und Risiken verbunden ist (vgl. Faltermaier, S. 192). In diesem Zusammenhang wird besonders auch vor einer einseitigen Konzentration auf das Kohärenzgefühl und der damit verbundenen „Gefahr, einer Individualisierung des Themas Gesundheit Vorschub zu leisten“ gewarnt (Abel u.a., S. 200). Über der Auseinandersetzung mit dem Kohärenzgefühl dürften die strukturellen Voraussetzungen von Gesundheit (vgl. ebd.) und der gesamte komplexe Prozess der Bedingungen von Gesundheit, die Antonovsky im Salutogenesemodell zu erfassen gesucht hat, nicht aus dem Auge verloren werden (vgl. Faltermaier, S. 188 ff.). Diese Anforderungen gilt es gerade auch im Hinblick auf die Gesundheitsförderung zu berücksichtigen, weil eine nur individuelle Stärkung des Kohärenzgefühls „wohl als praktischer Zynismus zu bezeichnen (wäre)“ (Abel u.a., S. 200).

3.2.4 Soziale Unterstützung und Persönlichkeit

Gute soziale Einbettung, sich geliebt und akzeptiert fühlen, mit der Hilfe anderer rechnen zu können – all das wirkt sich wohltuend auf das Befinden aus, so die Grundannahme der Forschung zum „sozialen Rückhalt“. Wie wir mit Stress umgehen, das hängt auch davon ab, welche externen Ressourcen uns zur Verfügung stehen. Unsere Einbettung in ein Netz sozialer Beziehungen und die Zuwendung durch nahe stehende Personen kann eine wesentliche Quelle der Unterstützung darstellen und sehr dazu beitragen, dass wir schweren Belastungen standhalten. So gehört auch der „soziale Rückhalt“ bzw. die „soziale Unterstützung“ zu den Themen, denen die Gesundheitsforschung intensive Aufmerksamkeit zukommen lässt.

Eine begriffliche Differenzierung der Konzepte „sozialer Rückhalt“ und „soziale Unterstützung“ ist allerdings schwierig, weil so viele Variablen zu berücksichtigen sind (vgl. zusammenfassend: Leppin u. Schwarzer, 1997; Schwarzer, 2000, S. 51 ff. und 1996, S. 174 ff.) und beide Begriffe in der Praxis oft synonym benutzt werden (vgl. Schwarzer u. Leppin, S. 28). Sinnvollerweise muss aber zwischen „sozialer Integration“, „tatsächlich erhaltener Unterstützung“ und „wahrgenommener Unterstützung“ (vgl. z.B. Schwarzer, 1996, S. 176 ff.) unterschieden werden, wobei im Zusammenhang dieser Arbeit vor allem der letztgenannte Aspekt herauszustellen ist, also das, was ein Individuum grundsätzlich an potentieller Unterstützung und Hilfe durch sein Netzwerk für verfügbar hält. Hier nicht zur Diskussion stehen dagegen solche Faktoren wie die tatsächliche Größe des sozialen Netzes oder die Zahl der Sozialbeziehungen oder auf wieviel Unterstützung jemand in seinen Beziehungen zurückgreifen kann. Diese quantitativ-strukturelle Seite scheint nur von begrenztem Wert für die Forschung zu sein, weil sie alleine noch nichts über die Qualität der Beziehungen aussagt (vgl. Leppin u. Schwarzer, S. 349). Es muss auch in Erwägung gezogen werden, dass soziale Beziehungen ja nicht alleine nur Unterstützung bieten, sondern auch eine mögliche Quelle von Streitigkeiten, sozialer Kontrolle und Belastungen darstellen.

Obwohl es auf den ersten Blick ungewöhnlich erscheinen mag, ein so stark mit den sozialen Beziehungen verknüpftes Konzept wie das der sozialen Unterstützung mit Persönlichkeitseigenschaften in Verbindung zu bringen, entspricht dies durchaus den einschlägigen Konzeptualisierungsversuchen. Dabei kommt vor allem die subjektive Wahrnehmung von Unterstützung, insofern sie „ein stabiles, generalisiertes Gefühl der Akzeptanz durch andere“ (Leppin u. Schwarzer, S. 350) repräsentiert, einer Persönlichkeitsdisposition nahe. Ein solches Verständnis der Erwartung sozialer Unterstützung als Persönlichkeitsdisposition wurde vor allem von Sarason u.a. (vgl. 1986; vgl. a. Sarason u.a., 1991) in die Diskussion eingebracht. „Annahmen über konkrete Unterstützungsleistungen, die einem im Bedarfsfall zur Verfügung stehen würden, sind hiernach nur sekundär und abgeleitet aus der übergreifenden Überzeugung, von nahestehenden anderen voll und ganz akzeptiert zu werden“ (Leppin u. Schwarzer, S. 350 f.).

So verstanden kann die Erwartung sozialer Unterstützung dann ebenso wie zuvor die Selbstwirksamkeitserwartung, die Kontrollüberzeugungen oder das Kohärenzgefühl als wichtiger personaler Schutzfaktor bzw. als Bewältigungsressource im Stressgeschehen betrachtet werden. „Offensichtlich ist das Gefühl, anerkannt und geliebt zu werden und sozial gut eingebettet zu sein, eher eine Disposition, während der Erhalt einer Geldsumme oder eines warmen Händedrucks eher eine Situation darstellt. ... Im übrigen spielen sowohl personale als auch situative Einflüsse eine Rolle, und es wäre wohl in den meisten Fällen angebracht, Social Support als eine 'Transaktionsvariable' zu bezeichnen“ (Schwarzer, 2000, S. 53).

Fasst man das bisher Gesagte vor dem Hintergrund der Theorie von Lazarus zusammen, spielt der soziale Rückhalt also in mehrfacher Hinsicht eine Rolle. Zum einen als Umweltvariable im Sinne tatsächlicher sozialer Integration bzw. tatsächlich erhaltener Unterstützung. Zum anderen aber auch als Ressource, die die Wahrnehmung von Stress beeinflusst und dazu beiträgt, dass es gar nicht erst zur Stressbelastung kommt. Schließlich kann sozialer Rückhalt im Verlauf des Coping-Prozesses auch zur problem- oder emotionsorientierten Bewältigung mobilisiert werden und vor ungünstiger Problembewältigung schützen (vgl. a. Leppin u. Schwarzer, S. 354 ff.). Wenn es allerdings im Folgenden darum geht, einen groben Überblick über die gesundheitsbezogenen Wirkungen von sozialer Unterstützung zu erhalten, dann wird in der Darstellung nicht immer eindeutig unterschieden, welche Variable in der jeweiligen Untersuchung im Vordergrund stand.

Das Gesundheitspotenzial des sozialen Rückhalts

Insbesondere aus der Sozialepidemiologie, aber auch aus anderen Forschungszusammenhängen liegt eine kaum überschaubare Fülle von Erkenntnissen vor, die sehr eindrücklich zeigen, welches ein Gesundheitspotenzial es darstellt, in ein Netzwerk von Familie, Freunden und ganz allgemein sozialen Beziehungen eingebettet zu sein, sich zugehörig, geliebt und akzeptiert zu fühlen.

Zu den in diesem Zusammenhang häufig zitierten Studie gehört beispielsweise die folgende: Forscher, die über mehrere Jahre fast 7000 Menschen in Alameda-County bei San Francisco untersuchten, kamen zu dem Ergebnis, dass sozial isolierte Menschen das höchste Risiko für eine Vielzahl von Erkrankungen und Sterbeursachen hatten und dass dieser Zusammenhang unabhängig von Faktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum, Überernährung oder Bewegungsmangel bestand. Auch Menschen mit ungesunden Lebensweisen, aber engen sozialen Bindungen, lebten länger als solche mit gesünderer Lebensweise, aber schlechten sozialen Bedingungen. Sozial isolierte Menschen hatten insgesamt ein viel höheres Erkrankungs- und Sterberisiko (vgl. Ornish, S. 53 f.; vgl. a. Berkman u. Glass, S. 159). Berkman, die zusammen mit anderen Epidemiologen an der Durchführung der Alameda-County-Studie beteiligt war, führt in einem Übersichtsartikel 12 weitere prospektive Studien an, die in den vergangenen 20 Jahren über eine Vielzahl von Ländern hinweg – von den USA über Skandinavien bis Japan – gezeigt haben, dass Menschen, die isoliert und getrennt von anderen leben, ein höheres Risiko tragen, frühzeitig zu sterben (vgl. Berkman u. Glass, S. 159 ff. und die ausführliche Darstellung dieser Studien bei Ornish, 1999).

Soziale Unterstützung ist aber nicht nur für das Gesundbleiben ein wichtiges Potenzial, sondern auch für das Wiedergesundwerden und Überleben nach einem kritischen Ereignis. Auch für diesen Fall liegen mehrere Untersuchungen vor, die am Beispiel von Patienten, die einen Herzinfarkt erlitten hatten, zu dem übereinstimmenden Ergebnis kommen, dass die Überlebensraten derjenigen höher liegen, die sozial gut eingebettet sind (vgl. den Überblick bei Leppin u. Schwarzer, S. 356 ff. sowie bei Berkman u. Glass, S. 160 ff.). Ebenso kommt eine Studie von Goodwin, die sich auf Krebsüberlebende bezieht, zu dem Ergebnis, dass der Prozentsatz von Personen, die nach einer Krebsdiagnose mindestens fünf Jahre überleben, bei Verheirateten weit höher ist als bei Unverheirateten, wobei sich der Vorteil des Verheiratetseins unter anderem daraus ergibt, dass sich Verheiratete früher untersuchen und häufiger behandeln lassen (vgl. Goodwin u.a., 1987). Schließlich liegen auch Hinweise darauf vor, dass soziale Unterstützung

sich günstig auf die Rehabilitation nach einem Schlaganfall auswirkt (vgl. den Überblick bei Berkman u. Glass, S. 162 ff.).

Einen weiteren sehr eindrücklichen Beleg für die Bedeutung des „sozialen Rückhalts“ bei der Bewältigung von schweren Erkrankungen bietet eine viel beachtete Studie von David Spiegel u.a. (vgl. Spiegel u. a., 1981 u. 1989). In dieser prospektiven Studie wurden Frauen mit metastatischem Brustkrebs in zwei Gruppen eingeteilt. Die Mitglieder beider Gruppen wurden konventionell mit Bestrahlung, Chemotherapie, Operationen und Medikamenten behandelt. 50 von 86 Frauen wurden zudem randomisiert einer supportiven Gruppe zugewiesen, die sich ein Jahr lang jede Woche für 90 Minuten traf. Die Frauen wurden ermutigt, die Treffen zu nutzen, um ihre Ängste und belastenden Gefühle in Anbetracht der Krankheit zu beschreiben. Zudem ermöglichte die unterstützende Atmosphäre der Gruppe unter vielem anderen eine Umorientierung von Lebensprioritäten, eine Verbesserung der Beziehungen mit Familie und Freunden sowie eine Aktivierung der Kommunikation mit Ärzten. Entgegen ihren Vorannahmen kamen die Forscher bei ihrer Erhebung 10 Jahre später zu einem verblüffenden Ergebnis. Für die Frauen mit Gruppentherapie ergab sich ein statistisch signifikanter Überlebensvorteil. Während alle Patientinnen der Kontrollgruppe verstorben waren, lebte nach 10 Jahren noch ein Drittel der Frauen, die an dem Gruppenprogramm teilgenommen hatten. Im Durchschnitt lebten die Frauen mit Gruppentherapie 18 Monate länger als die Frauen ohne Gruppentherapie (vgl. Spiegel u. Kato, S. 130 ff.). Bedauerlicherweise konnten diese Befunde nicht wiederholt werden (vgl. Goodwin, P. u. a., 2001) bzw. es sollen nach einer Notiz in der Zeitschrift „Psychologie Heute“ zur Frage der supportiven Gruppentherapie inzwischen jeweils 5 Studien mit positivem wie mit negativem Ausgang vorliegen (Paulus, 2002).

Gegenüber all den Studien, die die positiven Wirkungen von sozialer Unterstützung fokussieren, sind allerdings auch solche Befunde zu erwähnen, die verdeutlichen, dass soziale Einflussprozesse nicht in jedem Fall günstig sind. So ist denkbar, dass soziale Netzwerke auch zur Verbreitung von Risiken (beispielsweise der HIV-Infektion) beitragen (vgl. zusammenfassend: Berkman u. Glass, S. 163 f., sowie Leppin u. Schwarzer, S. 359 ff.).

Die Wirkungswege des sozialen Rückhalts

Im Wesentlichen werden drei Wege diskutiert, auf denen sich soziale Unterstützung auf die Gesundheit auswirkt (vgl. Berkman u. Glass, S. 149). Dabei gilt es allerdings zu beachten, dass hier nur die möglichen „Downstream-Faktoren“ (ebd., S. 143), also die Abwärts-Verbindungen zwischen „sozialem Rückhalt“ und Gesundheit, berücksichtigt werden. Nicht bedacht werden können an dieser Stelle die „Upstream-Faktoren“ (ebd.), die Tatsache also, dass sozialer Rückhalt nur ein Zwischenglied in einem noch sehr viel komplexeren sozialen Netzwerk darstellt, welches seinerseits wieder von gesellschaftlichen Makrostrukturen beeinflusst wird (vgl. dazu auch Brunner, 2000).

Zunächst einmal übt sozialer Rückhalt eine präventive Wirkung aus, indem durch Vorbildverhalten anderer oder durch gesundheitsförderliche Hinweise Gesundheitsverhaltensweisen begünstigt werden. Umgekehrt ist natürlich auch denkbar, dass das soziale Umfeld in einigen Fällen durchaus auch schädigende Verhaltensweisen fördert. So kann es – wie Leppin und Schwarzer in ihrem Überblick feststellen – z.B. in Hinblick auf schlechtes Ernährungsverhalten, auf physische (In)aktivität und in Bezug auf das Rauchen „auch zu einer sozialen Homogenisierung im Sinne schädigenden Verhaltens kommen“ (Leppin u. Schwarzer, S. 363). Insgesamt zeigen aber die bisherigen Studien positive Ergebnisse, so dass „es scheint, als ob soziale

Integration insgesamt also eher *risikohemmend* wirkt“ (Leppin u. Schwarzer, S. 362, Hervorh. i. Original/U.F.) und in gewissem Maße „vor destruktiven Gesundheitsverhaltensweisen, vor der Wahrnehmung von Stress und vor ungünstiger Problembewältigung“ schützen kann (Leppin u. Schwarzer, S. 355). Viele Menschen sorgen besser für sich und ihre Gesundheit, wenn sie in ein soziales Netzwerk eingebettet sind. Umgekehrt ist anzunehmen, dass das Fehlen sozialer Bindungen vielfach mit Einsamkeitserleben einhergeht, das als Stressor wiederum Risikoverhaltensweisen hervorrufen kann (vgl. ebd.). Eine zusammenfassende Betrachtung des Zusammenhangs von sozialem Rückhalt und Bewältigungsverhalten ist aber äußerst schwierig, weil vielfältige Rückkoppelungen und Wechselwirkungen zu berücksichtigen sind (vgl. Berkman u. Glass, S. 150), ein Aspekt, der wegen seiner großen Bedeutung am Ende dieses Unterkapitels noch einmal aufgegriffen wird.

Zweitens wirkt sich sozialer Rückhalt auch dadurch positiv auf die Gesundheit aus, dass er den Bewältigungsstil und andere psychologische Variablen wie Selbstbewusstsein, psychisches Wohlbefinden sowie Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserwartung begünstigt. So fassen Berkman u. Glass (vgl. S. 149 f.) einige Studien zusammen, die zeigen konnten, dass sozialer Rückhalt die Erwartung von Selbstwirksamkeit bei der Bewältigung verschiedener Gesundheitsprobleme (u.a. Umgang mit Depression, Nikotinentwöhnung) steigerte. Eine fortwährende Eingebundenheit in soziale Netzwerke scheint besonders auch im Alter notwendig, um Selbstwirksamkeitserwartungen aufrechterhalten zu können (vgl. ebd., S. 150). Zudem sprechen einige Befunde dafür, dass durch soziale Unterstützung mögliche schädliche Zusammenhänge zwischen kritischen Lebensereignissen und dem Auftreten einer depressiven Symptomatik gepuffert werden können (vgl. ebd., S. 150 f.).

Drittens schließlich beeinflusst soziale Unterstützung emotionale Zustände wie Gelassenheit, Freude, Trauer etc., die sich wiederum direkt oder vermittelt über Gesundheitsverhaltensweisen auf physiologische Prozesse auswirken (vgl. Leppin u. Schwarzer, S. 353). Entsprechende Studien im Humanbereich stützen sich aber meist eher auf Stress- und Einsamkeitserleben als auf soziale Unterstützung im positiven Sinne (vgl. ebd.). Hier sei vor allem auf die an anderer Stelle bereits erwähnten Studien von Kiecolt-Glaser u.a. (vgl. 1984, 1991 u. 1988 b; vgl. a. Kennedy u.a., 1988) hingewiesen, die zeigen konnten, dass Einsamkeitszustände, mangelnder sozialer Rückhalt und eine schlechte Qualität der Sozialbeziehungen zu einer Verschlechterung der Immunparameter führen können. Vor diesem Hintergrund hält Orth-Gomér, die eine der großen bereits erwähnten sozialepidemiologischen Studien zum Zusammenhang zwischen mangelnder sozialer Unterstützung und Krankheit bzw. vorzeitigem Tod durchgeführt hat, „soziale Isolation“ bzw. Einsamkeit für den schlimmsten Stressfaktor überhaupt (vgl. Ornish, S. 214).

Berkman u. Glass (S. 151 ff.) weisen in diesem Kontext auch auf mögliche Zusammenhänge zwischen sozialer Isolation bzw. sozialer Desintegration und frühzeitigen körperlichen Alterungsprozessen hin. Darüber hinaus bieten sie einen erstaunlichen Einblick in Forschungsergebnisse, die einen Zusammenhang zwischen frühkindlicher Bindung und späteren physiologischen Begleiterscheinungen nahelegen. So zeigt die Forschung an Tieren und Menschen ihrer Meinung nach, dass frühe soziale Erfahrungen, insbesondere die zwischen primären Bezugspersonen und Kind, nicht nur für das behaviorale und soziale Gedeihen machtvolle Determinanten darstellen, sondern auch für die Entwicklung der physiologischen Funktionen über die Lebensspanne hinweg. Verschiedene Untersuchungen aus der Tier-, aber auch aus der Humanforschung machten darauf aufmerksam, dass sich Faktoren wie unsichere Bindung, man-

gelder Körperkontakt und Trennungserfahrungen in der frühen Kindheit über die Lebensspanne auch auf der physiologischen Ebene (beispielsweise in einer verstärkten oder zu schwachen Stressachsenaktivität) nachweisen lassen (vgl. ebd.). Zugleich betonen sie, dass die Einflüsse der frühen sozialen Bindungen auf die Gesundheit ein zwar höchst interessantes und noch viel zu wenig erforschtes Gebiet darstellen, dass sie aber dennoch nicht ausgespielt werden sollten gegen solche Befunde, die auf Zusammenhänge zwischen den Umständen des Erwachsenenlebens und den daraus resultierenden gesundheitlichen Folgen hinweisen (vgl. ebd., S. 153; vgl. für eine ausführliche Diskussion auch: Brunner, 2000).

Der soziale Rückhalt und die Emotionen

Die hier sehr straff zusammengefassten Befunde zum sozialen Rückhalt können notgedrungen nur einen unzureichenden Einblick in die sehr komplexe Diskussion um diesen Wirkfaktor geben. Mit Blick auf die Zielsetzung dieser Arbeit, der es ausschließlich darum geht, die verschiedenen gesundheitsrelevanten Variablen in ihren Grundzügen und ihren Zusammenhängen mit emotionalen Prozessen zu verstehen, muss dieser grobe Überblick dennoch genügen.

Abschließend gilt es nun wieder, die Zusammenhänge zwischen dem sozialen Rückhalt und spezifischen Emotionen zu prüfen. Dazu findet sich zunächst einmal bei Sarason u.a. (1986) der Hinweis, dass negative emotionale und psychische Zustände in einer umgekehrten Beziehung zu sozialer Unterstützung stehen. Demnach sind feindselige und depressive Personen und Menschen mit einem ausgeprägten Grad an Neurotizismus weniger attraktiv für andere und machen tendenziell weniger befriedigende Erfahrungen im Kontakt mit ihrer sozialen Umwelt (vgl. ebd., S. 845). Bei ihrem Versuch, die einzelnen Komponenten von sozialem Rückhalt zu differenzieren, konnten diese Forscher darüber hinaus zeigen, dass das Ausmaß an sozialer Unterstützung unter anderem mit den sozialen Fertigkeiten und Kompetenzen einer Person verknüpft ist und daher große Unterschiede in der sozialen Geschicklichkeit von Menschen mit hoher und Menschen mit geringer sozialer Unterstützung bestehen. Diese Unterschiede betreffen sowohl die Eigenwahrnehmung der betreffenden Personen als auch die Fremdwahrnehmung durch verschiedene Beobachter (vgl. Sarason u.a., 1985, S. 479). Menschen mit ausgeprägter sozialer Unterstützung wurden von Beobachtern als vertrauenswürdiger eingeschätzt sowie als bessere Problemlöser und bessere Teammitglieder als diejenigen ohne diese Ressource (vgl. Sarason u.a., 1986, S. 853). Leppin und Schwarzer bemerken in diesem Zusammenhang, dass „schwache soziale Kompetenz und ein gering ausgeprägtes Selbstwertgefühl die Wahrscheinlichkeit (verringern), auf geschickte und assertive Weise ein soziales Netz zu mobilisieren“ (Leppin u. Schwarzer, S. 354).

Andererseits hängt der soziale Rückhalt in seiner dispositionellen Bedeutung eng mit solchen Persönlichkeitsmerkmalen wie Selbstwertgefühl und Kontrollerleben zusammen (vgl. ebd., S. 351). Gute persönliche Ressourcen wie Selbstwertgefühl, ein Gefühl für die Stärken und Kompetenzen der eigenen Persönlichkeit (Personal Mastery) sowie wahrscheinlich Hardiness, Kohärenzsinn und Optimismus sind wichtige Variablen auf der Seite des Hilfeempfängers, die eher eine stärkere Hilfsbereitschaft bei anderen hervor hervorrufen (vgl. Dunkel-Schetter u. Skokan, S. 441).

All diese Hinweise auf die mit sozialer Unterstützung verbundenen Persönlichkeitsdispositionen erlauben allerdings nur indirekte Rückschlüsse auf die beteiligten Emotionen, die aber vor dem Hintergrund der bereits besprochenen personalen Risiko- und Schutzfaktoren (Kompetenz- bzw. Selbstwirksamkeitserwartung, Kontrollüberzeugungen u.a.) leicht abzuleiten sind.

Nur einige wenige Befunde beleuchten die mit dem Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von sozialer Unterstützung verbundenen Emotionen auch direkt. So notiert Schwarzer, dass „Menschen, die sich geborgen fühlen, sich als emotional stabiler (erweisen), als solche, die nicht auf die Hilfe anderer vertrauen. Dies kommt in geringeren Meßwerten von Ärger, Angst und Depression zum Ausdruck“ (Schwarzer, 2000, S. 61). Ein relativ hoher korrelativer Zusammenhang, der sich in einer von Schwarzer und Leppin durchgeführten Metaanalyse zwischen erwarteter Unterstützung und Depression ergab, sollte aber nach Einschätzung der Autoren dennoch mit großer Vorsicht beurteilt werden (vgl. Schwarzer u. Leppin, S. 146 f.). Die empirisch ermittelten Zusammenhänge zwischen den beiden Variablen soziale Unterstützung und Depression stellten sich insgesamt als so inkonsistent heraus, dass kaum eine Aussage über die wahre Beziehung zwischen ihnen getroffen werden konnte (vgl. ebd., S. 222) und nicht ausgeschlossen wird, dass der kausale Zusammenhang vielleicht auch andersherum verlaufen könnte (vgl. Schwarzer, 2000, S. 61).

Die Schlussfolgerung, dass die fehlende soziale Unterstützung eine kausale Wirkung auf die Depression ausübt, wird allerdings durch eine weitere Untersuchung von Schwarzer, Hahn und Jerusalem (zit. n. Schwarzer, 2000, S. 65 ff.) nahegelegt. Diese konnten am Beispiel von unterschiedlich belasteten Übersiedlern aus der früheren DDR zeigen, dass „sich das Wohlbefinden derjenigen Langzeiterwerbslosen, die Rückhalt erhielten, über die Zeit drastisch verbesserte“ (ebd., S. 66) und ein hinreichendes Maß an sozialer Unterstützung geeignet war, das Ausmaß von Depressivität und Ängstlichkeit allmählich auf das Niveau der erwerbstätigen Übersiedler zu verringern (vgl. Schwarzer, 2000, S. 66). Schwarzer wertet diesen Befund als eindrucksvolles Beispiel dafür, wie soziale Unterstützung gerade bei langfristigen Belastungen und den damit verbundenen Problemen das Wohlbefinden stabilisiert und das Stresserleben verringern kann (vgl. ebd., S. 67).⁷⁴

Wie schon viele andere zuvor referierte Befunde zeigen diese Untersuchungsergebnisse eindrücklich, wie wichtig sozialer Rückhalt, menschliche Nähe und das Eingebundensein in soziale Netzwerke für den Erhalt der Gesundheit und die Bewältigung von Krankheit sind. Auch wenn im konkreten Fall zum Teil unklar ist, ob die Wirkungen sozialer Unterstützung auf einem „Haupteffektmodell“ oder auf einem „Puffermodell“⁷⁵ beruhen, und diesbezügliche Modellvorstellungen zu den kausalen Zusammenhängen sicher noch weiter ausgearbeitet und spezifiziert werden müssen, so besteht vor dem hier skizzierten Hintergrund doch weitgehende Einigkeit unter all den Wissenschaftlern, die sich mit der Bedeutung der sozialen Unterstützung befassen, dass diese „ziemlich umfassende und beherrschende Auswirkungen auf die physiologische Funktion zu haben scheinen“ (House, Leiter einer der großen prospektiven Studien, im Gespräch mit Ornish, in: Ornish, S. 271). Berkman, die bereits erwähnte Sozialepidemiologin,

⁷⁴ Ein Befund, der sich auf die physische Gesundheit bezieht und mit Blick auf die zunehmende Arbeitslosigkeit in unserer Gesellschaft von großer Bedeutung ist, sei hier nur am Rande erwähnt. Diejenigen Übersiedler, die nur in geringem Umfang Unterstützung erhielten und zugleich erwerbslos waren, berichteten zu allen Messzeitpunkten die meisten körperlichen Symptome (vgl. Schwarzer, 1993 b, S. 66).

⁷⁵ Mit „Haupteffektmodell“ wird die grundlegende Annahme bezeichnet, dass sozialer Rückhalt eine positive, wohltuende Wirkung auf die körperliche und seelische Befindlichkeit ausübt. Dagegen nimmt das „Puffermodell“ an, dass soziale Unterstützung erst im Fall einer Krise wirksam wird, indem sie Auswirkungen dieser Krise dämpft (wie dies in der oben beschriebenen Untersuchung von Schwarzer, Jerusalem und Hahn der Fall war) oder diese zum Verschwinden bringt. Inzwischen herrscht in der Forschung wohl weitgehende Einigkeit, dass beide Modelle ihre Berechtigung und ihre Geltungsbereiche haben (vgl. Leppin u. Schwarzer, 1997, S. 352 ff.).

äußert im Gespräch mit Ornish und in Anlehnung an einen Autor namens Bruce Link sogar, dass Verbundenheit und soziale Beziehungen möglicherweise als ebenso fundamentale und entscheidende Ursachen von Gesundheit und Krankheit gelten müssen wie die körpernahen Ursachen, von denen „wir als Gesellschaft – speziell in der Medizin – völlig besessen (sind)“ (ebd., S. 226 f.).⁷⁶ Zumindest dürfte mit Blick auf das Anliegen dieser Arbeit deutlicher geworden sein, auf welchen direkten und indirekten Wegen auch der soziale Rückhalt letztlich vermittelt über die Emotionen auf die psychische und körperliche Gesundheit wirkt.

Wechselwirkungen zwischen Persönlichkeit, Coping und sozialem Rückhalt

Im Rahmen dieses Unterkapitels konnte nur sehr allgemein auf das Konzept und die gesundheitsbezogenen Wirkungen von sozialer Unterstützung eingegangen werden. Dabei war der Begriff überwiegend positiv konnotiert. Nur am Rande ist deutlich geworden, wie sehr nicht nur Einsamkeit und soziale Isolation, sondern auch problematische soziale Beziehungen das Wohlbefinden beeinträchtigen können. Verschiedene Forschungsergebnisse, die sich überwiegend auf den Umgang mit bestimmten Krankheiten beziehen, lassen ahnen, wie wenig selbstverständlich sozialer Rückhalt ist und wie schwierig es sein kann, sich einen solchen zu sichern.

Einige wenige Beobachtungen und Befunde mögen diese Problematik beleuchten. Sie scheint durch, wenn Leppin u. Schwarzer (vgl. S. 355) notieren, dass es für die Umwelt schwer zu sein scheint, Depressiven dauerhaft zur Seite zu stehen, wenn sie sich dem Krankheitsbild und der Definition entsprechend passiv, zurückgezogen und hilflos gleichgültig zeigen. Sie deutet sich, etwas verdeckter, auch in Untersuchungsbefunden an, wonach Krebspatienten, die sich eines guten Selbstbewusstseins sowie eines ausgeprägten emotionalen Wohlbefindens erfreuen und deren Coping u.a. darin besteht, krankheitsbezogene Bedrohungen kognitiv zu minimieren, deutlich mehr Unterstützung erhalten als diejenigen, die sich hilflos ins Grübeln zurückziehen (vgl. Aymanns u.a., 1995), oder wonach es für einen krebskranken Menschen eine bewusste Strategie sein kann, eine positive Einstellung gegenüber seiner Erkrankung zu zeigen, um sich soziale Unterstützung zu sichern, während konfrontative und zornige Bewältigung eher abschreckt (vgl. Dunkel-Schetter u.a., 1987, S. 78; Dunkel-Schetter, 1984, sowie dies. u.a., 1992). Deutlicher zeigt sich die angesprochene Problematik dort, wo Beobachtungen zum Zusammenhang von Persönlichkeit, Copingverhalten und sozialem Rückhalt es nahelegen, dass Herzpatienten „mit hohen Werten auf der Typ-A-Skala dazu neigen, durch ihr Verhalten ihrer unmittelbaren sozialen Umwelt gegenüber diesen Bewältigungsmechanismus zu blockieren“ (Badura, 1987, S. 17)⁷⁷ oder „soziale Elemente des Typ-A-Verhaltensmusters wie Feindseligkeit und Ungeduld das persönliche soziale Netzwerk schwächen und damit den schützenden Effekt sozialer Unterstützung behindern“ (Kaufhold, S. 313, mit Bezug auf eine Dissertation von General). Schließlich klingt die Problematik auch in der von Leppin und Schwarzer vorge-

⁷⁶ Vgl. a. die Gespräche, die Ornish (1999) mit vielen anderen der hier erwähnten Forscher über die Bedeutung von sozialer Unterstützung geführt hat. Diese Gespräche und die vielen Untersuchungen, die Ornish zu dieser Thematik ausführlich darstellt, bieten ein sehr viel lebendigeres Bild über die Bedeutung der sozialen Unterstützung, als es im Rahmen dieser Arbeit zu veranschaulichen möglich ist.

⁷⁷ Mit Bewältigungsmechanismus ist in diesem Zusammenhang ein Prozess der psychosozialen Bewältigung einer schweren chronischen Krankheit gemeint, den Badura als ein komplexes System von Wechselwirkungen zwischen gesundheitsförderlichen Umweltbedingungen und individueller Stressbewältigung darstellt (vgl. Badura, 1987, S. 17).

nommenen Einschätzung an, dass einerseits das soziale Netz zwar vor destruktiven Gesundheitsverhaltensweisen schützt, dass andererseits „jedoch auch destruktives Coping-Verhalten (z.B. übermäßiger Alkoholkonsum, Gewalttätigkeit) oder dauerhafte Überlastung durch Streßerleben zur Reduktion des Netzwerkes und zur Erschöpfung der Unterstützungsressourcen führen“ (Leppin u. Schwarzer, S. 355).

Die hier angedeuteten Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen Coping und sozialem Rückhalt sind bisher aber empirisch noch nicht umfassend untersucht und weisen große Lücken auf (vgl. den Übersichtsartikel von Thoits, 1995). Diese wenigen Befunde, die zudem überwiegend aus der pathogenetischen Tradition stammen, können daher nur andeuten, wie problematisch soziale Beziehungen sein können und wie schwierig es für Menschen sein kann, den sozialen Rückhalt zu bekommen, der für ihre seelische und körperliche Gesundheit von so großer Bedeutung ist. Wie wichtig es für einen Menschen ist, über möglichst viele Coping-Strategien zu verfügen und diese möglichst flexibel einsetzen zu können, war bereits von Antonovsky thematisiert worden (vgl. 3.2.3.). Dunkel-Schetter und Kollegen haben diese Zusammenhänge nun systematischer geprüft und sind zu dem Ergebnis gekommen, dass das Copingverhalten im Vergleich zu persönlichen Dispositionen und Stressappraisals die Variable mit dem stärksten Zusammenhang zum sozialen Rückhalt darstellt. Die von ihnen beobachtete Verbindung zwischen der Art des Coping-Verhaltens und der sozialen Unterstützung deutet darauf hin, dass es sich um ein Wechselspiel handelt zwischen dem, der soziale Unterstützung gibt, und dem, der sie nachfragt bzw. erhält. Dabei steuert einerseits das Coping-Verhalten die Art der hervorgebrachten Unterstützung, andererseits kann das Bewältigungsverhalten selber wiederum durch Information oder Ratschläge in seinen Möglichkeiten erweitert werden (vgl. Dunkel-Schetter u.a., 1987, S. 79). So sendet eine Person, die sich von einem Problem distanziiert, möglicherweise das Signal aus, dass sie keine Information und keinen Rat benötigt, während jemand, der mit aktiver Haltung und positiver Einstellung an die Bewältigung eines Problems herangeht, es seiner Umwelt erleichtert, Hilfe anzubieten (vgl. ebd., S. 78). Wie Dunkel-Schetter u.a. ebenfalls zeigen konnten, ist Coping-Verhalten auch in unterschiedlichem Maß mit Stress verbunden. In einer Analyse des Bewältigungsverhaltens von Krebspatienten zeigte sich, dass Flucht und Vermeidungsverhalten mit mehr emotionalem Disstress einhergehen als Distanzierung, Ausrichtung auf das Positive oder die aktive Suche nach sozialer Unterstützung (vgl. Dunkel-Schetter u.a., 1992).

Auch wenn es sich bisher nur um Einzelbefunde handelt und die zugrunde liegenden Wechselbeziehungen bisher noch unzureichend untersucht sind, weisen diese Studien meines Erachtens doch über sich hinaus, indem sie die Aufmerksamkeit nicht nur auf Forschungsdefizite, sondern zugleich auch auf einen für die Gesundheitsförderung außerordentlich relevanten Bereich lenken. Die Erkenntnis, dass neben sozialstrukturellen Upstream-Faktoren das Copingverhalten und die soziale Geschicklichkeit eines Menschen starken Einfluss darauf haben, wie weit er die soziale Unterstützung erhält, die er benötigt, sollte Anstöße für Überlegungen zur Verbesserung solcher Kompetenzen geben (vgl. a. die Schlussbemerkung von Sarason u.a., 1985).

3.3 Fazit

Im vorliegenden Kapitel wurden diejenigen relativ überdauernden Persönlichkeits- bzw. Verhaltensmuster vorgestellt und analysiert, die in den Gesundheitswissenschaften und anderen

Disziplinen als wohl bedeutsamste personale „Vulnerabilitäts- und Schutzfaktoren“ (Siegrist, 2000, S. 119) der Gesundheit gelten.⁷⁸ Bei der Darstellung der verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren wurde nun sehr deutlich, wie solche gewohnheitsmäßigen, situationsübergreifenden Bewertungsstile und Bewältigungsmuster einen Menschen dazu disponieren, sich zu einer Vielzahl von Anforderungssituationen in ein stressbezogenes Verhältnis zu setzen und sich möglicherweise gesundheitsschädigend zu verhalten, oder ihn umgekehrt auch vor Krankheit schützen können, indem sie einen spannungsfreieren, gelasseneren Umgang mit verschiedenen Anforderungen ermöglichen und insofern einen Schutz vor gesundheitsriskantem Verhalten darstellen. Auch wenn viele Puzzlestücke noch fehlen, dann wurde doch im Verlauf des Kapitels ein immer vollständigeres Bild sichtbar, wie solche Persönlichkeitsdispositionen vermittelt über verschiedene physiologische Prozesse sowie über das Bewältigungs- und das Gesundheitsverhalten ihren Teil dazu beitragen, dass ein Mensch auf Dauer krank wird oder seine Gesundheit bewahrt.

Die Ergebnisse können hier nicht im einzelnen wiederholt werden. Soviel sollte aber deutlich geworden sein: All diese Faktoren disponieren Menschen eben nur, sie wirken nicht direkt auf den Körper. Die eigentlichen Wirkfaktoren sind die Emotionen. „Persönlichkeitseigenschaften, Motivationslagen, Einstellungsmuster bzw. situationsübergreifende Bewältigungsstile ... (fördern) nicht allein gesundheitsschädigendes Verhalten, sondern (beeinträchtigen) über emotionales Erleben (chronische Disstress-Erfahrungen) und Aktivierung des autonomen Nervensystems die körperliche Gesundheit, indem sie fortgesetzte physiologische Fehlregulierungen bahnen“ (Siegrist, 2000, S. 120).

Betrachtet man die vielen von der Forschung diskutierten komplexen Persönlichkeitsmuster nun näher, dann ist auffällig, dass es – hier zunächst nur mit Blick auf die Entstehung von Krankheit – um ganz wenige, streng genommen vor allem um zwei idealtypisch zu skizzierende Formkreise emotionalen Erlebens und Verhaltens geht: Auf der einen Seite „steht das hyperaktive, nach außen gerichtete Verhaltensmuster, das beispielsweise in Form von Feindseligkeit, von Ungeduld, übersteigter Rivalität und weitgespannten Kontrollbestrebungen chronifizierte aktive Disstress-Zustände erzeugt. Auf der anderen Seite sind Verhaltensmuster des resignativen Rückzugs, der Hoffnungslosigkeit und Depressivität, der übersteigerten Angstneigung zu nennen, die stärker nach innen gerichtet sind und chronifizierte passive Disstress-Erfahrungen generieren“ (Siegrist, 2000, S. 120).

Untersucht man dann in einem weiteren Schritt all diese „Persönlichkeitsmuster“ in Bezug auf die beteiligten Emotionen, dann fällt auf, dass eigentlich nur einige wenige Emotionen beteiligt sind: Angst, Ärger/Feindseligkeit sowie die depressive Gefühlslage, einschließlich all der Verlassenheitsgefühle, Niedergeschlagenheit und Selbstwertbeeinträchtigung, die damit einhergehen. Es handelt sich dabei genau um die Emotionen, die uns auch schon im 2. Kapitel begegnet sind, als es darum ging, die direkten Wirkungen der Emotionen zu erforschen. Die dort zusammengetragenen Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung, die ja auch schon eine krankheitsrelevante Bedeutung der Emotionen nahelegten, ergänzen sich mit den hier vorgetragenen Befunden nun in fruchtbarer Weise.

⁷⁸ Dass die von Becker in die Diskussion eingebrachte Gesundheitsressource „seelische Gesundheit“ erst im 6. Kapitel aufgegriffen wird, war zu Beginn von 3.2. bereits erwähnt worden.

In dieselbe Richtung weisen auch die Schlussfolgerungen, zu denen Friedman u. Booth-Kewley (1987) gekommen sind, nachdem sie in einer viel beachteten Metaanalyse den Einfluss von Persönlichkeitsfaktoren für die Entwicklung verschiedener Krankheiten mit vermuteter psychosomatischer Komponente untersucht hatten. Die Befunde legen nahe, dass den emotionalen Zuständen Ärger, Feindseligkeit und Angst sowie speziell auch der Depressivität besondere Aufmerksamkeit zukommen sollte, weil diese an einem breiten Spektrum von Krankheiten beteiligt sind (vgl. Friedman u. Booth-Kewley, 1987, S. 549 ff.). Dabei hielten es die Autoren zumindest zum damaligen Zeitpunkt für wenig aussichtsreich, von spezifischen Zusammenhängen zwischen einer bestimmten Persönlichkeit und einer bestimmten Krankheit auszugehen. Sie meinten, dass die Vorstellung von einer Koronar-Persönlichkeit oder einer Asthma-Persönlichkeit in Zukunft möglicherweise revidiert werden müsse zugunsten eines allgemeineren Konzepts, das sie als „Disease-Prone Personality“ bezeichnen. Gemeint ist mit diesem Begriff eine „für Krankheit empfängliche Persönlichkeit, die Depression, Ärger/ Feindseligkeit, Angst und wahrscheinliche andere Persönlichkeitsaspekte einschließt“ (ebd., S. 539; Übersetzung von mir).⁷⁹

Der Gedanke von Friedman und Booth-Kewley, dass verbindende dritte Variablen zugleich mehreren Krankheitsbildern zugrunde liegen könnten (vgl. ebd., S. 552), hat nun meines Erachtens im vorliegenden Kapitel einiges an Plausibilität gewinnen können. Einige Befunde legen nahe, dass die Charakteristika, die mit der koronaren Herz- oder der Krebserkrankung in Verbindung gebracht werden, vielleicht nicht so krankheitsspezifisch sind, wie häufig angenommen wird. So werden so verdächtige Faktoren wie Emotionsunterdrückung oder Depression, die häufig mit der Entstehung von Krebs in Verbindung gebracht werden, auch als relevante Ursache für Koronarerkrankungen diskutiert, und viele der für die Krebsprogression relevant erscheinenden Variablen wie Hilf- und Hoffnungslosigkeit, passiver Bewältigungsstil und problematischer sozialer Rückhalt werden auch in vielen anderen Forschungsbereichen diskutiert. Dabei sind – wie Friedman und Booth-Kewley auch schon vermutet hatten (vgl. ebd., S. 551) – nicht nur die physiologischen und emotionalen Mechanismen, also die Emotionen als Vermittler in das Blickfeld gerückt, sondern auch der ganze Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsfaktoren, Copingstrategien und Gesundheitsverhalten einschließlich der sie beeinflussenden sozialen Bedingungen.

Obwohl die beiden letztgenannten Aspekte (Coping und Gesundheitsverhalten) in diesem Kapitel nicht ausdrücklich fokussiert worden sind, ist verschiedentlich – so besonders in 3.2.3 und 3.2.4 – doch deutlich geworden, wie wichtig das Wechselspiel von Persönlichkeit, Bewältigungsstil und sozialem Rückhalt für die Gesundheit ist. Bisher allerdings sind diese Zusammenhänge wohl auch wegen der vielfältigen Wechselwirkungen und Rückkoppelungen empirisch nicht nur unzureichend ausgeleuchtet worden (vgl. 3.2.4 u. Thoits, 1995). Vielmehr noch droht über der Vielfalt der Befunde zu jedem einzelnen dieser Faktoren, die zudem noch in verschiedenen Forschungsfeldern bearbeitet und aus Forschungsgründen häufig auch isoliert betrachtet werden, der Blick für die Zusammenhänge verloren zu gehen.

⁷⁹ In diesem Zusammenhang bemerken sie, dass bei der Erforschung der vielfältigen Krankheitsbilder – neben der koronaren Herzerkrankung auch Asthma, Arthritis, Ulcera des Magens und Migräne sowie Spannungskopfschmerzen – Krankheitsanfälligkeit interessanterweise in keinem Fall mit einer glücklichen, zufriedenen, sozialen und gelassenen Persönlichkeit in Zusammenhang gebracht wurde (vgl. ebd., S. 543).

Vor diesem Hintergrund scheint es nützlich, diese Faktoren in einem Modell zu bündeln und zunächst einmal die Persönlichkeits- und Bewältigungsmuster, die der Gesundheit abträglich sind, von denen zu unterscheiden, die zur Entstehung und Bewahrung von Gesundheit beitragen. Als konzeptionelle Grundlage für eine solche Unterscheidung bietet es sich an, auf das Bild des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums von Antonovsky zurückzugreifen. Auf der Krankheitsseite des Kontinuums kann dann Typ-A als Muster übersteigerter Kontrollbestrebungen platziert werden, ebenso wie auch gegenteilige Persönlichkeitsdispositionen, die mit einem Bewältigungsstil des resignativen Rückzugs, der Hilf- und Hoffnungslosigkeit, der Depressivität und der übersteigerten Angstneigung einhergehen. Am gegenüberliegenden Gesundheitspol sind Hardiness und Kohärenzsinn zu verorten sowie all die personalen Schutzfaktoren, die mit Kompetenz und Selbstwirksamkeitserleben etc. einhergehen. In diesem Rahmen können sowohl konkrete Selbstwirksamkeitserwartungen berücksichtigt werden, wie Bandura sie vorgeschlagen hat, als auch solche generalisierten Kontrollüberzeugungen, wie sie im Modell von Shapiro und im übrigen auch als Teilkonzepte in den Konstrukten von Antonovsky (manageability) und Kobasa (control) enthalten sind (vgl. Antonovsky, 1997, S. 59; vgl. Belz-Merk u.a., S. 147; vgl. Bengel u.a., S. 59).

Im Verlauf des Kapitels war ja deutlich geworden, dass viele der hier diskutierten Bewältigungsstile um das Problem zu großer oder zu geringer Kontrolle kreisen und viele der dargestellten Konstrukte und Modelle diesbezügliche Überschneidungen aufweisen. Zugleich war von Shapiro darauf hingewiesen worden, dass eine Perspektive, die nur die beiden Pole aktive Kontrollbestrebungen und instrumentelles Handeln einerseits und passive Resignation und Hilflosigkeit andererseits akzentuiert, zu kurz greift, weil sie Gefahr läuft, den Blick auf weitere Formen der Kontrolle zu verstellen, die je nach Situation auch ein Akzeptieren des Unabänderlichen und ein Loslassen jeder aktiven Kontrolle bedeuten können.

Ein solches umfassendes Verständnis von Kontrolle scheint mit Blick auf die Zielsetzung dieser Arbeit sehr hilfreich. Durch die Zusammenfassung von Persönlichkeitsdispositionen und Verhaltensmustern auf jeweils einem Pol (des Gesundheits- und Krankheits-Kontinuums) eröffnet sich auch der Blick auf mögliche Gemeinsamkeiten zwischen vordergründig sehr unterschiedlichen Bewältigungsstilen. Das gilt insbesondere für so gegensätzlich erscheinende Verhaltensmuster, wie sie im Zusammenhang mit dem „Typ-A“ und dem „Typ-C“ beschrieben wurden. Einiges deutet darauf hin, dass zwischen beiden möglicherweise nicht nur Unterschiede, sondern auch Gemeinsamkeiten bestehen – eine Vermutung, die im Kapitel 5.2.5 noch weitere Plausibilität erhalten wird. Auf der anderen Seite könnte sich eine Zusammenfassung der verschiedenen Schutzfaktoren als ebenso fruchtbar erweisen. Eine endgültige Bewertung der Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den diskutierten Ressourcen ist zwar schwierig, wobei „Differenzen auf unterschiedlichen Sprachgebrauch und theoretische Bezugssysteme und nicht unbedingt auf inhaltliche Divergenzen zurückzuführen sind“ (Belz-Merk u.a., S. 164). Vergleicht man aber z.B. das, was Shapiro und Astin über ein positives, gesundheitsförderliches Kontrollprofil schreiben, mit den Konstrukten von Kobasa und Antonovsky, dann lassen sich – ohne dies hier weiter ausführen zu können – noch einige über die Kontrollerwartungen im engeren Sinne hinausgehende Gemeinsamkeiten entdecken.⁸⁰

⁸⁰ Beispielsweise dürften die Qualitäten, die bei Shapiro in Quadrant I beschrieben werden (positive Selbstsicherheit im Verfolgen eigener Anliegen und die Fähigkeit, sich selbst oder die Umwelt in positiver Weise zu beeinflussen bzw. auszuwählen, wofür sich in der inneren und äußeren Welt ein Erwerb von Kontrolle lohnt),

Der Vorschlag, all die hier diskutierten Vulnerabilitäts- und Schutzfaktoren auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum einzuordnen, wird später vor dem Hintergrund von Erkenntnissen, die in Kapitel 5 und 6 noch gewonnen werden, zunehmend stichhaltig werden, wenn die Zusammenhänge deutlicher geworden sind, als dies bis jetzt der Fall ist. Zunächst geht es nun darum, zu verstehen, wie solche situationsübergreifenden Persönlichkeitsdispositionen entstehen, die den Bewertungs- und Bewältigungsstil eines Menschen so beeinflussen und filtern, dass es zu immer wiederkehrenden emotionalen Stressreaktionen und chronischem emotionalem Erleben kommt. Vor dem Hintergrund der „emotionstheoretisch ausgerichteten, neurowissenschaftlich fundierten Stressforschung“ (Siegrist im Gespräch mit Huber, in: Huber, 1998 c, S. 55) ist nun anzunehmen, dass es sich bei solchen hartnäckigen, sich ständig wiederholenden Emotionen um „historische“ Emotionen (Geck, S. 171) oder um „Hintergrundemotionen“ (Damasio, 2000, S. 69) handelt, die ihren lebensgeschichtlichen Ursprung häufig in der Kindheit haben und später losgelöst von der Ursprungssituation immer wieder auftauchen und die Auseinandersetzungen des Betroffenen mit den Herausforderungen seines Lebens prägen. Diese Zusammenhänge soll im folgenden Kapitel untersucht werden.

in mancher Hinsicht auch dem ähneln, was Antonovsky mit der Kategorie „Bedeutsamkeit o. Sinnhaftigkeit“ (sense of meaningfulness) erfasst und Kobasa mit „Engagement u. Selbstverpflichtung“ (commitment) und Wahrnehmen von Herausforderungen (challenge) beschreibt. Ebenso ist zu vermuten, dass ein Gefühl der „Sinnhaftigkeit“ auch von unerwünschten Ereignissen nur jemandem gelingt, der über die Qualitäten des zweiten Quadranten, Gelassenheit des Seins, Vertrauen, Akzeptieren des Unabänderlichen und Geduld verfügt (vgl. zum Kontrollverständnis bei Antonovsky, 1997, S. 62 f.).

4 Die *Entstehung* verschiedener chronischer Emotionen

Dieses Kapitel führt in Forschungsgebiete, die auf den ersten Blick etwas weit entfernt von der Gesundheitsforschung zu liegen scheinen. Es geht wesentlich darum, die in Bezug auf die Entstehung von Krankheit besonders verdächtigen Emotionen wie Angst, Ärger, Niedergeschlagenheit, Kummer und Traurigkeit sowie negatives Selbstwertgefühl in ihrem Entstehungs- und Entwicklungszusammenhang zu betrachten und herauszufinden, wie es zu solchen chronischen emotionalen Dispositionen kommen kann, die vermittelt über langfristige physiologische Fehlregulierungen die Gesundheit beeinträchtigen.

Da zu vermuten ist, dass solche chronifizierten „unlustbetonten“ Emotionen Ausdruck neurotischen Erlebens und psychischer Beeinträchtigung sind, soll ein Brückenschlag zwischen sonst weitgehend getrennten Forschungsbereichen – von den riskanten Persönlichkeits- und Bewältigungsdispositionen in der Gesundheitsforschung bis hin zu dem, was in der Psychopathologie als psychische Schädigung bzw. als Neurose bezeichnet wird – es erlauben zu verstehen, wie es im Lebenslauf zur Herausbildung solcher krankmachenden emotionalen Muster und Dispositionen kommen kann. Nun mag es verwundern, dass hier die Psychopathologie und die unter Umständen krank machenden Emotionen an erster Stelle auftauchen. Dies ist aber vor dem Hintergrund einer Forschung, die lange Zeit auf die Pathogenese konzentriert war, kaum zu vermeiden. Selbstverständlich werden – soweit dies der Forschungsstand erlaubt – daneben auch die positiven Emotionen, insbesondere die Emotion Freude als Ausdruck von Gesundheit und psychischem Wohlbefinden berücksichtigt. Grundsätzlich ist auch in diesem Zusammenhang zu erwarten, dass die pathogenetische und die salutogenetische Sicht sich wieder in fruchtbarer Weise ergänzen werden. Darüber hinaus bietet dieses Kapitel auch die Chance, die Emotionen nicht nur in ihrer Mittlerfunktion für saluto- bzw. pathogenetische Prozesse zu sehen, sondern endlich auch etwas darüber zu erfahren, was uns die Emotionen als „intraorganismisches Signalsystem“ (Scherer, 1981, S. 310) mitzuteilen haben.

Eine Reihe von Argumenten spricht dafür, auch den Entstehungszusammenhang und die „historische“ Entwicklung der Emotionen einzubeziehen. Zunächst wird in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur verschiedentlich betont, dass es notwendig sei, Salutogenese auch im Längsschnitt zu verstehen (vgl. Faltermaier, S. 189; Siegrist u.a., 1998, S. 7). Diese Forderung bezieht sich zwar vor allem auf die Entstehung des Kohärenzgefühls als dem in der Diskussion besonders favorisierten Konstrukt, kann aber sicher auch auf salutogenetische Fragestellungen insgesamt und damit auch auf die hier zu klärende übertragen werden. Der Blick auf den „längsschnittlichen“ Entstehungszusammenhang der Emotionen wird dadurch erleichtert, dass inzwischen Konzepte zur „normalen“ und zur pathologischen, „neurotischen“ Entwicklung von Emotionen vorliegen, die ebenfalls am Stressbegriff anknüpfen und diesen als Basis nutzen, um die Auswirkungen von Belastungen und kritischen Lebensereignissen auf die Entwicklungsgeschichte der Emotionen zu beschreiben.

Ferner ist der Blick auf die Entwicklung von Emotionen auch deshalb nicht einfach zu vernachlässigen, weil die Hirnforscher davon ausgehen, dass die Beziehungs- und Gefühlsmuster der frühen Lebensjahre tief in das „limbische Erfahrungsgedächtnis“ (Roth, 2001, S. 373) eingespeichert sind und sich schon in den ersten drei bis fünf Lebensjahren „das emotionale Fun-

dament all unseres Handelns“ (ebd.) herausbildet, das „weitgehend dasjenige fest(legt), was man Charakter oder Persönlichkeit nennt“ (ebd.; vgl. a. Goleman, 1998 a, S. 41 f.). Solche Aussagen erklären nun nicht nur, warum es möglich ist, dass Ängste und traurige und sorgenvolle Gefühle aus der Kindheit als irrationale, störende Gefühle in Konkurrenz zu den entsprechenden erwachsenen Gefühlsmustern treten können (vgl. Goleman, ebd.). Für die Stressforschung können diese Befunde auch deshalb nicht ohne Konsequenzen bleiben, weil diese Aussagen „zusammen ein Menschenbild (ergeben), das von dem vorherrschenden, vernunft- und ichzentrierten Menschenbild stark abweicht“ (ebd.; Roth, 2001, S. 453). Kognitive Stress- und Emotionstheorien kommen daher ebenso wie darauf aufbauende Konzeptionen zur Stress- und Emotionsbewältigung nicht umhin, die Tatsache zu berücksichtigen, dass durch die Befunde aus den Neurowissenschaften „die Theorie Freuds in einer Reihe von Kernaussagen bestätigt (wird)“ (Roth, 2001, S. 454) und „Freud (zweifelloos Recht hat) mit der Annahme, dass das Ich seine Wurzeln im Es hat und sich ganz langsam aus ihm heraus entwickelt“ (ebd., S. 373).

Auch wenn noch offen bleiben muss, wie aus Sicht der Gesundheitsförderung letztlich mit den Ergebnissen dieses Kapitels verfahren werden wird, spricht noch ein weiteres Argument für eine Aufarbeitung des Entstehungszusammenhangs von Emotionen. Bereits in Kapitel 1 (vgl. vorne 1.3.4.) wurde herausgestellt, dass aus der Sicht von Experten der WHO und anderen Sachverständigen ein schwerwiegendes Hindernis in Bezug auf die Versorgung bei psychischen Gesundheitsproblemen darin besteht, dass diese gegenüber körperlichen Problemen immer noch minderachtet und tabuisiert sind, so dass viele Betroffene sich ihres Leids schämen und dazu tendieren, dieses zu verbergen. Trotz der weiten Verbreitung psychischer Leidenszustände sind die Begriffe „psychische Störung“, „psychische Krankheit“ und „Neurose“ im Allgemeinen sehr negativ besetzt, mit der Konsequenz, dass die meisten Menschen eher akzeptieren können, körperlich krank zu sein, als womöglich psychisch krank oder neurotisch. Daher wird es als dringend notwendig erachtet, die Aufklärung über die Natur und die Häufigkeit solcher Erkrankungen zu verbessern, die Akzeptanz und Selbstakzeptanz der Betroffenen zu fördern, Schambarrieren abzubauen und Versorgungsalternativen zu entwickeln bzw. die bisherige Versorgungsstruktur um solche Versorgungsalternativen zu ergänzen, die den Betroffenen als Experten für seine Krankheit ansprechen.

Auch mit dem Blick auf das Ziel, Berührungsängste hinsichtlich psychischen Leidens abzubauen, könnte der gewählte stresstheoretische Zugang hilfreich sein. Dieser ermöglicht nicht nur einen Anschluss an das dieser Arbeit zugrunde liegende transaktionale Stressmodells. Es ist auch zu erwarten, dass Tabuisierung und Diskriminierung eher entgegengewirkt wird, wenn die Probleme psychischen Leidens aus dem Umfeld psychopathologischer Begriffe und Diagnostik herausgelöst und aus der allgemeineren Perspektive einer emotionstheoretisch fundierten Stresstheorie betrachtet werden.

Dazu wird hier nun als Erklärungsansatz, vor allem die Entwicklungstheorie der Emotionen und ihrer Psychopathologie von Kruse (vgl. 1985, 1991, 1995) herangezogen. Mit diesen Arbeiten hat Kruse auf der Basis der neueren Forschungen über die Emotionen und unter Integration zahlreiche Befunde aus der Kleinkindpsychologie und der klinischen Entwicklungspsychologie, aus der Stress- und der Life-Event-Forschung sowie aus der epidemiologischen Forschung zu verschiedensten Arten von Traumata u.a.m. (vgl. Kruse, 1991, S. 2 ff.) eine umfassende integrative Darstellung der normalen Emotionsentwicklung und ihrer Störungen vorgelegt. Vor diesem Hintergrund werden nun im ersten Teil 4.1. zunächst die allgemeinen Bedingungen dargestellt, unter denen Stress zur pathologischen Entwicklung von Emotionen und zur

Entstehung von Neurosen führen kann. In diesem Zusammenhang wird auch die psychoanalytische Erklärung zur Entstehung psychischer Störungen so weit berücksichtigt, wie dies für weitere Teile dieser Arbeit von Bedeutung ist. Im Teil 4.2., der – wie auch 4.1. – weitgehend auf einer Zusammenfassung der hier relevanten Ausführungen von Kruse beruht, wird dann am Beispiel einzelner Emotionen (Angst, Ärger, Kummer etc.) dargestellt, wie sich emotionale Erfahrungen charakterisieren lassen, die Ausgangspunkt normaler bzw. psychopathologischer Entwicklung und Neurosenentstehung sein können.

4.1 Stress und Neurosenentwicklung

4.1.1 Stresszustände als mögliche Ausgangspunkte einer neurotischen Entwicklung

Kruse entwickelt ein Verständnis der Neurosenentstehung, das vom Stressbegriff ausgeht. Während er den Begriff *Neurose* allerdings ganz allgemein und soweit ersichtlich ohne weitere Erläuterung im Sinne von psychischer Störung und Entwicklungsbeeinträchtigung benutzt, begründet er den Stressbegriff genauer.⁸¹ Zum einen sieht auch er auf der Basis jüngerer Theorieentwicklungen die Möglichkeit, den Stressbegriff dort, wo er zu breit erscheint, in ein Emotionskonzept zu überführen und zu spezifizieren (vgl. Kruse, 1991, S. 65 f.). Zum anderen nutzt Kruse den Stressbegriff als Klammer zwischen Grundlagenforschung und klinisch-psychologischer bzw. psychopathologischer Forschung (vgl. ebd., S. 61). „Stress“ ist demnach nicht nur ein hilfreicher Sammelbegriff für die unterschiedlichen emotionalen Belastungen, die in der Regel den Ausgangspunkt für Entwicklungsbeeinträchtigungen darstellen (vgl. ders., 1995, S. 143). Der Stressbegriff betont nach Kruse auch „die Bedingtheit psychischer Störungen durch reale Lebensereignisse und die Kontinuität von ‚milden‘ Belastungen bis zu extremen, überwältigenden Lebensereignissen“ (ders., 1991, S. 62). In Anlehnung an eine Formulierung von Bowlby, der gesagt hat, „dass der Verlust einer geliebten Person psychologisch ebenso traumatisch ist wie eine schwere Verletzung oder Brandwunde es in physiologischer Hinsicht ist“ (zit. nach Kruse, 1991, S. 66), scheint insbesondere der Begriff „emotionale Verletzung“ geeignet, um solche Stressarten zu beschreiben, die dauerhafte aversive Folgen für die emotionale Organisation haben (vgl. ebd.).

Zum Verständnis und zur Erforschung der Ursachen von Neurosen ist es nun notwendig, solche Arten von belastenden Lebensereignissen und emotionalen Verletzungen herauszufinden, die mit der Auslösung, Entstehung und Modifizierung psychischer Störungen zusammenhängen. In diesem Zusammenhang nimmt Kruse an, dass sich die Stresswirkung über die einzelnen Emotionen und deren Wirkung entfaltet, in der Weise, dass „intensive oder langdauernde emotionale Reaktionen als Streßzustände Ausgangspunkte oder additive Faktoren der Neurosenentstehung (sind)“ (1991, S. 160). Dabei stellt sich gleich die kritische Frage, „wo die Grenze zu ziehen ist zwischen ‚normalem‘ Stress und solchem Stress, der dauerhafte Folgen für die emotionale Organisation oder die Persönlichkeit nach sich zieht“ (ebd., S. 67). Unter Berücksichti-

⁸¹ In diesem Zusammenhang weist er darauf hin, dass es „keinen verbindlichen Neurosebegriff und keine gültige Klassifikation neurotischer Störungen (gibt), die mit ätiologischen Erwägungen in Einklang steht“ (Kruse, 1991, S. 2; vgl. a. ebd., S. 273 f.). Für die Alltagssprachliche Verwendung und auch mit Blick auf die Gesundheitsförderung erscheint der Begriff „seelische Beschädigung“ (Mertens, 1983, S. 176) geeigneter, der prinzipiell mit einem psychoanalytischen Neurosenverständnis übereinstimmt (vgl. ebd.). Für diagnostische und klassifikatorische Zwecke müsste aber natürlich eine sehr viel genauere Begriffsbestimmung erfolgen (vgl. Mentzos, 1999, S. 108 ff.).

gung verschiedener Faktoren, die von Bedeutung dafür sein können, ob Stress psychisch krank macht (u.a. Dauer und Häufigkeit von Stressereignissen, Intensität der Stressreaktion, verfügbare Stressbewältigungsmechanismen) (vgl. ebd.), beschreibt Kruse vier Arten von Stress oder emotionalen Erfahrungen, von denen aus der traditionellen Psychopathologie bzw. aus der klinischen Psychologie bekannt ist, dass sie als Entwicklungsbedingung psychischer/neurotischer Störung gelten können (vgl. zum Folgenden: Kruse, 1991, S. 68 ff.; ders., 1995, S. 143 f.).

Kumulativ wirkende Stressoren und emotionale Belastungen: Darunter werden „eher langfristig wirkende Streßbedingungen verstanden, die kontinuierlich oder repetitiv, aber nicht mit höchster Intensität, eine oder mehrere negative Emotionen ansprechen“ (Kruse, 1991, S. 68). Diese Art von Stress kann durch Trennungssituationen entstehen, durch zu große Verantwortung, die einem Kind aufgebürdet wird, durch nicht altersgemäße Leistungsanforderungen, durch Geschwisterrivalitäten, Selbstwertverletzungen etc. (vgl. ebd., S. 69). Dabei sind nicht alle negativen emotionalen Reaktionen bereits der erste Schritt zur Neurose. Während solche emotionalen Erfahrungen im Einzelfall für ein Kind durchaus bewältigbar wären, kann ein verstärktes und gehäuftes Auftreten solcher Stressoren zu einem Prozess führen, der sich später als Beginn einer Neurose herausstellen kann. Beispielsweise sind kleine Kinder in einem gewissen Umfang durchaus in der Lage, mit Trennung von den Eltern umzugehen. Unter ungünstigen Umständen aber wird ein Kind, das häufig Trennungssituationen oder langen Trennungserfahrungen ausgesetzt ist, allmählich verletzlicher, so dass es früher und sensibler auf Trennungssituationen reagiert und bei drohenden Trennungen Angst bekommt (vgl. ebd.; vgl. a. ders., 1995, S. 144).

Traumatische Lebenserfahrungen bedeuten Stress von hoher Intensität, wie er beispielsweise von extrem belastenden Lebensereignissen hervorgerufen wird. In diesem Fall wirken sich Stress und Emotionen zwar eher kurzzeitig, aber schockartig und desorganisierend auf die kognitiven und emotionalen Funktionen aus. Ein psychisches Trauma ist „ein Ereignis, das so starke Emotionen bzw. Erregung hervorruft, dass der Organismus sie nicht bewältigen kann ... und eine dauerhafte psychische Verletzung davonträgt. Traumatische Erlebnisse hinterlassen in der Regel so tiefe Spuren im Emotionssystem, dass sie dessen orientierende Wirkung temporär außer Kraft setzen bzw. über längere Zeit einschränken und zu einer ernsthaften Beeinträchtigung des Befindens führen“ (Kruse, 1991, S. 71). Die Reaktionen auf solche Traumata werden auch als posttraumatisches Stress-Syndrom (PTSD) beschrieben. Noch Jahrzehnte später können intensive Affekte, die zum Zeitpunkt des Traumas aufgetreten sind, wieder lebendig und deutlich erlebt werden (vgl. ebd., S. 72 ff. u. S. 90). Traumata in der Kindheit beeinträchtigen die weitere Entwicklung in besonderer Weise, weil Kinder wesentlich weniger Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit Belastungen haben (vgl. ebd., S. 74). Folgende traumatische Lebenserfahrungen sind bisher eingehender untersucht worden: Geburtstraumata, insbesondere Geburtsverläufe, die mit kritischem Sauerstoffmangel einhergehen; Vernachlässigung sowie körperliche und sexuelle Kindesmisshandlung; das Trauma einer Vergewaltigung; ein plötzlicher Verlust der Eltern ohne Unterstützung durch andere vertraute Personen; verschiedene Traumata in Folge von Krieg, Katastrophen, Unfällen u.a. (vgl. ebd., S. 75 ff.; vgl. a. ders., 1995, S. 145 f.).

Emotionale Defizite und Frustration: Die emotionale Entwicklung setzt vielfältige Anregungen durch die Eltern und durch die Umwelt voraus. Kommt es in dieser Beziehung zu Mangelsituationen, beispielsweise wenn Kinder nicht genug Hilfe und Anregung erhalten,

wenn der emotionale Austausch zwischen Eltern und Kind beeinträchtigt ist oder auch dann, wenn ein Elternteil – meist der Vater – zu wenig präsent ist und dadurch Sohn und Tochter bestimmte Erfahrungen mit dem Männlichen bzw. dem Weiblichen nicht machen können, dann werden bestimmte – meistens die positiven – Emotionen gar nicht oder nur ungenügend angesprochen, so dass ein Defizit an bestimmten Lebenserfahrungen besteht (vgl. Kruse, 1991, S. 77; vgl. a. ders., 1995, S. 146). Die wichtigsten Defizite liegen nach Kruse in einem defizitären Bindungsangebot insbesondere während des ersten Lebensjahres, in Defiziten an familiärer Zuwendung und Schutz und an defizitärer emotionaler Kommunikation zwischen Eltern und Kind (vgl. Kruse, 1991, S. 78; vgl. a. ders., 1995, S. 146). Emotionale Defizite in der Zeit der frühen Kindheit „sind eine wichtige Prädisposition für spätere Beeinträchtigungen“ (ders., 1995, S. 146), während umgekehrt „eine sichere Elternbindung ein protektiver Faktor (ist), der die Wahrscheinlichkeit, psychische Störungen zu entwickeln, senkt“ (ebd.). Anders sieht es im Falle der **Frustration** aus. Hier bestehen zunächst positive Bedingungen und positive Emotionen, die dann wegfallen. Eine besonders gut untersuchte und klinisch bedeutsame Form der Frustration kann die Situation nach der Geburt eines Geschwisters darstellen, wenn das Kind nicht mehr dieselbe Zuwendung wie vor der Geburt erhält (vgl. ders., 1991, S. 79 f.).

Emotionale Konflikte stellen eine Form von Stress dar, die dadurch gekennzeichnet ist, dass unterschiedliche Emotionen gleichzeitig auftreten bzw. unterschiedliche Handlungstendenzen oder Motive aufeinander treffen. Da jede Emotion spezifische Bestrebungen oder Bedürfnisse im Individuum repräsentiert und häufig das gleiche Objekt oder die gleiche Handlung entgegengesetzte Emotionen hervorruft, müssen diese unter entsprechenden Umständen beinahe zwangsläufig in Konflikt und in möglicherweise länger dauernde Widersprüche geraten (vgl. Kruse, 1991, S. 81 f.). Vor diesem Hintergrund sind Konflikte an sich auf keinen Fall als pathogen zu betrachten. Sie gehören zur ganz normalen Entwicklung und sind schon alleine aufgrund der Maßlosigkeit der kindlichen Wunschwelt unvermeidbar. Aus psychoanalytischer Sicht sind gerade sie es, die das psychische Leben zur Entfaltung bringen (vgl. Jaeggi, S. 113; vgl. a. Mertens, 1981, S. 136 f.; ders., 1983, S. 76 ff.). Nur wenn keine Mittel der Konfliktlösung zur Verfügung stehen und die Entwicklung lange Zeit im Spannungsfeld entgegengesetzter Emotionen steht, dann besteht die Gefahr, dass emotionale Konflikte Ausgangspunkt psychopathologischer Prozesse werden (vgl. Kruse, 1991, S. 81 ff.). Dieser Aspekt wird an dieser Stelle etwas ausführlicher berücksichtigt, weil aus psychoanalytischer Sicht die Konflikte von herausragender Bedeutung für die Entstehung psychischer Störungen sind (zu Erklärungsansätzen anderer Schulen vgl. Kruse, 1991, S. 81 ff.).

4.1.2 Der Stressbegriff – ein Brückenschlag zum psychoanalytischen Verständnis?

Wie der folgende Abschnitt deutlich machen soll, ist es auch mit psychoanalytischem Verständnis durchaus vereinbar, die Entstehung einer Neurose mithilfe des Stressbegriffs zu erklären. Andererseits reicht eine solche Erklärung alleine aber nicht aus, weil sie zu allgemein ist und der konstitutiven Bedeutung des Themas Konflikt für die Erklärung der normalen und der neurotischen Entwicklung im psychoanalytischen Theoriegebäude nicht gerecht wird. Ein kurzer zusammenfassender Einblick soll dies verdeutlichen. Dabei bleiben der von Kruse vorgelegte Erklärungsansatz und die psychoanalytischen Vorstellungen allerdings nebeneinander bestehen, weil es im Rahmen dieser Arbeit nicht zu leisten ist, die beiden Theorieansätze im Einzelnen miteinander zu vergleichen.

Wie es durch Konflikte zu Stress und neuroseverursachenden Spannungen kommen kann, wird in der folgenden Darstellung des Psychoanalytikers Mentzos sehr eindrücklich deutlich. Demnach sind Konflikte aus psychoanalytischer Sicht „deswegen von einer solchen Relevanz bei der Entstehung psychischer Störungen, weil sie die regulatorischen Mechanismen des psychophysischen Organismus auf eine harte Probe stellen“ (Mentzos, 1999, S. 76). Der Organismus ist „besonders anfällig für die durch innere Konflikte entstehende Belastung ... Es sind die im Konflikt enthaltenen und in ihrer Gegensätzlichkeit festgefahrenen Motivbündel, es sind die ineinander verklemmten Tendenzen, die sich gegenseitig in Schach halten und diese erhöhte Spannung hervorrufen. Dies ist auf die Dauer eine unerträgliche Situation, die ohne weiteres mit schwerem körperlichen Stress vergleichbar ist. Aus diesem Grunde treten auch hier, wie im Fall von körperlichem Stress, Notfallreaktionen auf, d.h. es werden Mechanismen mobilisiert und Kompromißbildungen angestrebt, die einen großen Teil des Bildes neurotischer Störungen ausmachen“ (Mentzos, 1999, S. 76 f.).

Mentzos beschreibt den Prozess der Neurotisierung auch als „Versteifung“ (ebd., S. 293) von intrapsychischen Gegensätzen „zu einem starren, rigiden und absoluten ‚Entweder-Oder‘“ (ebd., S. 87), wozu es durch ungünstige Erfahrungen sowie durch Abwehrreaktionen kommen kann. Als Beispiel führt er ein Kind an, das unter ungünstigen Entwicklungsbedingungen die Erfahrung machen muss, dass es nicht selbständig sein darf, ohne mit Schmerz oder Liebesentzug bestraft zu werden. So hat es nur die Wahl, entweder seine Selbstständigkeitsbestrebungen oder seine Kontaktbedürfnisse aufzugeben, und kann das wichtige Ziel der Individuation bei Aufrechterhaltung der emotionalen Beziehungen nicht erreichen. Unter solchen Bedingungen wird diese „normale Aufgabe also zu einem *rigiden und unlösbaren Entweder-Oder* fixiert. Das heißt, sie wird in einen pathologischen Konflikt verwandelt. Abhängigkeit gegen Autonomie“ (ebd., S. 81; Hervorh. i. Original/U.F.).

Aus psychoanalytischer Sicht lassen sich nun mit einigen Einschränkungen alle psychogenen Störungen „letztlich als Folgen inadäquater Konfliktlösungen bezeichnen“ (Mentzos, 1999, S. 293), ein Standpunkt, den Kruse mit Blick auf z.B. traumatische Reaktionen für „eine unzulässige Verallgemeinerung“ hält (Kruse, 1995, S. 147). Auch erscheint ihm die psychoanalytische Entwicklungstheorie „im Lichte der heutigen Erkenntnisse über Emotionsentwicklung zu eng“ (ders., 1991, S. 3). Dem stehen die beeindruckenden Erklärungsmöglichkeiten der psychoanalytischen Theorie gegenüber, die in der von Mentzos (1999) vorgelegten Form einer Synthese aktueller Entwicklungen der Psychoanalyse in Theorie und Praxis auch einige Ansatzpunkte für eine Verknüpfung mit stress- und emotionstheoretischen Positionen bietet.⁸²

⁸² So zum Beispiel, wenn – wie weiter oben – der Prozess der seelischen Beschädigung mithilfe des Stressbegriffs beschrieben wird oder es sich andeutet, dass der Triebbegriff allmählich durch den Emotionsbegriff – mit all den Konsequenzen in Bezug auf das psychoanalytische Modell – ersetzt werden könnte (vgl. Mentzos, 1999, S. 28; vgl. a. die Hinweise bei Dornes, S. 43 ff.). Auf der anderen Seite müsste geprüft werden, ob die Sichtweise, dass Emotionen spätere Differenzierungen aus primären Lust-Unlust-Empfindungen darstellen (vgl. ebd., S. 75 f.; vgl. a. Ciompi, 1997, S. 327), noch aufrecht erhalten werden kann und was es für die psychoanalytische Entwicklungs- und Konflikttheorie bedeuten würde, wenn sich unter dem Einfluss neurowissenschaftlicher Erkenntnisse tatsächlich herausstellen sollte, dass bereits Neugeborene einige „festverdrahtete“ emotionale Reaktionsmuster“ besitzen (Kruse, 1995, S. 139; vgl. a. ders., 1991, S. 23 ff.). Darüber hinaus wäre in diesem Zusammenhang auch der Einwand von Kruse zu berücksichtigen, dass die Herausbildung psychischer Strukturen sich nicht in einem Phasenmodell darstellen lässt, sondern eher als paralleles und sich überlagerndes Geschehen zu verstehen ist (vgl. ders., 1991, S. 161). All diese Fragen müssen hier offen bleiben, weil eine tiefer gehende Auseinandersetzung den hier gesetzten Rahmen überschreiten würde.

Neurotische Störungen als Folge von Entwicklungskonflikten

Mit dem Blick auf eine in Kapitel 5 noch zu diskutierende Problemstellung ist dabei eine Thematik von besonderer Bedeutung. Aus psychoanalytischer Sicht entwickelt sich die Persönlichkeit in verschiedenen, aufeinander aufbauenden Phasen, denen jeweils spezifische Entwicklungsaufgaben und Konflikte sowie im Fall einer Störung auch bestimmte Symptome und neurotische Charaktermerkmale bzw. Persönlichkeitsentwicklungen entsprechen. Ausgangspunkt für eine solche Betrachtungsweise war zunächst die Phasentheorie von Freud, die in ihrer ursprünglichen klassischen Form vorwiegend an der Entwicklung des Sexualtriebes ausgerichtet war, „später jedoch erheblich erweitert und zum Teil auch neu formuliert wurde“ (Mentzos, 1999, S. 88). Freud hatte sich um ein umfassendes Modell bemüht, in dessen Rahmen er den ungelösten Konflikten der jeweiligen (oralen, analen, phallischen etc.) Entwicklungsphase bestimmte klassische Psychoneurosen (Hysterien, Zwangsneurosen, Phobien etc.) zugeordnet hatte (vgl. ebd., S. 107 f.). Eine für den Laien sehr anschauliche Darstellung, die auf einer solchen Klassifikation beruht, wurde zum Beispiel von Riemann mit seinem Buch „Grundformen der Angst“ (1982) vorgelegt.

Aus heutiger psychoanalytischer Sicht ist diese Klassifikation allerdings zu einfach, so dass sich „die meisten Fälle ... in dieser Weise nicht einordnen (lassen)“ (Mentzos, 1999, S. 108) und für eine adäquate Diagnose weitere Dimensionen hinzugezogen werden müssen (vgl. ebd. u. S. 293 ff.; vgl. a. Mertens, 1983, S. 79 ff.). Neben den klassischen Psychoneurosen, die bereits reifere Formen der Konfliktverarbeitung darstellen (vgl. Mentzos, 1999, S. 151 ff.), müssen für das Verständnis vieler heute relevanter psychischer Störungen insbesondere auch **entwicklungsgeschichtlich sehr frühe Konflikte** berücksichtigt werden. Von besonderer Wichtigkeit ist dabei das erste Lebensjahr, in dem es um eine allmähliche Ablösung der Mutter-Kind-Symbiose, um eine zunehmende Differenzierung zwischen Objekt und Subjekt und um die Sicherung „kohärente(r) Selbst- und Objektrepräsentanzen“ geht (ebd., S. 124). In der Terminologie der Entwicklungstheorie von Erikson geht es in dieser Zeit vor allem um die Entwicklung des Urvertrauens (vgl. ebd.; vgl. a. Steinebach, S. 22 f.). Aus dieser Zeit, in der sich das Selbst erst einmal konstituieren und festigen muss, resultieren häufig Mängel in der Struktur des Ichs, die „durch ‚das, was fehlt‘, und nicht durch die Konflikte selbst charakterisiert sind. Es handelt sich um die Konflikte, die Kohut unter der Bezeichnung *Selbstpathologie* zusammengefaßt hat“ (Mentzos, 1999, S. 142; Hervorh. i. Original/U.F.). Neben diesen sehr frühen Störungen in der Entwicklung des Selbst, die besonders mit dem ersten Lebensjahr in Verbindung gebracht werden, sind ebenso **Störungen in der Entwicklungsaufgabe „Abhängigkeit vs. Autonomie“** (2. und 3. Lebensjahr) von großer Bedeutung. Wenn eine Lösung dieses zentralen Konflikts misslingt oder der Konflikt zwischen Verselbständigung (die grundsätzlich auch die Möglichkeit der Auflehnung gegen die Eltern einschließt) und den Bedürfnissen nach empathischer Zuwendung der Bezugspersonen unnötigerweise polarisiert wird, dann „resultiert daraus oft eine Unterdrückung des eigenen Selbst und seiner Entwicklungsmöglichkeiten zugunsten pathologischer Bedürfnisse der Eltern“ (ebd., S. 125). Dies „kann verheerende Folgen haben“ (ebd.) und wird mit einer Vielzahl von Krankheiten (u.a. mit der Prädisposition zur Depression, mit schweren psychosomatischen Erkrankungen, mit sogenannten narzisstischen Störungen u.a.m.) in Verbindung gebracht. Wie sich in Kapitel 5 (vgl. 5.1.2.2 und 5.2.5) noch zeigen wird, sind diese Entwicklungsaspekte für das Verständnis vieler heute vor-

herrschender „seelische(r) Beschädigungen“ (Mertens, 1983, S. 177) eine Voraussetzung.⁸³ Ebenso hilfreich ist eine solche Sicht auch für die Analyse der normalen und der gestörten Entwicklung einzelner Emotionen, die im nun folgenden Teil erfolgen soll.

4.2 Die normale und die gestörte Entwicklung einzelner Emotionen

Die vorangehenden Abschnitte hatten zum Ziel, ein grobes Bild der Neurosenentstehung zu skizzieren und die Basis für ein allgemeines Verständnis seelischer Beschädigungen zu schaffen. Es sollte deutlich werden, wie Belastungen und Verletzungen unterschiedlichster Art Stress und heftigste emotionale Reaktionen auslösen und die Emotionsentwicklung so nachhaltig beeinträchtigen können, dass es zu psychischen Störungen und neurotischen Entwicklungen kommen kann.

In den folgenden Abschnitten wird nun eine Betrachtung der Entwicklung einzelner Emotionen und ihrer möglichen Beeinträchtigungen und Störungen erfolgen. Dabei werden vor allem die Emotionen berücksichtigt, bei denen im Verlauf des vorangegangenen Kapitels deutlich wurde, dass sie in engem Zusammenhang mit krankheitsverursachenden Prozessen stehen. Die Darstellung beschränkt sich also auf die Emotionen Angst/Furcht und Ärger, Niedergeschlagenheit und Kummer sowie Freude und Selbstwertgefühl. Erkenntnisse zu weiteren Emotionen, z.B. zum Scham- und Schuldgefühl, fließen in die Darstellung ein, sofern sie mit den genannten Emotionen interagieren. Die ausgewählten Emotionen werden nun in ihren Entwicklungsmomenten und unter der Fragestellung, wie es dabei zu emotionaler Verletzlichkeit und psychischer Krankheit kommen kann, weiterverfolgt. Es wird keine detaillierte Darstellung erfolgen, sondern eher ein Überblick, eine grobe Skizze, deren Ziel es ist, ein Verständnis dafür zu schaffen, wie es in Bezug auf diese ausgewählten Emotionen zu neurotischen „Versteifungen“ (Mentzos, 1999, S. 293) bzw. zu neurotischen Erlebens- und Verhaltensweisen kommen kann. In diesem Zusammenhang sei noch einmal darauf hingewiesen, dass die Darstellung im Wesentlichen der Argumentation Kruses folgt.

⁸³ Die weiteren Phasen bis zur Pubertät sollen hier nur knapp skizziert werden. Grundlage ist, wie auch schon bei der obigen Darstellung der frühen Konflikte, die „entwicklungspsychologisch orientierte Konflikteinteilung“ von Mentzos (1999, S. 123), der nicht nur die klassischen Ansätze von Freud und Erikson berücksichtigt, sondern auch neuere Erkenntnisse und Theorieentwicklungen integriert. Demnach geht es im Laufe des 4. und 5. Lebensjahres um die dritte Hauptaufgabe, u.a. um Lösung des ödipalen Konflikts und in Verbindung damit um die Festigung der Geschlechtsidentität. Darüber hinaus wird diese Entwicklungsphase auch mit der Herausbildung eines reifen Über-Ichs in Verbindung gebracht sowie in der Theorie Eriksons mit dem Ergreifen von Initiative. Die Hauptaufgabe der sogenannten Latenzphase besteht darin, die Sicherheit der Primärgruppe aufzugeben und die mit der Integration in außerfamiliäre Gruppen verbundenen Möglichkeiten wahr- bzw. die unter Umständen daraus resultierenden Risiken in Kauf zu nehmen. Die Hauptaufgabe der Pubertät (12. bis 16./18. Lebensjahr) ist „die Identitätsfindung, das Aufgeben der infantilen Bindungen und schließlich die Ablösung von der Familie“ (ebd., S. 128). Letztlich können – wie Mentzos herausstellt – alle diese Grundkonflikte „als Variationen des zentralen Gegensatzes einerseits zwischen Bindung und Abhängigkeit, andererseits zwischen Autonomie und Selbstverwirklichung“ (Mentzos, 1991, S. 131) gesehen werden (für eine Darstellung der Entwicklungskonflikte des Erwachsenenalters bei Erikson vgl. a. Steinebach, S. 23).

4.2.1 Angst /Furcht

Zur Unterscheidung von normaler und neurotischer Angst

Angst/Furcht gilt als die vielleicht am intensivsten erforschte Emotion in der klinischen Psychologie. Psychoanalytische, evolutionsbiologische, lerntheoretische und kognitive Ansätze betrachten das Phänomen aus unterschiedlicher Perspektive, so dass bis heute noch keine einheitliche Theorie entwickelt werden konnte (vgl. Mayring, 2003, S. 163). Den Auffassungen ist wohl gemeinsam, dass die Bedeutung der Angstreaktion vor allem in ihrer Selbstschuttfunktion begründet ist (vgl. Kruse, 1985, S. 78 f.). „Ein Mensch ohne die Fähigkeit zur Angstreaktion bei Gefahrensituationen wäre wahrscheinlich genauso schutzlos und zum Tode verurteilt wie Menschen mit der angeborenen Schmerzlosigkeit“ (Mentzos, 1994, S. 14). Es gibt verschiedene Versuche, zwischen Furcht und Angst zu unterscheiden. Dabei gilt Furcht als auf eine offensichtliche, konkrete Gefahr bezogen und Angst als unspezifisches, diffuses, gegenstandsloses Gefühl (vgl. ebd.). Diese Unterscheidung „hat im allgemeinen Sprachgebrauch an Bedeutung verloren, weil man das Wort Angst auch in Bezug auf konkrete Gefahr benutzt“ (ebd.) und „eine scharfe Unterscheidung zwischen Angst und Furcht in der Praxis oft nicht ohne weiteres durchführbar oder auch gut ist“ (ebd.). Vor diesem Hintergrund werden beide Begriffe im Folgenden synonym verwendet.

Die Funktion der Emotion Angst bzw. Furcht liegt darin, dass sie ein Warnsignal des Körpers bei Gefahr ist und diesen gleichzeitig mobilisiert und auf seine Aktion vorbereitet. Dabei wird Angst nicht nur durch reale Objekte ausgelöst, sondern kann auch durch deren innere Abbilder verursacht werden, so dass bereits die Vorstellung vom Eintreten eines solchen Ereignisses ausreicht. Von einem neurotischen Element in der Angst kann allgemein dann gesprochen werden, wenn durch eine bestimmte Situation ein mit Angst verbundenes Gefühl von Hilflosigkeit und Isolation wachgerufen wird, das von der Situation her nicht gerechtfertigt ist. Als neurotisch wird dann der Überschuss an Angst bezeichnet, der über das durch die Bedrohung gerechtfertigte Maß hinausgeht. Auch in einer angesichts einer Bedrohung völlig gerechtfertigten Situationsangst können Erinnerungen an vergangene Hilflosigkeit und Isolierung wach werden, die die Gefahr größer erscheinen lassen, als sie tatsächlich ist. Ganz offensichtlich ist Angst jeweils individuell gelernt. Das heißt, „eine jede Bedrohungssituation (oder was immer als solche empfunden wird!) erinnert an jenen Zustand, in dem, mit dem erstmaligen Bewußtwerden völliger Hilflosigkeit und Isolation, Angst erstmals erlebt wurde. Die Intensität jener (zumeist ganz unbewußt) erinnerten Empfindungen bestimmt im konkreten Falle weit maßgeblicher das Ausmaß der empfundenen Angst als Art oder Umfang der tatsächlichen Bedrohung“ (Taeni, S. 12).

Die normale und pathologische Entwicklung der Emotion Angst

Im Entwicklungskontext konzentriert sich die Forschung vor allem auf drei Bereiche (vgl. zu Folgendem ausführlich: Kruse, 1991, S. 96 ff.). Bekannt ist das Phänomen der **Fremdenfurcht** oder Acht-Monats-Angst, das als beinahe „universelles Phänomen“ (Kruse, 1995, S. 160) in der kindlichen Entwicklung gilt. Parallel zur Fremdenfurcht, aber etwas zeitversetzt setzt zweitens die **Trennungsfurcht** ein, wobei nicht ganz klar ist, ob es sich tatsächlich um eine Furcht- und nicht um eine Kummerreaktion handelt (vgl. ebd.). Trennungsfurcht beginnt frühestens mit 4 Monaten und nimmt dann während des ganzen ersten Lebensjahres noch an Intensität zu. „Kinder zeigen einen bekümmerten Gesichtsausdruck, beginnen zu weinen oder zu

schreien, wenn eine Person, die sich ihnen zuwendet (meist die Mutter) sie verläßt“ (Kruse, 1991, S. 98). Genauer untersucht wurde schließlich noch die *Tiefenfurcht*, die einsetzt „kurz nachdem Säuglinge zu krabbeln beginnen. Aufgrund der Untersuchungen zu dieser Thematik ist zu vermuten, „dass im Alter von etwa 8 Monaten das emotionale System 'Furcht' soweit entwickelt ist, dass es zu wirken beginnt“ (ebd., S. 99).

Anders als die frühkindliche Entwicklung der Furcht ist der weitere Entwicklungsverlauf sehr viel weniger erforscht (vgl. Kruse, 1991, S. 100). Während ganz allgemein als „typische Angstauslöser in unserer Gesellschaft Schlangen, Spinnen, Dunkelheit, Versagen, Verlassenwerden, Schmerzen, Altern, Sterben“ (Mayring, 2003, S. 164) gelten, wurde speziell im Hinblick auf Kindheitsängste in verschiedenen Altersstufen deutlich, wie stark auch Phantasien über Okkultes und Gespenstisches als Angstauslöser fungieren können. Solche Ängste gelten allerdings als zum Alltag gehörend, so dass „sie nur in Extremfällen als problematisch einzustufen sind“ (Kruse, 1991, S. 100). Eine besondere Quelle von Kindheitsängsten kann dagegen die Schule sein (vgl. ebd.). Schulische Ängste und Erfahrungen sind auch deshalb von besonderer Bedeutung, weil sie das Selbstwertgefühl sehr stark beeinflussen (vgl. 4.2.4).

Aus psychoanalytischer Sicht reicht es nicht, Ängste nach Inhalten oder Auslösern zu klassifizieren. Es müssten vor allem auch „die für jede psychische Entwicklungsstufe typischen Konflikte, Spannungen und daraus entstehende 'Gefahren' mit an erster Stelle“ (Mentzos, 1994, S. 15) berücksichtigt werden, ein Aspekt, den weiterzuverfolgen allerdings den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde (vgl. zu den typischen Konfliktarten und dazu gehörenden Ängsten: ebd., S. 16 ff.). Stattdessen muss in diesem Zusammenhang der allgemeine Hinweis genügen, dass die „Angstreaktion – wie auch viele andere Reaktionsmuster – nicht von Anfang an in reifer Form vorhanden (ist). Sie differenziert sich im Laufe der Entwicklung eines Individuums, sie erfährt eine 'Reifung'“ (Mentzos, 1994, S. 14). Dieser Wandel führt grob gesagt von den gegenstandslosen „diffusen, wenig organisierten, ungerichteten, körpernahen Angstreaktionen einerseits“ (ebd.) zu den „mehr strukturierten, organisierten, entsomatisierten und eindeutiger gerichteten reiferen Reaktionsformen andererseits“ (ebd.) bis hin zur reifen, konkreten, gerichteten Furcht.⁸⁴

Diese Unterscheidung ist für das Verständnis sowohl der normalen als auch der pathologischen Entwicklung von Bedeutung, wobei der „Grad der Fähigkeit des Ichs, Signalangst sinnvoll zu benutzen“ (Mentzos, 1994, S. 17) und die „Fähigkeit zur sinnvollen Kontrolle der Angst“ (ebd., S. 15) als wichtige Anzeichen von Ich-Reife gelten. „Dagegen hat die diffuse, panikartige Angst des sehr kleinen Kindes oder des regredierten Erwachsenen oder des von einer großen akuten Gefahr Überwältigten kaum mehr diese Funktion. Vielmehr wird die Angstreaktion selber zur Gefahr, weil sie zur Desorganisation und zum Zusammenbruch führt“ (ebd.).

Über diese allgemeinen Aussagen hinaus ist es allerdings in dem hier gesetzten Rahmen unmöglich, einen Überblick über die Diskussion zum psychologischen Phänomen Angst und dessen klinische Aspekte zu geben. Stattdessen werden an dieser Stelle nur einige der verbrei-

⁸⁴ Die letztgenannte Form der Angstreaktion, die entsomatisierte, gerichtete, konkrete Furcht wird von Mentzos auch mit der Signalangst gleichgesetzt (vgl. Mentzos, 1994, S. 14). Damit ist gemeint, dass die Angst wie alle anderen Emotionen die Funktion eines Signals, eines Anzeigers hat, der „angenehme oder unangenehme, gefährliche oder sicherheitsbietende Zustände ankündig(t) und somit zu entsprechenden Reaktionen Anlaß“ gibt (Mentzos, 1999, S. 28).

tetsten Angststörungen angeführt, die Voraussetzungen, unter denen Angst zum Problem wird:

85

Erstens, wenn sie wie im Fall der **Phobie** so stark ist, dass es dem Betroffenen nur mit größter Anstrengung möglich ist, diese zu überwinden. Dabei ist charakteristisch für die Phobie, dass sie mit einem bestimmten Objekt (Hunde, Ungeziefer, Aufzüge etc.) oder angstauslösenden Situationen (enge Räume, Höhen, öffentliche Plätze) verknüpft ist (vgl. Kruse, 1991, S. 102).

Ein weiteres Problem liegt dann vor, wenn Angst zu viele Auslöser hat und sich praktisch jederzeit in jedem beliebigen Lebensbereich und an den verschiedensten Ereignissen und Objekten festmachen kann. Dieser zweite Typ, der von Freud bereits als „*frei flottierende allgemeine Ängstlichkeit*“ (zit. n. Kruse, S. 102; Hervorh. i. Original/U.F.) beschrieben wurde, wird im DSM-III-R (vgl. Fußnote 2) als „generalized anxiety disorder“, als **generalisiertes Angstsyndrom** bezeichnet.

Ein dritter Angsttyp, der durch hohe Intensität charakterisiert ist, ist die **Panikattacke**, das anfallsartige Auftreten von Angst. Eine Person ist dann über eine bestimmte Zeit gänzlich dieser einen Emotion ausgeliefert, die alle anderen Lebensbereiche und Lebensäußerungen beherrscht (vgl. Kruse, 1991, S. 102 f.). In der DSM III ist die Panikattacke unter der Kategorie „panic disorder“ erfasst (vgl. für eine ausführliche Darstellung auch Sartory).

Verbindungen mit anderen Emotionen

Angst/Furcht ist eine Emotion, die sehr stark mit anderen Emotionen interagiert. Kruse bezeichnet sie deshalb als „Vorschalt-Emotion“ (Kruse, 1985, S. 78), die „wie eine Verdoppelung der Wirkungen anderer Emotionen (wirkt) oder – wenn sie deren Auftreten verhindert – als Schutz vor ihrer aversiven, unangenehmen Qualität“ (ebd., S. 81). Als Beispiele für solche typischen Interaktionen erwähnt er die Verbindungen von Furcht und Kummer, von Furcht und Selbstwertgefühl und von Furcht und Scham (vgl. ders., 1991, S. 101 f.; vgl. dazu auch die folgenden Unterkapitel). Angst kann als „das universellste Symptom“ (ebd., S. 103; ders., 1995, S. 159) aller psychischen Störungen gelten. Tatsächlich „(tritt) Angst auch fast überall dort auf, wo andere Emotionen Probleme bereiten. Negatives Selbstwertgefühl beispielsweise drückt sich primär in Minderwertigkeits- und Versagensgefühlen aus, führt aber auch zu Leistungsängsten, zu Redeängsten, Versagens- und Behauptungsängsten. Schamprobleme können zu Errötensangst, Schamangst, Sexualangst, Schuldprobleme zu Straf- und Gewissensängsten führen“ (Kruse, 1991, S. 103; vgl. a. ders., 1985, S. 80). (Zur Leistungs- und Prüfungsangst sowie zur sozialen Angst, die mit Verlegenheit, Scham, Schüchternheit vermischt ist, vgl. a.: Schwarzer, 2000).

4.2.2 Kummer, Trauer, Niedergeschlagenheit und Depression

Zur Unterscheidung dieser emotionalen Zustände

Hier ist eine Gruppe von Gefühlen subjektiven Unbehagens angesprochen, für die in der deutschen Sprache eine Vielzahl von Begriffen (Gram, Schwermut, Niedergeschlagenheit, Kummer, Unglücklichsein, Verlassenheitsgefühl, Niedergedrücktheit, Verzweiflung) existiert, die um

⁸⁵ vgl. zur Thematik der Angststörungen aus psychodynamischer Sicht: Kruse (1990) aus verhaltenstherapeutischer Sicht: Sartory (1997)

zwei Bedeutungsaspekte gruppiert werden können. Auf der einen Seite meint der Begriff *Nieder geschlagenheit* eine Stimmungslage unspezifischer starker Bedrücktheit, die schnell Einfluss auf die allgemeine Stimmung bekommen und sich bis zur Verdrossenheit und Verzweiflung verstärken kann (vgl. Mayring, 2003, S. 177). Zu diesem Wortfeld gehört auch die Bezeichnung Depression, die „ursprünglich Bedrückung, bedrückte Stimmung (bedeutet)“ (Mentzos, 1999, S. 182). Dabei kann die gedrückte Stimmungslage nicht mit derjenigen bei Traurigkeit gleichgesetzt werden. Sie „entspricht vielmehr einem ‚leeren‘ Gefühl; Mißmut oder Dysphorie“ (ebd., S. 183).⁸⁶

Der unspezifisch bedrückten Stimmungslage steht auf der anderen Seite die Emotion *Kummer bzw. Trauer* als Ausdruck eines schweren Verlusts und als Reaktion auf die Trennung von einer geliebten Person gegenüber. „Man ist traurig über eine Trennung oder einen Verlust, man ist bekümmert über etwas, das nicht so läuft, wie man es sich vorstellt, man sehnt wehmütig etwas endgültig Verlorenes herbei“ (Mayring, 2003, S. 178). Kruse bevorzugt in diesem Zusammenhang den Ausdruck „Trennungsschmerz“, um auf die außerordentlich enge Verbindung von Trennungs- und Bindungsproblematik hinzuweisen und „um zu betonen, dass es sich um eine spezifische emotionale Reaktion auf Trennung handelt“ (Kruse, 1985, S. 59). Dabei ist Trennung von einer Person zwar die üblichste Ursache von Trennungsschmerz. Es ist aber möglich, dass ein solcher Kummer auch beim Verlust anderer vertrauter Objekte (Haustiere, Wohnung oder Wohnort, Kindergarten, Schule etc.) entsteht. Auch wird er nicht nur durch eine tatsächliche Trennung von einer Person ausgelöst, sondern „auch von der Vorstellung einer Trennung oder einem drohenden Verlust“ (ders., 1991, S. 104).

Die Emotion Kummer spielt – als eine unter mehreren Emotionen – eine wichtige Rolle im Aufbau sozialer Bindungen. Während Freude eine Emotion ist, die Bindungen initiiert und Grundlage von interpersoneller Nähe und Vertrautheitsgefühlen ist, ist Kummer eine Emotion, die Bindung und soziale Beziehungen aufrecht erhält, indem sie durch ihre aversive Qualität Trennung verhindert (vgl. Kruse, 1991, S. 104 ff.) und „alle möglichen Aktivitäten in Gang setzt, um die erforderliche Nähe“ zu einer Person wieder herzustellen (ders., 1985, S. 59).

Sensible Entwicklungsphasen der Emotion Kummer

Für das entwicklungspsychologische Verständnis von Kummer und Trauer sind die Arbeiten von Spitz und Bowlby von besonderer Bedeutung. Deren Beobachtungen von (hospitalisierten) Kleinkindern und von Mutter-Kind-Interaktionen liefern wichtige Informationen über Trennung und die Entwicklung der Emotion Kummer. Zwar ist es bei Beobachtungen im ersten Lebensjahr schwierig, zwischen Furcht und Kummer zu unterscheiden (vgl. 4.2.1), und daher nicht eindeutig festzulegen, zu welchem Zeitpunkt der Entwicklung die Emotion Kummer tatsächlich einsetzt. Offensichtlich ist aber, dass Kummer vor allem eine Reaktion auf eine zu lange Trennung von einer Person ist, zu der eine engere Bindung besteht, und daher eine Emotion darstellt, „die Bindungsprozesse nicht nur in der Kindheit, sondern lebenslang (steuert)“ (Kruse, 1991, S. 106). Besonders ausgeprägt sind die Kummerreaktionen zwischen einem halben und vier Jahren. Danach gewinnt ein Kind „größere räumliche und zeitliche Freiheiten, die es in Anspruch nehmen kann, ehe das aversive Kummersignal es sich wieder der Familie zuwenden lässt“ (ebd.; vgl. a. ders., 1985, S. 57 ff.).

⁸⁶ Dass mit dem Begriff Depression sehr viel mehr als eine Stimmungslage gemeint ist, wird zum Ende dieses Abschnitts noch berücksichtigt.

Die Entwicklungsereignisse, die Ausgangspunkte von Bindungsstörungen sein können, sind sehr unterschiedlich. Probleme der Bindungsentwicklung können sich aus emotionalen Defiziten vor allem an Freude, Geborgenheit und Zuwendung ergeben, aus traumatischen Trennungserfahrungen, aus kumulativen Trennungserfahrungen und aus konflikthafter Scheidungen und Familienauflösungen (vgl. Kruse, 1995, S. 151 f.; vgl. ausführlich ders., 1991, Kap. 7). Störungen sind eng mit den ersten Phasen der Formierung der Elternbindung verbunden (vgl. 4.1) und lassen sich danach unterscheiden, in welcher Phase des Bindungsprozesses Probleme entstanden sind (vgl. ders., 1991, S. 106 f.; vgl. dazu auch: Mentzos, 1999, S. 142 ff. u. S. 48). Insbesondere „die ersten acht Lebensmonate sind für den Aufbau der Elternbindung ein kritischer Zeitpunkt. Wird ein Säugling in diesem Zeitraum für längere Zeit von den Eltern, speziell von der Mutter getrennt wird, kommt es zu erheblichen Irritationen in Bezug auf Bindungen und Beziehungen zu anderen Menschen, auch dann, wenn der Bindungsprozeß später nachvollzogen wird“ (Kruse, 1991, S. 107). Beeinträchtigungen und emotionale Verletzlichkeit entstehen aber nicht nur durch Trennungen, sondern auch dann, wenn Eltern emotional nicht verfügbar und unsensibel für die Bedürfnisse ihres Kindes sind (vgl. ebd.). Störungen können sich schließlich auch „aus Verlusterfahrungen ergeben, die nach erfolgter Elternbindung auftreten“ (Kruse, 1991, S. 108), wobei man annehmen kann, dass „eine unsichere Bindung in der Kleinkindzeit, plötzliche oder langandauernde Trennung in der Kindheit oder der Zerfall der Familie als Schutzraum ... die Bereitschaft und Fähigkeit, Bindungen einzugehen, nachhaltig beeinflussen“ (Kruse, 1991, S. 173, vgl. a. S. 173 f.)

Mögliche Folgen einer „verletzten“ Bindungsentwicklung

Die Emotion Kummer bildet das Zentrum emotionaler Verletzlichkeit bei Bindungsproblemen. Probleme, die mit der Emotion Kummer zusammenhängen, können „in ihrer subjektiven Qualität ... am treffendsten als *Verlassenheits- oder Verlustgefühle*“ (Kruse, 1991, S. 107) und als „*Tendenz zu starken Kummerreaktionen*“ (ebd., S. 201; Hervorh. i. Original/U.F.) beschrieben werden. Insbesondere Störungen während des Aufbaus der Elternbindung können zu einer emotionalen Irritierbarkeit führen, die „später als diffuses Unglücklichsein oder unergründbare Traurigkeit, als Tendenz zu depressiven Stimmungen ... auftreten (kann)“ (ebd., S. 107; vgl. zu dieser Problematik a. Asper, 1991). Darüber hinaus „(können) Trennungstress und starke Kummer-Reaktionen in der Kindheit eine bleibende Überreaktion dieses emotionalen Teilsystems bewirken mit der Folge, dass später Trennungen nur schwer tolerierbar sind und ausgeprägte Angst vor Trennung oder Trennungsempfindlichkeit entsteht“ (ebd., S. 202).

Zu den Problemen, die aus Störungen dieses emotionalen Funktionskreises resultieren, kann langfristig eine Beeinträchtigung *der Intensitätsregulation von Bindungsgefühlen* gehören. Dies kann sich in einem überstarken Bedürfnis nach Nähe und in einer ausgeprägten Trennungsempfindlichkeit zeigen, aber auch in starker Bindungsangst und der Unfähigkeit, Nähe zuzulassen, sowie in der Tendenz, Bindungen plötzlich abubrechen (vgl. Kruse, 1995, S. 153; vgl. a. ders., 1991, S. 206 f.). Eine weitere Komponente von Bindungsstörungen können *Gefühle emotionaler Sehnsucht und damit verbundene Tagträume und Phantasien* darstellen, die unter Umständen dazu führen, dass eine Person sich bindungsängstlich verhält oder „eingegangene Partnerbeziehungen immer wieder zugunsten eines idealisierten Wunschpartners aufgibt, ... weil das Eingehen einer Bindung die Aufgabe der Sehnsuchtsgefühle bedeuten würde“ (Kruse, 1991, S. 202). Die schwer aushaltbaren Kummerreaktionen können auch zur *Abwehr und Vermeidung positiver Bindungsgefühle* sowie zur Herausbildung einer Art „emotionaler Selbstgenügsamkeit“ (Bowlby, zit. n. Kruse, 1991, S. 202) führen und dazu, dass Menschen

später eher ihrer eigenen Leistung und Tüchtigkeit als sozialen Bindungen vertrauen (vgl. ebd.). Bindungsstörungen können auch weitreichende **Unsicherheit und Misstrauen gegenüber sozialen Beziehungen** zur Folge haben und dazu führen, dass die Qualität der Elternbindung „in späteren Bindungen teilweise reproduziert wird“ (ebd.). Nicht zuletzt kann „geringes Vertrauen in soziale Bindungen, die Erwartung von Enttäuschungen ... und das Selbstbild, unerwünscht oder ungeliebt zu sein“ (ebd., S. 203), **Einsamkeit und Isolation** fördern (vgl. zum letztgenannten Aspekt a.: Mayring, 2003, S. 188 f.).

Zusammenhänge mit anderen Emotionen

Ein enger Zusammenhang besteht nach Bowlby (vgl. 1976, S. 49 ff.) auch zwischen Bindungsentwicklung und der Entwicklung von **Ängsten und Phobien**. Während ein Kind unter guten Bedingungen das Vertrauen aufbaut, dass eine Bindungsperson immer wenn notwendig verfügbar ist, können als Folge von Mutterentbehrung und kritischen Trennungserfahrungen „**Angstbindungen** entstehen, die in einer starken Angstentwicklung bei drohenden Trennungen oder zu großer Distanz von Bindungspersonen bestehen“ (Kruse, 1991, S. 203; Hervorh. i. Original/U.F.). Weil das Fremde ein Auslöser für Furcht ist, können auch die Emotionen Kummer und Furcht in gewisser Weise verbunden sein (vgl. ebd., S. 106). „Bei häufigen Trennungen im frühen Kindesalter können sich Kummer und Furcht fest verkoppeln. Ein Kind wird dann trennungsängstlich, anklammernd, vorsichtig gegenüber Neuem und Fremden“ (ebd.). Bowlby führt auch andere Phobien wie Schulphobien oder die ausgeprägte Angst vor öffentlichen Situationen auf solche Lebenserfahrungen zurück und erklärt dies mit der Angst, die vertraute Umgebung des Zuhauses zu verlassen (vgl. Kruse, 1991, S. 203). Schließlich stellen unsichere Elternbindung oder Elternverlust immer auch **Belastungen für die Selbst- und Selbstwertentwicklung** dar (vgl. ebd.). Darüber hinaus nehmen einige Forscher an, dass Sicherheit in der frühen Bindung auch eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung der Neugier und des Explorationsverhaltens sein könnte (vgl. ebd., S. 131).

Die Depression – keine Emotion, sondern ein Krankheitssyndrom

Eine Einordnung der Depression in den Zusammenhang von Kummer und Trauer ist nur mit Einschränkung zu rechtfertigen. **Zum einen** ist eine Depression keine Emotion, sondern ein Störungssyndrom – der Begriff Krankheit wird in der ICD-10 weitgehend vermieden –, das sich aus einer Vielzahl von körperlichen und psychischen Symptomen zusammensetzt (vgl. Niklewski u. Riecke-Niklewski, S. 70). Unter diesen ist die depressive Verstimmung das wesentliche Symptom. Anders als ein alltägliches Stimmungstief, eine gedrückte Stimmungslage stellt sich eine Depression aber als länger dauernder, alles umfassender Zustand dar, in dem der Depressive die Welt als grau und freudlos und sich selber als lustlos, wertlos, hoffnungs- und mutlos empfindet. Wie ausweglos sich eine Depression anfühlen kann, ist in vielen literarischen Zeugnissen und Darstellungen Betroffener (vgl. Plath, 1997; Kuiper, 1996; Solomon, A., 2001) eindrucksvoll belegt. **Zum anderen** kann eine Depression zwar auch als Trauerreaktion gesehen werden. Während aber die Trauerarbeit, die Freud meinte, als sinnvolle Reaktion „einen Schutz vor äußeren Reizen, eine Kräfteersparnis, eine Erholung und eine Reorganisation ermöglichen“ sollte (Mentzos, 1999, S. 184), gilt eine Depression „als pathologisch(e) Abart der Trauerreaktion“ (ebd.; vgl. a. Hell, 1994). Tiefenpsychologisch kann sie als „Notbremse“, als „Überlebensstrategie“ verstanden werden, die durch das Herunterfahren aller Lebensfunktionen vor einer als bedrohlich erlebten Situation Schutz bieten soll (vgl. Niklewski u. Riecke-Niklewski., S. 48; vgl. a. Nuber, 2001). **Schließlich** gelten Erfahrungen von Verlust und Tren-

nung zwar als verbreitete Ursachen und Auslöser einer Depression. Neuere Arbeiten tendieren aber dazu, „die Rolle von Verlusterlebnissen in der Kindheit als Ursachen der Depression als geringer zu bewerten und statt dessen die (frühen) Lebenserfahrungen insgesamt zu betonen“ (Kruse, 1991, S. 203; vgl. a. Mundt, 1996). Demnach können Depressionen nicht alleine durch Verlassenheitserfahrungen, sondern „durch vielfältige Lebensereignisse bedingt sein und ebenso mit Mißhandlungen, Katastrophenerlebnissen oder Selbstwertverletzungen in Beziehung stehen“ (Kruse, 1991, S. 203). Insbesondere die letztgenannten (Selbstwertverletzungen) sind von offensichtlich großer Bedeutung für die Entstehung von Depressionen. Auch wenn ihre Rolle „beim gegenwärtigen Forschungsstand nicht endgültig spezifizierbar (ist)“ (ebd., S. 246), scheint es dennoch „gerechtfertigt, Depression als primären Ausdruck von Störungen der Selbstwertentwicklung anzusehen“ (ebd.). Es „ist anzunehmen, dass sie als Vulnerabilitätsfaktoren die Wahrscheinlichkeit von späteren Depressionen erhöhen und erst in Interaktion mit Verlusterlebnissen, unsicheren Elternbildungen und /oder aktuellen Stressoren zu tatsächlichen depressiven Störungen führen“ (ebd.).

Wie es so weit kommen kann, zeigt eine Erklärung des „depressiven Modus“ durch den Psychoanalytiker Mentzos. Demnach hatten depressive Menschen aufgrund von Beziehungsstörungen im frühkindlichen Alter wenig Gelegenheit, ein stabiles Selbstwertgefühl und eine dementsprechende autonome Selbstregulierung (Mentzos spricht in diesem Zusammenhang von Homöostase) aufzubauen, so dass sie sehr abhängig von äußerer Bestätigung und von einer Stabilisierung ihres Selbstwerts durch übermäßige Leistung oder ähnliches bleiben (vgl. Mentzos, 1999, S. 187). Damit „ist allerdings nur eine labile Konstruktion entstanden, die eine Dekompensation durch unvermeidliche Verluste, Wechsel, Krisen und Kränkungen nicht verhindern kann“ (ebd.). Insbesondere wenn es um Kränkungen des Selbstwerts, „um den Verlust des Liebe-Anerkennung-Aufwertung bietenden Objekts (oder des entsprechenden Aspekts einer Objektbeziehung) (geht)“ (ebd.), ist ein in dieser Weise gestörter Mensch nicht in der Lage, „Verluste und Kränkungen mit einer normalen Trauerreaktion bzw. normalen kompensatorischen Mechanismen auszugleichen“ (ebd.). Stattdessen reagiert er – sehr vereinfacht zusammengefasst – mit extremer Ich-Hemmung, mit Selbstabwertung, Selbstanklagen und Selbstvorwürfen, die zu einer immer weiteren Herabsetzung der Selbstachtung und damit zu einer Verstärkung der depressiven Symptomatik führen (vgl. ebd., S. 184 ff.).

Nach Mentzos ist die hier formulierte Hypothese allerdings nur zum geringen Teil spezifisch für die Erklärung der Depression. In wesentlichen Aspekten trifft sie beispielsweise auch für angstneurotische Patienten und für Menschen mit psychosomatischen Erkrankungen zu (vgl. ebd., S. 187). Darüber hinaus gilt es, diesen Erklärungsansatz im Gedächtnis zu behalten, wenn im folgenden Kapitel (5.2.5) Gemeinsamkeiten zwischen verschiedenen gesundheitsrelevanten „Persönlichkeitsstörungen“ thematisiert werden und dabei deutlich wird, wie sehr Störungen des Selbstsystems zu den verbreiteten emotionalen Problemen des modernen Menschen führen. Dabei sind nun nicht nur Selbstsystem und Bindungssystem eng miteinander verbunden. In den nächsten Abschnitten wird auch deutlich werden, wie beide mit weiteren emotionalen Funktionskreisen interagieren.

4.2.3 Ärger, Wut und Zorn

Zum Begriff und zur Funktion der Emotion

Ärger – Wut und Zorn werden als alternative Bezeichnungen verwendet – „sind Emotionen, die entstehen, wenn man im Handlungsablauf auf unnötige, als ungerechtfertigt eingestufte Hindernisse stößt, wenn man sich durch andere geschädigt fühlt. ... Es scheint sich dabei um eine ganz fundamentale Emotion zu handeln, die in allen menschlichen Kulturen, selbst im Tierreich vorkommt“ (Mayring, 2003, S. 160). In interpersonalen Situationen zeigt der Ausdruck von Ärger, dass eine Person gewillt ist, das, was sie behindert oder stört, zu beseitigen (vgl. ebd., S. 160 f.). Die Emotion Ärger „hängt eng mit *Aggression* und *Hostilität* zusammen, ist aber nicht identisch damit“ (Kruse, 1991, S. 115; Hervorh. i. Original/U.F.). Zwar geht der Ärger als „Emotion bzw. emotionaler Zustand der Aggression oft voraus...“ (ebd.). Nicht jede Ärgerreaktion muss aber in Aggression, in eine „Handlung oder Handlungstendenz, die das Ziel hat andere zu schädigen“ (ebd.) münden, und „nicht jede Aggression beruht auf Ärger (es gibt auch „kalte“ Aggression)“ (ebd.).

Die Begriffe Ärger, Wut und Zorn können als unterschiedliche Intensitätsgrade derselben Emotion betrachtet werden (vgl. Kruse, 1985, S. 73). Das „Rotsehen“ wäre dann „Ausdruck für eine extrem starke Form von Wut, die mit dem Verlust der Kontrolle über sich selbst verbunden ist“ (ebd.). Betrachtet man ihre Funktion, dann sind diese emotionalen Zustände wesentlich gekennzeichnet durch den Willen, handeln und angreifen zu wollen, ferner durch ein hohes Maß an Mobilisierung von Energie (vgl. ders., 1991, S. 118). „Ärger produziert Willen zur Aktion“ (ebd.). Er „hilft dabei, den eigenen Standpunkt zu vertreten und der Ärgerausdruck erleichtert die Durchsetzung eigener Absichten gegenüber anderen Personen“ (ebd.).

Auslöser von Angst und Wut finden sich nach Kruse vorwiegend in folgenden Zusammenhängen (vgl. Kruse, 1985, S. 74 f.): Zunächst einmal dient Ärger/Wut sehr stark der Regulierung sozialer Beziehungen. „Ärger kann dabei sowohl zum Erreichen von Dominanz führen als auch dazu dienen, die Dominanz einer anderen Person zu verhindern“ (ders., 1991, S. 119). Ärger/Wut kann auch als Reaktion auf Frustration betrachtet werden und ist „Signal dafür, dass ein wichtiges Motiv an seiner Verwirklichung gehindert wird“ (ders., 1985, S. 75). Darüber hinaus dient Ärger als Schutzreaktion angesichts physischer Bedrohung. Auch spielt diese Emotion eine wichtige Rolle „in der Regulation von Nähe und Distanz, indem sie den Impuls zur Auseinandersetzung und Lösung von zu starker Abhängigkeit gibt“ (ebd.).

Von großer Bedeutung ist Ärger/Wut auch für die Regulierung des Selbstwertgefühls. „Die Ärger/Wut-Reaktion ist in diesem Bereich ein wichtiges Mittel zur Behauptung und zur Wiederherstellung einer sozialen Beziehung auf gleichwertiger Basis“ (Kruse, 1985, S. 75). Dabei sind Ärger und negatives Selbstwertgefühl „sehr eng verkoppelt“ (ders., 1991, S. 121). Beide „wirken in der Behauptung eigener Interessen und der Aufrechterhaltung des Selbstwertes gegenüber anderen Personen zusammen“ (ebd.). „Selbstwertverletzungen haben in der Regel automatisch eine Ärger-Reaktion zur Folge, die dieser Herabsetzung entgegenwirken soll“ (ebd.).

Die Entwicklung der Emotion Ärger

Im Verlauf der kindlichen Entwicklung tritt die Emotion Ärger etwa im dritten Monat auf (vgl. Kruse, 1991, S. 115). Mit 7 Monaten ist die Fähigkeit, Ärger auszudrücken, gut entwickelt

(vgl. Stenberg, Campos u. Emde, zit. nach Kruse, ebd.) und macht sich in diesem Alter vor allem „als Reaktion auf Trennung von Mutter oder Familie bemerkbar“ (ebd.). Im zweiten Lebensjahr bekommt diese Emotion eine veränderte Qualität. Ärger nimmt die Form der Trotzreaktion an, die „ebenfalls eine Äußerungsform des Ärger/Wut-Systems (ist) und sich von Aggression dadurch (unterscheidet), daß nicht Verletzung einer anderen Person, sondern Widerstand gegen die Absichten anderer Motiv der Trotzreaktion ist“ (ebd., S. 116). Im Zusammenhang mit der kindlichen Entwicklung scheint Trotz „ein Mittel des Protestes gegen die Überlegenheit der Erwachsenen“ (ebd.) oder größerer Kinder zu sein. Ein besonders hohes Niveau an aggressivem Verhalten zeigen Kinder im zweiten Lebensjahr. Diese häufig „hohe Intensität der Ärgerreaktion ... reduziert sich nach wenigen Jahren zugunsten differenzierterer, auch weniger intensiver Reaktionen“ (ebd., S. 117).

Allerdings hängt es wohl wesentlich vom Umgang der Eltern mit den kindlichen Ärgerreaktionen ab, ob ein Kind Alternativen zur aggressiven Durchsetzung seiner Interessen entwickelt. Drei Variablen, nämlich „(1) Toleranz gegenüber der Aggression des Kindes, (2) negative Einstellung der Mutter gegenüber dem Kind und (3) Bestrafung und machtorientierte Erziehung“ (McCord u.a., zit. n. Kruse, 1995, S. 159) gelten als die Faktoren, die zur Verfestigung aggressiven Verhaltens führen können (vgl. ebd.). Kruse spricht in diesem Zusammenhang von Aggressivität als einem „emotionale(n) Stil der Lebensorganisation“ (ders., 1991, S. 121), den solche Kinder wählen, die „offenbar eine oder mehrere der folgenden Erfahrungen gemacht (haben): Sie haben in ihrer Familie erlebt, (1) dass positive Gefühle und Zuneigung in sozialen Beziehungen nicht tragen, (2) dass die Eltern ihnen gegenüber gleichgültig oder abweisend sind, (3) dass Aggression und Gewalt legitime und effektive Mittel zur Durchsetzung sind, und (4) dass sie am besten wegkommen, wenn sie selbst aggressiv sind und sich auf diese Weise nehmen, was sie brauchen“ (ebd.).

Mögliche Probleme im Umgang mit der Emotion Ärger

Die Intensität und die hohe energetische Ladung der Ärgerreaktion machen es notwendig, den adäquaten Umgang mit dieser Emotion zu erlernen. Bei einer unzureichenden Sozialisierung der Emotion Ärger kann ein möglicher Problemkomplex in Hyperaggressivität, in Delinquenz und asozialem Verhalten bestehen (vgl. dazu Kruse, 1991, S. 123 f.), wobei die familiären Bedingungen einer solchen Entwicklung im vorangegangenen Abschnitt bereits erwähnt wurden. Daneben können überschießende Wutreaktionen unter anderem aber auch „als Folge häufiger *Behauptungssituationen*, in denen etwa ein Kind gezwungen ist, sich gegen starke Geschwister, gegen eine feindselige Nachbarschaft, gegen Hunger oder gegen den Ruf der Asozialität oder Minderwertigkeit zu verteidigen“ (ders., 1991, S. 123; Hervorh. i. Original/U.F.; vgl. a. ders., 1985, S. 76) auftreten sowie „als Folge des *Abbruchs von Bindungen*, der ... bei Kindern zu heftigsten Aggressionen führen kann“ (ders., 1991, S. 123) (vgl. zu weiteren Gründen und diesbezüglichen Quellen: Kruse, ebd.).

Den Schwierigkeiten im Zusammenhang mit zu großer Aggressivität stehen auf der anderen Seite die Probleme mangelnder Behauptung, also der Hemmung von Ärgererleben und Ärgerausdruck gegenüber. Da Ärger „in gewisser Weise die Quelle der Durchsetzungsfähigkeit eines Menschen“ bildet (Kruse, 1991, S. 122), hat die Einschränkung der Fähigkeit, Ärger zu erleben und auszudrücken, vor dem Hintergrund des weiter oben bereits Gesagten unvermeidlich Folgen für die Regulierung sozialer Bindungen, für die Gestaltung von Nähe und Distanz und für die Wahrung des Selbstwertgefühls. „*Blockierter Ärger* und damit verbundene *gehemmte Ag-*

gressivität machen wehrlos“ (ebd.; Hervorh. i. Original/U.F.) und erschweren es dem davon Betroffenen, „Interessenspositionen zu behaupten und seinen Willen in sozialen Zusammenhängen zum Ausdruck zu bringen“ (ebd.). Vor diesem Hintergrund wundert es kaum, wenn die Hemmung von Ärgererleben und Ärgerausdruck in der Psychopathologie eine große Rolle spielt. „Bei vielen neurotischen Entwicklungen (z.B. bei neurotischen Depressionen, Zwangsnervosen, charakterneurotischen Störungen) ist das aggressive Signalsystem ganz verkümmert oder schlecht ausgebildet. Es sind dies Patienten, die ihre aggressiven Impulse nicht spüren, sie infolgedessen auch nicht erkennen und in einen situativen Kontext einordnen können. Entweder zeigen sie aggressives Verhalten und bemerken es nicht, ... oder sie reagieren auf Aggression auslösende Umweltstimuli mit einer emotionalen Aktivierung, analysieren sie andersartig und interpretieren sie z.B. als Angstsignal“ (Moser, S. 236).

Das Schuldgefühl: Eine Gegenkraft zum Ausdruck und Ausagieren von Ärger

An vielen neurotischen Symptombildern ist das Schuldgefühl beteiligt, das im menschlichen Emotionshaushalt einen wichtigen Gegenspieler darstellt und eine „Gegenkontrollinstanz zur Emotion Ärger/Wut, indem sie sie vor destruktiver Aggression bewahrt“ (Kruse, 1985, S. 74). „In den meisten Fällen ist dabei die Emotion Ärger bzw. ihr Ausdruck gekoppelt mit starken Angst- oder Schuldgefühlen, die entweder schon die Selbstwahrnehmung des Ärger-Signals blockieren oder aber seine Handlungsfolgen unterbinden“ (ders., 1991, S. 122).

Die „Funktion des Schuldgefühls hängt eng mit der Hemmung sozial mißbilligten unmoralischen Verhaltens zusammen“ (ebd., S. 155). „Während die Emotion Ärger/Wut Aggression als Mittel der Selbstbehauptung und Selbstdurchsetzung ins Spiel bringt, ist Schuldgefühl eine Emotion, die die soziale Verpflichtung im Handeln betont“ (ebd.) und „die Verletzung einer sozialen Verpflichtung oder einer Norm anzeigt“ (ebd.). Zum Problem wird das Schuldgefühl u.a. dann, wenn es sich als „Blockade der aggressiven Funktionen auswirkt und ein Mensch nur mit größten Schuldgefühlen seinen eigenen Willen gegen andere durchsetzen kann“ (ebd., S. 157). Andererseits kann die Emotion Ärger/Wut auch eine befreiende Kraft gegenüber anderen hemmenden Emotionen wie Angst, mangelndes Selbstwert- oder Schuldgefühl haben (vgl. ders., 1985, S. 74). Vor diesem Hintergrund gilt die Ansprechbarkeit dieser Emotion auch als wichtiges Kriterium für die Erfolgsaussichten einer Psychotherapie (vgl. ebd., S. 76).

4.2.4 Selbstwertgefühl

Begriffsbestimmung

Das Selbstwertgefühl findet an dieser Stelle ebenfalls Berücksichtigung, weil es sehr eng mit vielen anderen Emotionen verknüpft ist und Störungen in diesem Bereich eine zentrale Rolle spielen. Zwar lässt „sich beim gegenwärtigen Forschungsstand nicht entscheiden, ob man Selbstwertgefühl zu Recht als elementare Emotion bezeichnen kann“ (Kruse, 1991, S. 134). Klinische Erfahrungen und verschiedene andere Beobachtungen legen aber „eine eigenständige Bedeutung dieses emotionalen Bereichs nahe“ (ebd.; vgl. Mayring, 2003, S. 155 f.). In diesem Zusammenhang gibt Kruse dem Begriff Selbstwertgefühl gegenüber dem in der Psychoanalyse zentralen Begriff des Narzissmus ausdrücklich den Vorzug, weil dieser es „erlaubt, den in Frage stehenden Gefühlsbereich analog zu anderen Emotionen zu behandeln“ (Kruse, 1991, S. 135; vgl. a. S. 235 ff.) und zugleich die mit dem Narzissmusbegriff verbundenen „theoretischen Unschärfen (vermeidet)“ (ebd.). Gegenüber dem psychoanalytischen Verständnis der Entwicklung des Selbstsystems wendet Kruse als ein bedeutsames Argument ein, dass „der

unausweichliche Rückbezug auf die allererste Lebensphase das Narzißmus-Konzept zu einer Melange aus Bindungs- und Selbstwerttheorie (macht), die ein Verständnis der beteiligten emotionalen Komponenten und Entwicklungsschritte eher behindert als fördert“ (ebd., S. 135 f.; vgl. a. S. 164 ff. u. ders., 1985, S. 64 ff.; vgl. die differenzierte Diskussion des Narzissmusbegriffs aus psychoanalytischer Sicht bei Mentzos, 1999, S. 52 ff.).

Beim Selbstwertgefühl handelt es sich um ein vielschichtiges Phänomen, das sowohl eine kognitive Seite, das Selbstkonzept (vgl. Filipp, 1993) bzw. in der amerikanischen Forschung die „Selbstevaluation“, als auch die emotionale Seite des Selbstbezugs „self-esteem“ (Selbstachtung) bzw. „self-affection“ (Selbstliebe / Übersetzungen von mir / U.F.) einschließt (vgl. Wells u. Marwell, zit. n. Kruse, 1991, S. 136). Beide Aspekte werden allerdings in unterschiedlichen Forschungszweigen untersucht, die sich – so Kruse – bis dato nicht berührten (vgl. ebd.). Darüber hinaus steht das Selbstwertgefühl auch in enger Verbindung mit der Leistungsmotivation sowie mit dem Dominanz- und Rivalitätsverhalten (vgl. Kruse, ebd.). Im Alltagsleben tritt das Selbstwertgefühl in den verschiedensten Formen auf, „als Stolz, Überlegenheitsgefühl, Gefühl der Anerkennung, Zufriedenheit mit der eigenen Leistung oder im Extremfall als Triumphgefühl, Machtrausch oder Größenwahn. Auf der negativen Seite tritt es als Minderwertigkeitsgefühl, Unterlegenheitsgefühl, Kränkung, Demütigung oder Verletzung des Selbstwertes auf“ (ebd.). In Anbetracht dieser Aufzählung wird deutlich, dass der „gemeinsame Nenner ... für diese unterschiedlichen Phänomene“ wohl darin besteht, dass man das „Selbstwertgefühl als Emotion bestimmen (kann), die den Wert der eigenen Person relativ zu anderen Personen anzeigt“ (ebd., S. 137).

Die Entwicklung des Selbstwertgefühls im Lebensverlauf

In der kindlichen Entwicklung tritt das Selbstwertgefühl etwa mit dem zweiten Lebensjahr auf (vgl. Kruse, 1991, S. 138). Es ist eng mit der kognitiven Entwicklung verbunden und wird erst handlungswirksam, „wenn ein Kind in der Lage ist, ein Handlungsziel, das es avisiert, mit einem Handlungsergebnis zu vergleichen“ (ebd., S. 137). Heckhausen, der das Verhalten von Kindern nach Erfolg und Misserfolg untersucht hat, beobachtete „voll entwickelte Selbstbewertungsemotionen“ mit frühestens 2 _ Jahren (Heckhausen, 1985, S. 102).

Mit Blick auf die Entwicklungsdeterminanten der Emotion Selbstwertgefühl führt Kruse eine Studie von Coopersmith an, deren Ergebnisse er folgendermaßen zusammenfasst: **Kinder mit hohem Selbstwertgefühl** „werden von ihren Eltern akzeptiert, haben im Elternhaus klar definierte und bekräftigte Grenzen und Regeln, erleben in der Familie Respekt für die Handlungen jedes einzelnen und haben innerhalb der gesetzten Grenzen relativ große Freiheiten. Sie erscheinen in ihren Persönlichkeiten als effektive, begabte und kompetente Individuen, die zu unabhängiger und kreativer Handlung fähig sind. Ihr Angstniveau ist eher niedrig, ihre Fähigkeit mit Angst und Bedrohung umzugehen besser ausgebildet als das der Kinder mit niedrigerem Selbstwertgefühl. Sie sind sozial geschickter und fähig mit Aufgaben in einer direkten Art umzugehen. Ihre sozialen Beziehungen sind gut, kaum beeinträchtigt durch persönliche Schwierigkeiten, und sie gewinnen leicht Positionen von Einfluß und Autorität“ (Kruse, 1991, S. 139). **Kinder mit mittlerem Niveau an Selbstwertgefühl** „sind unter Bedingungen von beträchtlichem gegenseitigen Respekt und klaren Grenzen aufgewachsen. Sie sind am stärksten wertorientiert und werden am leichtesten abhängig von anderen. Sie scheinen aber unsicher in Bezug auf ihren Wert und den ihrer Leistung im Vergleich zu anderen“ (ebd., S. 140). **Kinder mit niedrigem Selbstwertgefühl** „sind unter Bedingungen der Zurückweisung, Unsicherheit und

fehlendem Respekt aufgewachsen, haben das Gefühl machtlos zu sein und sich nicht durchsetzen zu können. Sie fühlen sich isoliert, unbeliebt, unfähig, sich auszudrücken und zu verteidigen und sind zu schwach ihre Unzulänglichkeiten anzugehen und zu lösen. Sie sind zu immobil, um zu handeln und tendieren dazu, sich zurückzuziehen, sich passiv, nachgiebig zu verhalten, wobei sie unter Angst leiden, die dazu tendiert, chronisch zu werden“ (ebd., S. 140).

Zu den Einflussfaktoren auf die Entwicklung des Selbstwertgefühls gehören aber nicht nur eine respektvolle, akzeptierende Behandlung in der Kindheit (vgl. ebd.) und Sicherheit in der Bindung zu den Eltern (vgl. Rutter, 1987). Wichtig ist auch die weitere Geschichte von Erfolg und Misserfolg und das, was ein Individuum im Lebensverlauf für sich erreicht. Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang die Erfahrungen mit schulischen Leistungen, da das Selbstwertgefühl „durch die lange schulische Ausbildung ... eine intensivere und systematischere Sozialisation als jede andere Emotion (erfährt)“ (Kruse, 1991, S. 142). Allerdings kann das daraus resultierende Gefühl für den eigenen Wert auch später noch modifiziert werden, wobei nicht nur gute Prüfungs- und Studienergebnisse dazu beitragen, sondern auch Erfolge in anderen Bereichen, beispielsweise in sozialen Beziehungen oder im Freizeitbereich (Sport etc.) (vgl. Rutter, 1987, S. 328f.).

Störungen des Selbstwertgefühls und Zusammenhänge mit anderen Emotionen

Verletzungen des Selbstwertgefühls gehören zu den wichtigsten Bereichen neurotischer Störungen und können sich nach Kruse in „mangelndem Selbstbewußtsein“ und „Minderwertigkeitsgefühlen“, in „Stimmungsschwankungen und Depression“ u.a. äußern (vgl. Kruse, 1991, S. 143 f.). Als vermutliche Ursachen für eine Beeinträchtigung der Selbstwertentwicklung führt Kruse einige Beobachtungen aus der therapeutischen Erfahrung an, die er „als Hypothesen über ihre Entstehung“ (ebd., S. 238) betrachtet. Zu diesen gehören u.a. „Vernachlässigung und Ablehnung in der Familie“; Mißerfolg und Versagen“ in der Kindheit und speziell in der Schule; die Erfahrung von „Inzest“; die „Stigmatisierung“ durch Krankheit oder durch Behinderung u.a. (vgl. ebd., S. 238 ff.). Probleme entstehen schließlich nicht nur im Zusammenhang mit dem negativen Selbstwertgefühl. Sie können auch das positive Selbstwertgefühl betreffen und werden dann als „Größenvorstellungen“, als „habituelle Überreaktion des positiven Selbstwertgefühls“ oder in der Psychoanalyse als „Grandiosität“ beschrieben (ebd., S. 240). „Alle diese Zustände haben gemeinsam, dass sie der Person einen höheren ‚Wert‘ signalisieren, als ihr real zukommt. Dazu kann es in Familienkonstellationen kommen, „in denen dem Kind auferlegt wird, etwas Besonderes zu sein“ oder in denen sie „für den unerfüllten Ehrgeiz ihrer Eltern herhalten“ müssen (ebd., S. 240).

Zwischen Selbstwertgefühl und anderen Emotionen bestehen vielfältige Wechselwirkungen. Von diesen wurde in vorangegangenen Abschnitten schon die enge Verbindung zwischen Selbstwertgefühl und Ärger/Wut und diejenige zwischen Depression und Selbstwertverletzungen bzw. Selbstabwertung herausgestellt, wobei der selbstabwertende Akzent der Depression darüber hinaus aber auch von einer starken Angstkomponente begleitet sein kann, von einer Schuldkomponente (Selbstvorwürfe und Selbstkritik) oder von Schamgefühlen (vgl. ebd., S. 143). Zu erwähnen ist auch die Verbindung von Selbstwertgefühl und Furcht, die häufig gemeinsam auftreten. In diesem Zusammenhang wird angenommen, dass viele Ängste – Leistungsängste, Lampenfieber, Redeängste – vermittelt über negatives Selbstwertgefühl auftreten (vgl. Kruse, 1991, S. 142 f.).

Nicht so einfach ist eine klare Unterscheidung zwischen Selbstwertgefühl und Schamgefühl.⁸⁷ Während Selbstwertgefühle mit Gefühlen der Minderwertigkeit verbunden sind, ist Scham „ein emotionales Signal, das mit dem Offenbarwerden von Intimität verknüpft ist“ (ebd., S. 144) und „sensibel auf die Übertretung von Distanzgrenzen bzw. die Preisgabe von Intimem reagiert“ (ebd., S. 150). Scham korrespondiert „mit Problemen der Selbstöffnung und Selbstaufmerksamkeit, des Zeigens von Gefühlen und Einstellungen, und der Verletzung moralischer Normen“ (ebd., S. 144 f.) und „wird oft gleichgesetzt mit dem Gefühl der Peinlichkeit und Schüchternheit“ (ebd., S. 145). Dabei stellt Schüchternheit allerdings weniger eine Emotion als vielmehr einen Persönlichkeitszug dar (vgl. ebd.), den man „als Tendenz zu Scham-, negativen Selbstwertgefühlen und Furcht bezeichnen“ könnte (ebd., S. 153). Kruse weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es in der Literatur so viele Definitionen von Schüchternheit gibt, dass Abgrenzungen und Vereinheitlichungen schwierig sind (ebd., S. 146).

4.2.5 Freude, Glück und Wohlbefinden – Zeichen für psychische Gesundheit

Unter dieser Überschrift wird nun „das Emotionsfeld“ (Kast, 1991) der freudigen, gehobenen Emotionen betrachtet, die Mayring in einem „Vier-Faktoren-Ansatz des Wohlbefindens“ (Mayring, 1992, S. 160) folgendermaßen differenziert: *Entspanntheit und Unbelastetheit* als eher kurzfristige Gefühlszustände, die „ganz auf das aktuelle, situationspezifische Befinden bezogen“ sind (ebd., S. 165) und „in der Psychologie vor allem als Gegenteil von Belastung und Streß thematisiert“ wurden (ebd.); *Lustgefühle und Freude*, die ebenfalls als eher kurzfristige, positive, emotionale Wohlbefindensfaktoren eingeordnet werden. Gegenüber der Lust, für die ein stärkerer Bedürfnisbezug und ein zyklischer Charakter der zugrunde liegenden Bedürfnisse (Hunger, Durst etc.) angenommen wird (vgl. ebd., S. 160 f.), stellt die Freude „ein viel allgemeineres, situationsspezifisches Wohlfühlen“ dar (ebd., S. 162), einen Zustand der Vitalität, der Lebendigkeit (vgl. ebd.), der Leichtigkeit und Beschwingtheit (vgl. Kast, 1991, S. 16 f.). Freude „ist an konkrete Situationen gebunden“ (Mayring, 2000, S. 222), kann aber „auch im Erlebenshintergrund wahrnehmungs- und handlungsbegleitend auftreten“ (Mayring, 1992, S. 162). Unter *Zufriedenheit* wird „das Gefühl, die eigenen Ansprüche und Ziele erreicht zu haben, frei von Sorgen zu sein, Frieden der Seele gefunden zu haben“, verstanden (ebd., S. 163). Gegenüber dem stärker emotionalen Zustand der Freude stellt die Zufriedenheit „einen eher ruhigeren, kognitiv gesteuerten Befindenzustand“ und „das Produkt von Abwägensprozessen und Vergleichsprozessen“ dar (Mayring, 2000, S. 222). Das *Glück* schließlich „bezeichnet den intensivsten Wohlbefindenzustand, der die ganze Person ergreift, überdauernder als Freude ist, auf einem allgemeinen positiven Lebensgefühl basiert und in der Regel überindividuelle Bezüge (z.B. soziale Situationen, Einheit mit Natur ...) aufweist“ (ebd.). Glück kann den zuvor beschriebenen Gefühlszuständen sehr ähnlich sein (vgl. Mayring, 1992, S. 168) und wird sowohl „als extrem positive Emotion erlebt, als größte Freude, Überschwenglichkeit“ (ebd., S. 167) als auch als „eher ruhiges, harmonisches friedliches Gefühl“ (ebd.). In persönlichkeitspsychologischen Ansätzen werden Glück und Wohlbefinden als Persönlichkeitseigenschaft (trait) verstanden, als Neigung einer Person zum Sich-Wohlfühlen, im Unterschied zur Freude, die als situationspezifischer Zustand (state) aufgefasst wird (vgl. Mayring, 2000, S. 224). Zu guter Letzt dient der Begriff *subjektives Wohlbefinden* im Verhältnis zu all den

⁸⁷ Das Schamgefühl und andere Emotionen werden aus den in der Einleitung zu 4.2. genannten Gründen hier nicht berücksichtigt (vgl. dazu Kruse, 1991).

hier genannten emotionalen Zuständen des Sich-gut-Fühlens als übergreifende Kategorie (vgl. ebd., S. 221).

Die Emotion Freude im Entwicklungskontext

Ein Zugang zur Untersuchung der Freude ist über das Lächeln möglich, dem wohl „am besten untersuchte(n) Ausdrucksphänomen in der kindlichen Entwicklung“ (Kruse, 1991, S. 109). Ein mimischer Ausdruck, der als Lächeln gedeutet werden kann, lässt sich bereits kurz nach der Geburt erkennen. Möglicherweise haben solche – von Kruse als „endogenes Lächeln“ (ebd.) bezeichneten – Emotionsäußerungen die Funktion, eine tiefe emotionale Bindung und fürsorgliches Pflegeverhalten zwischen Säugling und Bezugsperson sicherzustellen (vgl. ebd., S. 110 ff.; vgl. a. Mayring, 2000, S. 225). Das exogene, durch äußere Reize (Gesicht, hohe menschliche Stimme) ausgelöste Lächeln setzt ab dem 1. Lebensmonat zunächst unregelmäßig ein und wird zwischen dem Ende des 2. und etwa dem 5. Monat zum eindeutig sozialen Lächeln bzw. Zurücklächeln. Ein deutliches Lachen schließlich tritt mit 4 Monaten auf (vgl. Kruse, 1991, S. 110). Mayring verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass die von Piaget beschriebene Freude eines Kindes über gelungene Assimilation in diese Periode fällt (vgl. Mayring, 2000, S. 225). Komplexere Wohlbefindenszustände, wie sie oben mit den Begriffen Glück und Zufriedenheit bezeichnet wurden, sind „an einen weit fortgeschrittenen kognitiven (Vergleichsprozesse) und sozialen (Partnerschaft) Entwicklungsstand gebunden“ (ebd.).

Die Emotion Freude „hängt eng mit der Vertrautheit von Personen und Situationen zusammen“ (Kruse, 1991, S. 109). „*Zuneigung* und *Wärme* kennzeichnen Beziehungsformen, die durch Freude auf beiden Seiten charakterisiert sind“ (ebd., Hervorh. i. Original/U.F.), wobei Freude sowohl als eine Folge von Vertrautheit entstehen als auch als Ursache von Vertrautheit und Nähe wirken kann (vgl. ebd.). Freude „wirkt insofern als bindende Emotion, als sie ... ein Gefühl der Zugehörigkeit schafft“ (ebd., S. 111). Für das Gelingen der kindlichen Entwicklung scheint das Vorhandensein von Freude einen wichtigen protektiven Faktor darzustellen. So findet sich bei Kruse (vgl. ebd., S. 111 f.) die Darstellung einer Längsschnittstudie von Murphy u. Moriarty, die zwischen der Freude, die die Mutter im Kleinkindalter an ihrem Kind hatte, und dem Ausmaß verschiedener Variablen, die in der Präpubertät gemessen wurden (u.a. affektives Coping, Vertrauen, Niveau des Selbstwertgefühls, Spontaneität im Gegensatz zu Gehemmtheit, aktive Orientierung und aktives Coping mit der Umwelt) deutliche Korrelationen ergab. Die Interpretation der ungewöhnlich hohen Zusammenhänge wird von Kruse folgendermaßen zitiert: „Die ganze Skala von kognitiven und motorischen Ressourcen, ebenso wie die affektive Reaktionsbereitschaft kann freigesetzt oder für flexible, spontane Interaktion mit der Umwelt mobilisiert werden, wenn Freude, Liebe und Spiel zwischen Mutter und Kind ungehemmt ausgetauscht werden. Die Freude, die die Mutter gegenüber dem Kind ausdrücken kann, ist offensichtlich ein vitalisierender Beitrag zur Entwicklung des Kindes und damit das Gegenstück zu Vulnerabilitätsfaktoren“ (ebd., S. 112).

Die Pathologie der Freude

Umgekehrt können Defizite an Nähe, Vertrautheit und Freude zu neurotischen Störungen führen. Die Emotion Freude „stellt eine wesentliche Basis der Genuß- und Liebesfähigkeit dar“ (Kruse, 1991, S. 113) und „ist im 'Emotionshaushalt' eine Position, die für psychische Gesundheit steht“ (ebd.). Probleme in der Entwicklung der Emotion Freude können ergeben, dass diese durch „negative“ Emotionen unterdrückt wird und „die Fähigkeit Freude zu empfinden getrübt ist durch Angst, Kummer, negatives Selbstwertgefühl, Schuld- oder Schamgefühl oder

durch depressive Stimmungen. Das Fehlen von Freude wird als Unglücklichsein erlebt“ (ebd.). Dabei „(gilt) gleichgültig, welche die konkreten Ursachen einer Neurose sind, eines fast immer: Die Betroffenen leiden unter einem Defizit an Nähe und Vertrautheit. Sie haben Probleme darin, sich die Lebensbedingungen zu schaffen, in denen sie Nähe zu anderen Personen kontinuierlich erleben können. Ihre Bedürfnisse nach Nähe sind oft so intensiv, dass sie nicht realisierbar sind. Die Suche nach Nähe ist in gewisser Weise eine Suche nach dem, was in der Kindheit versäumt wurde, nach liebevoll zugewandten Eltern. Da diese Art intensiver Zuneigung im Erwachsenenalter nicht mehr zu erhalten ist, werden die entsprechenden Bedürfnisse vielfach frustriert“ (ebd.).

In Bezug auf die Ursachen solcher Bindungsstörungen ist nach Kruse zu unterscheiden, ob eine solche „vorwiegend durch das Auftreten der Kummerreaktion, etwa infolge von Trennungserlebnissen, oder durch Abwesenheit von Freude zustande kommt“ (ebd., S. 113 f.). Häufig wirkt der aus Trennungserfahrungen resultierende Stress mit einer Deprivation oder Frustration von Freude zusammen. Die bedeutensten Deprivationsformen fanden sich bei Heim- und Pflegekindern. Ebenso ließ sich eine deutlich verminderte Fähigkeit zur Freude auch bei misshandelten Kindern nachweisen (vgl. ebd.). Bei unsicherer Elternbindung oder im Fall eines distanzierten, frostigen Familienklimas können Kinder aber auch innerhalb ihrer eigenen Familie vereinsamen (vgl. ebd.).

Wechselwirkungen mit anderen Emotionen

Die Emotion Freude ist nicht nur von zentraler Bedeutung für die Regulierung der Eltern-Kind-Bindung und der sozialen Beziehungen überhaupt. Der Aufbau einer sicheren Bindung und das Ansprechen von Freude gehören ihrerseits wiederum zu den generellen Voraussetzungen für eine gelungene Selbstwertentwicklung (vgl. Kruse, 1991, S. 140 f.). Freude kann „mit dem positiven Selbstwertgefühl zusammen auftreten und stellt dann dem Stolz das etwas sanftere Glücksgefühl der Freude zur Seite“ (ebd., S. 113). Darüber hinaus wirkt Freude auch „mit Neugier / Interesse zusammen und unterstützt die Entwicklung von Spiel und sozialer Aktivität“ (ebd., S. 112). Häufig spielt Freude auch mit sexuellen Impulsen zusammen und „dürfte dabei besonders die Qualität ‚Liebe‘ in eine Beziehung einbringen“ (ebd., S. 113). Anders als in der Tradition der psychoanalytischen Theoriebildung, in der sich „die Meinung erhalten (hat), Bindung sei im Grunde immer sexueller Natur (wenn auch in einem sehr weiten Sinne) bzw. Ausdruck einer libidinösen ‚Besetzung‘ der Bindungsperson“ (ebd., S. 112), plädiert Kruse dafür, zwischen Freude und sexuellen Impulsen zu unterscheiden (vgl. ebd.). Auch wenn beide häufig gleichzeitig auftreten, lassen sie sich doch in der Selbstwahrnehmung relativ eindeutig differenzieren. Daher schlägt Kruse vor, von *Nähe* zu sprechen, „wenn die subjektive, verbindende Wirkung der Emotion Freude angesprochen wird und von *Intimität*, wenn die für die sexuelle Lust typische Form der Nähe gemeint ist“ (ebd., S. 112; Hervorh. i. Original/U.F.). Ein wichtiger Aspekt betrifft schließlich noch das Zusammenwirken der Emotionen Freude und Schamgefühl für die Regulierung des Gegensatzes von Nähe und Distanz. Nach Kruse haben Deprivationen an Freude in der Kindheit fast immer Störungen in der Balance von Nähe und Distanz zur Folge, indem z.B. die distanzierende Emotion Schamgefühl zu stark wirkt oder Ansätze von Nähe durch abwehrende Aggression oder Betonung der eigenen Autonomie zerstört werden (vgl. ebd., S. 114).

Abschließende Bemerkungen

Zum Ende dieses Abschnitts sei noch darauf hingewiesen, dass sich in den letzten Jahren ein eigenständiges Gebiet der Wohlbefindensforschung zu etablieren beginnt (vgl. Abele u. Becker, 1991). In diesem Kontext wird diskutiert, dass Wohlbefinden zwar „partiell Eigenschaftsqualität hat“ (ebd., S. 11), zugleich aber aus Sicht der Bewältigungsforschung auch „eine Frage des individuellen Umgangs mit positiven wie negativen Lebensereignissen ist“ (ebd.). In Bezug auf die letztgenannte Perspektive betonen Weber u. Laux (1991), dass sich aus der Sicht der traditionellen Bewältigungsforschung Wohlbefinden weitgehend „an der Reduktion belastender Emotionen oder Probleme bemisst“ (ebd., S. 139), d.h. „als Kriterium fast immer“ eine „Verringerung des streßbedingten emotionalen Zustands“ (ebd., S. 147) herangezogen wird. Demgegenüber heben sie hervor, dass durch geeignete Bewältigung auch positive Emotionen und Hochgefühle wie Stolz und Triumph am Ende einer Belastungs-Bewältigungsepisode stehen können (vgl. ebd., S. 147). Am Beispiel eines Redners, der nicht nur mit jedem Vortrag Angst verliert, sondern zunehmend auch den Genuss erfolgreicher Bewältigung erfährt, verdeutlichen sie, dass solchen aus Bewältigungsanstrengungen hervorgehenden positiven Emotionen „ein besonderer Bekräftigungswert“ zukommt (ebd., S. 150). Diese Überlegungen sollten berücksichtigt werden, wenn es im späteren Kapitel 6.3 um die Bedeutung der positiven emotionalen Befindlichkeit für die psychische Gesundheit und um die Frage nach deren Voraussetzungen geht.

4.3 Auswirkungen pathogener Belastungen auf die Emotionalität

In den vorangegangenen Abschnitten wurde deutlich, wie vielfältig die Stressbelastungen sind, die die emotionale Entwicklung beeinflussen und unter bestimmten Bedingungen (vgl. hier 4.1) so beeinträchtigen können, dass es zu dauerhaften Folgen für die emotionale Organisation der Persönlichkeit kommt.⁸⁸

Beachtet wurden hier nur wenige Emotionen, nämlich diejenigen, die sich im Verlauf der vorangegangenen Argumentation dieser Arbeit als besonders relevant erwiesen hatten. Dabei wurde deutlich, wie es zu einer Chronifizierung von unlustbetonten Emotionen und zum übermäßig häufigen Auftreten von Angst, Ärger, Kummer, Selbstwertbeeinträchtigungen und depressiven Reaktionen kommen kann. Auch zeigte sich, wie wenig selbstverständlich Entwicklungsbedingungen sind, die der psychischen Gesundheit und dem Erleben von Freude, Glück und Zufriedenheit förderlich sind.

⁸⁸ In diesem Zusammenhang betont Kruse, dass „die Wege von belastenden Lebensereignissen zu späteren Symptombildern nicht eindeutig sind, ebensowenig, wie bestimmte Symptome monokausal auf gleiche Ursachen zurückzuführen sind“ (Kruse, 1991, S. 273). Auch genüge es für die Beschreibung kritischer Entwicklungseinflüsse nicht, nur die einzelnen Emotionen zu betrachten. Für ein differenziertes Verständnis der Neurosenentstehung müssen auch die Überschneidungen zwischen den verschiedenen Emotionen (vgl. ebd., S. 161 f.) und die übergreifenden Entwicklungsthemen der emotionalen und psychopathologischen Entwicklung berücksichtigt werden (vgl. ders., 1995, S.151 ff.; vgl. a. ders., 1991, Teil III). Darüber hinaus darf eine Theorie der Neurosenentwicklung nicht nur die Kindheitserfahrungen berücksichtigen. Sie muss „einem biographischen Ansatz folgen, der den ganzen Lebenslauf in die Analyse einbezieht“ (ders., 1991, S. 90).

Im Mittelpunkt der Betrachtung standen die Belastungen der Kindheit, insbesondere auch der frühen Kindheit. Diese sind zwar für die Entstehung von neurotischen Störungen⁸⁹ von besonderer Bedeutung. Zugleich wäre es aber problematisch, nun automatisch von „einer schicksalhaften Bedeutung früher Entwicklungseinflüsse“ (Kruse, 1991, S. 88) auszugehen. Gegenüber den Verletzbarkeiten der frühen Lebensphase und gegenüber den daraus resultierenden Risikofaktoren für psychische Störungen (vgl. Häfner u.a., 2001a) betont die neuere Forschung auch die Möglichkeiten der Einflussnahme, die schon Kleinkinder haben (vgl. Dornes, 1999), deren Coping-Potenzen im Umgang mit Stressoren (vgl. Murphy u. Moriarty, 1976), sowie eine ganze Reihe psychosozialer Schutzfaktoren, die als empirisch gut gesichert gelten (vgl. zusammenfassend: Häfner u.a., 2001 b; vgl. a. Kruse, 1991, S. 89 ff.; Hurrelmann, 2000, S. 48 ff.)⁹⁰. Darüber hinaus ist es auch ein zentrales Thema psychotherapeutischer Arbeit, wie seelische Verletzung und Schwierigkeiten in der Kindheit im späteren Leben in inneren Reichtum und Sinngebung verwandelt werden können (vgl. Young-Eisendrath, 1996; vgl. a. Kap. 6). Vor diesem Hintergrund sind für die Frage, was von den emotionalen Belastungen aus dem Kindesalter in den Strukturen der erwachsenen Persönlichkeit erhalten bleibt, „differenzierte Kausalstrukturen“ (Kruse, 1991, S. 91) zu berücksichtigen sowie komplexe „Wechselwirkungen, die sich aus der intrapsychischen wie der sozialen Dynamik und aus aktuellen wie genetischen Faktoren ergeben“ (ebd.).

Legt man allerdings die Befunde der modernen Hirnforschung zugrunde, wie sie von Roth (2001), einem Verhaltensphysiologen der Universität Bremen, als Grundlage für ein neuro- und kognitionswissenschaftlich begründetes Menschenbild umrissen werden, dann ist die Persönlichkeit in späterer Jugend und im Erwachsenenalter nur noch veränderbar, wenn Menschen „ganz starke emotionale Erlebnisse (haben)“ (Roth im Gespräch mit Geuter, in: Geuter, 2002, S. 49). Weil das „limbische Erfahrungsgedächtnis“ (Roth, 2001, S. 373), welches „das emotionale Fundament all unseres Handelns“ (ebd.) bildet, bereits „in den ersten drei bis fünf Lebensjahren weitgehend dasjenige fest(legt), was man Charakter oder Persönlichkeit nennt“ (ebd.), können Menschen sich in späteren Lebensjahren nur noch verändern, „wenn sie sich emotional erschüttern lassen, wenn sie in einen emotionalen Aufruhr versetzt werden“ (Roth im Gespräch mit Geuter, in: Geuter, 2002, S. 49; vgl. a. Roth, 2001, S. 452).

Dieser Aspekt wird im sechsten Kapitel wieder aufgegriffen, wenn es darum geht herauszuarbeiten, wie problematische Emotionalität zu beeinflussen und zu verändern ist. Hier stellt sich zunächst noch die Frage, wie sich Stress und psychische Verletzungen auf die Organisation und das Funktionieren der Emotionen auswirken. Dabei stehen – nachdem im letzten Abschnitt einige Inhalte und Themen solcher Störungen deutlich wurden – jetzt die allgemeinen Folgen, die eine psychische Störung für die emotionale Entwicklung mit sich bringen kann, im Vordergrund.

⁸⁹ Deren Abgrenzung zu Psychosen und Persönlichkeitsstörungen muss laut Kruse „weiterer Arbeit vorbehalten bleiben“ (Kruse, 1991, S. 274). Auch hier kann dieser Aspekt nur soweit berücksichtigt werden, wie es zum Verständnis der Thematik, beispielsweise der Persönlichkeit des Süchtigen, notwendig ist (vgl. 5.1.2.2.).

⁹⁰ Eine Verbindung zur Gesundheitsforschung stellt beispielsweise der Begriff „Resilienz“ her. Unter diesem Stichwort wird erforscht, wie es unter schwierigen Umständen dennoch zur Ausbildung von Schutzfaktoren und zur flexiblen Auseinandersetzung mit Belastungen kommen kann (vgl. Bender u. Lösel, 1998; vgl. a. Rutter, 1987).

Auswirkungen von Stress auf die Emotionen und deren einzelne Komponenten

Nach Kruse lassen sich mögliche Auswirkungen von pathogenem, „neurotisierendem“ Stress auf die Emotionalität folgendermaßen charakterisieren: Ein Mensch kann eine **übermäßige Sensibilisierung** in Bezug auf eine Emotion entwickeln. „Sehr häufig anzutreffen ist eine gesteigerte Selbstwertempfindlichkeit, wenn Menschen schon bei geringster Kritik, bei allem was nicht ganz optimal läuft oder bei jeder anscheinenden Zurückweisung gekränkt oder verletzt sind“ (Kruse, 1985, S. 83). Es kann eine **Fixierung** kindlicher Emotionsmuster erfolgen, d.h. dass ein Teil des Emotionssystems in den Formen stehenbleibt, die zur Zeit des kritischen Ereignisses vorherrschten. Beispielsweise können emotionale Reaktionen, die aus früheren Entwicklungsstadien stammen, irrational und unerwachsen erscheinen (vgl. Kruse, 1995, S. 148; vgl. a. 1991, S. 84 f.). Zurückliegende Stressereignisse können auch eine **Daueraktivierung** von Emotionen bewirken mit der Folge, dass diese „als Stimmung ständig im Bewusstsein präsent“ sind (Kruse, 1991, S. 85). So gibt es ängstliche, schuldbeladene, aggressive Grundstimmungen sowie dauerhafte Traurigkeits- und Verlassenheitsgefühle, die „phasenhaft auftreten oder permanent, sozusagen als emotionales Dauersignal wirksam sein (können)“ (ebd.). Stressfolgen können auch in einer **Störung der Intensitätsregulation** bestehen, so dass „die sonst ausbalancierten und mit kognitiven Prozessen wohlabgestimmten Dosierungen“ (ebd., S. 86) in der Intensitätsregulation von Emotionen nicht gelingen und es zu überschießenden und abrupten emotionalen Reaktionen kommen kann (vgl. ebd.). Häufig anzutreffen sind schließlich auch **Blockaden der Emotionalität**, die im Allgemeinen unter den Begriffen Abwehr, Verleugnung oder Verdrängung beschrieben werden. Blockierte Emotionen können „dazu führen, dass die Emotionalität einer Person in ihren expressiven oder subjektiven Komponenten insgesamt eingeschränkt wird, womit auch ihre Selbstwahrnehmung und handlungsorientierende Wirkung partiell blockiert wird“ (ebd.). Es scheint dann so, als könne die Person „einzelne Emotionen nicht spüren“ (Kruse, 1995, S. 149). Die Emotion ist zwar existent, aber durch Abwehrprozesse „unspürbar“ oder „unadressierbar“ geworden (ebd.). (Zu weiteren Auswirkungen vgl.: Kruse, 1985, S. 82 ff.; ders., 1991, S. 84 ff.; ders., 1995, S. 147 ff.; vgl. zum Problem der Abwehrmechanismen a. die Fußnote 118 hinten)

Neurotische Symptome können auch aus den verschiedenen Emotionskomponenten hervorgehen bzw. an diese gebunden sein und stellen dann „in gewisser Weise ... auch Verselbständigungen eigener Art (dar)“ (Kruse, 1985, S. 84). **Vegetativ** können sich neurotische Störungen in vielfältigen psychosomatischen Erscheinungen und Symptomen ausdrücken. **Motorisch** können sie sich auf den Muskeltonus, die Körperhaltung und die Bewegungsabläufe auswirken, so dass es zu Verspannungen, Verkrampfungen und motorischen Hemmungen kommt. **Mimisch** können sich Probleme vor allem im Emotionsausdruck zeigen. Dessen „Natürlichkeit“ und Ungezwungenheit kann bei neurotischen Störungen verloren gehen, so dass es zu Kommunikationsproblemen v.a. auch im nonverbalen Bereich kommt (vgl. ebd., S. 85). **Kognitiv** können sich neurotische Symptome als „Grübeln, Zwangsgedanken, Selbstverbalisierungen, Fehlattri-buierungen, Phantasien, Rationalisierungen“ (ebd., S. 84) zeigen. **Subjektiv** drücken sich neurotische Erfahrungen vor allem im Erleben „von Leidensdruck, von Unlust und Schmerz“ aus (ebd., S. 85).

Im Zusammenhang mit der Darstellung der vegetativen und der motorischen Komponente betont Kruse, dass ohne Berücksichtigung der Emotionen als „wichtigste Nahtstelle zwischen Psychischem und Somatischem ... die Probleme der Psychosomatik nicht gelöst werden (kön-

nen“ (ebd., S. 85). Wegen seiner besonderen Bedeutung für das vorliegende Thema soll dieser Aspekt daher noch etwas eingehender betrachtet werden.

Psychosomatische Erkrankung als Verselbständigung der körperlichen Komponente

Die intensive Auseinandersetzung mit den direkten körperlichen Auswirkungen der Emotionen, die im 2. Kapitel erfolgte, hatte schon deutlich gemacht, dass eine emotionale Erregung ohne vegetative bzw. physiologische Entsprechung nach dem vorliegenden Erkenntnisstand – zumindest für die meisten der hier diskutierten Emotionen – kaum mehr denkbar ist. Auf dieser Grundannahme basieren letztlich auch die verschiedenen psychosomatischen Theorien, die sich vor allem in der Vorstellung, wie sich Psychisches in Somatisches umsetzt, unterscheiden. Aus dem breiten Spektrum dieser Theorien, zu denen auf der einen Seite verschiedene Konzepte im Rahmen psychoanalytischer Theorien und auf der anderen Seite Lerntheorien, psychophysiologische Theorien und Stressmodelle gehören (vgl. für einen knappen Überblick: Köhler, 1995; ausführlich: von Uexkuell u.a., 1990), sollen hier einige „allgemeinste Annahmen“ (Mitscherlich, S. 30) herausgegriffen werden, die Alexander Mitscherlich zum Zusammenhang von Seelischem und Körperlichem formuliert hat.

In den „Studien zur psychosomatischen Medizin“ (1974) beschreibt Mitscherlich sehr eindrücklich die wechselseitige Beeinflussung psychischer und organischer Prozesse als ein „psychosomatische(s) Simultangeschehen, ... in dem es keine seelische Erregung gibt, die nicht zu gleicher Zeit Körpererregung wäre“ (Mitscherlich, S. 15), ein Grundgedanke, der mit den Befunden der neueren Emotions- und Stressforschung ja sehr gut zu belegen ist. Ebenso – im Sinne dieser Forschung nur folgerichtig – besteht die Gefahr psychosomatischer Störungen dann, wenn sich seelische Erregung nicht auch im Ausdrucksverhalten zeigen darf und affektive Spannung lange Zeit nicht über bewusste Konfliktbearbeitung und dementsprechendes Handeln entlastet werden kann.

Mitscherlich stellt die allgemeinen Grundzüge dieses Prozesses folgendermaßen dar: Während unter günstigen Bedingungen das Zusammenspiel der Organe zur Gleichgewichtslage, zur Homöostase tendiert, „(erzwingt) die zielgehemmte Erregung ... einen Daueralarm vegetativer Leistungen“ (ebd., S. 31), der dazu führt, dass „das bewegliche Spiel der Regulation nach(gibt)“ (ebd., S. 117) und die „Mittellage des Wohlbefindens verlassen (wird), und zwar nicht nur für die Dauer einer Gefühlsschwankung, sondern für einen längeren Zeitabschnitt, vielleicht definitiv“ (ebd., S. 116). Die nicht abklingende psychische Erregung ruft schließlich „den Übergang in die pathologische Reaktion“ (ebd., S. 57) hervor und findet ihren stellvertretenden Ausdruck in „Ersatzvorgängen“ (ebd., S. 102) und Körpersymptomen.

Vor diesem Hintergrund ist für Mitscherlich eindeutig „die erregende Erfahrung, die dem Subjekt widerfährt und der es sich nicht gewachsen zeigt, die leitende Krankheitsmotivation“ (ebd., S. 56), „und nicht eine biochemisch anonyme Fehlschaltung im erbgenetisch programmierten Krankheitsverlauf“ (ebd.). Dem kann nur entgegengewirkt werden, wenn es gelingt, „gefühlshaft Motiviertes in der Ebene der Reflexion des Ich aufzufangen und, von ihm bejaht zu verwirklichen“ (ebd., S. 115 f.); einen Konflikt, eine Neigung, eine Angst bewusst zu erfahren und einzugestehen; Dinge, denen man ausweicht, ins Bewusstsein zu holen und bei klaren Sinnen zu entscheiden etc. und dadurch die Erregungsspannung zum Abklingen zu bringen (vgl. ebd., S. 114 ff.).

Eine solche bewusste Erlebnisverarbeitung, die notwendig ist, damit Erregungsspannung immer wieder abklingen kann, stößt aber aus verschiedenen Gründen an ihre Grenzen. Im Allgemeinen haben selbst Menschen, die normalerweise zum spontanen Gefühlsausdruck fähig sind, Schwierigkeiten, ihre Gefühle auch in Frustrationen und Notlagen zu äußern. Für Menschen mit einer Neigung zu psychosomatischen Erkrankungen wird zudem angenommen, dass sie besondere Schwierigkeiten haben, Gefühle zutreffend zu beschreiben. Zum Beispiel vermutet man, dass sie „oft weniger Spielraum für Äußerungen negativer Affekte, aber auch reifer Liebesaffekte (haben)“ (Wilke u. Hautzinger, S. 446) als psychisch Gesunde.⁹¹ Schließlich ist zu beachten, dass eine bewusste Erlebnisverarbeitung auch an die Grenzen der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit eines Menschen stößt (vgl. Mitscherlich, S. 72 f.) und dass es in unserer Kultur vielfach positiv bewertet wird, wenig Gefühle zu zeigen und sich auf glatte, oberflächliche Kontakte zu beschränken (vgl. Kholmogorova u. Garanjan, 2001).

Vor diesem Hintergrund ist umstritten, ob die „Alexithymie“ – die Unfähigkeit, Gefühle zu äußern – tatsächlich als Spezifikum bestimmter Krankheits- oder Patientengruppen betrachtet werden kann (vgl. Franz u.a., 1999; vgl. für einen Überblick: Krause, 1990, S. 654 ff.)⁹². Da die Menschen der modernen Gesellschaft im Allgemeinen nur selten in der leib-seelischen Einheit zu Hause sind, stellen „Seelenblindheit“ (Wilke u. Hautzinger, 2000, S. 445), Entfremdung vom eigenen Körper und eingeschränkte Affektwahrnehmung viel mehr die Regel als die Ausnahme dar und sind kaum auf psychisch oder psychosomatisch erkrankte Menschen zu begrenzende Phänomene. Wer erfährt schon das sogenannten Seelische, die Stimmungen und Gefühle wirklich bewusst im eigenen Leibe? Naturwissenschaftliches Körperverständnis und eine vorwiegend biologisch-somatisch ausgerichtete Medizin haben dazu beigetragen, dass der Körper für viele Menschen nur noch das entfremdete Körperding ist, in dem sie sich nicht mehr auskennen, die Maschine, die – undurchschaut – einfach nur funktionieren soll. Ein Mensch aber, der sich in leiblichen Regungen seines eigenen Körpers nicht mehr zurechtfindet, kann genau genommen auch kaum etwas über seine Seele und deren Bedürfnisse und Nöte wissen (vgl. Böhme, 1985).

Nicht zuletzt muss die Möglichkeit zur bewussten Erlebnisverarbeitung auch im Kontext einer Gesellschaft gesehen werden, die wichtige Möglichkeiten der Emotionsäußerung verbaut und

⁹¹ So sollen Menschen mit einer Neigung zu psychosomatischen Erkrankungen „u.a. deshalb zu körperlichen Reaktionen (neigen), weil sie sich nur unzureichend aus ihren körperlichen Erinnerungsspuren gelöst haben, sie nicht zu psychischen, symbolisch und sprachlich ausgeformten Repräsentanzen entwickeln konnten“ (Wilke u. Hautzinger, 2000, S. 446) und ihre Affekte deshalb „stark an Körperreaktionen gebunden (bleiben)“ (ebd.).

⁹² Hier soll der Hinweis auf eine Darstellung von Krause (1990, S. 654 ff.) genügen, der verschiedene ‚Formen‘ der Alexithymie beleuchtet. Seine Erklärungen sind auch deshalb interessant, weil sie sich auf die verschiedenen Emotionskomponenten und diesbezügliche Defizite beziehen. Erwähnenswert ist darüber hinaus auch eine – in der Zeitschrift „Der Spiegel“ dargestellte – Theorie des Hirnforschers Damasio, die einen hilfreichen Erklärungsansatz zum Verständnis der Alexithymie bietet. Demnach können alexithyme (gefühlarme) Menschen ihre körperliche Impulse möglicherweise deshalb nicht in Gefühle übersetzen, weil die emotionale Verarbeitung in einem sehr frühen Stadium abgeblockt wird. Wie an speziellen Tomographie-Aufnahmen deutlich wird, wird bei ihnen in emotionalen Situationen eine Region im Stirnlappen aktiv, die vermutlich den Ablauf der Gefühlsbildung blockiert und verhindert, dass die Informationen aus dem Körper bis ins limbische System gelangen und zu bewussten Gefühlsinformationen werden können (vgl. zum Ablauf dieses Reaktionsprozesses auch die Fußnote 57 zur „Gefühlstheorie“ Damasio). Man vermutet, dass die Gefühlsblindheit eine Art Schutzpanzer darstellt, der den Betroffenen vor der Konfrontation mit schlechten Erfahrungen in der Kindheit oder in traumatischen Situationen schützt, wobei allerdings auch genetische Faktoren nicht ausgeschlossen werden (vgl. Hackenbroch, 2003).

es dem Einzelnen in vieler Hinsicht schwer macht, seine Emotionen zu leben (vgl. Mitscherlich, S. 122 f.). Dabei sind sowohl all die Verhaltensformen der Gesellschaft in Erwägung zu ziehen, die den Einzelnen zu sehr sich selber überlassen, als auch solche, die zur Unterdrückung von Gefühlsregungen führen und „den affektiven Spannungen keine ausreichenden ... Entspannungsmöglichkeiten gewähr(en)“ (ebd., S. 30). Auch diese Beschränkungen und Grenzen gilt es zu berücksichtigen, wenn es darum geht, dem Menschen „einen gelungeneren Umgang ... mit sich und seiner Welt“ (ebd., S. 34) zu vermitteln und mit ihm Möglichkeiten und Wege gelingender Erregungssteuerung und Erlebnisverarbeitung zu entdecken.

4.4 Fazit

Im vorliegenden Teil wurde untersucht, unter welchen Bedingungen es zu chronisch unlustbetontem emotionalem Erleben und zu übermäßig gehäuftem Auftreten von Angst, Ärger, Kummer und depressiven Reaktionen kommen kann, solchen Emotionen bzw. emotionalen Reaktionen also, die ja nach dem Fazit der bisherigen Kapitel als wesentliche gesundheitsschädigende Wirkfaktoren angesehen werden müssen. Auf der anderen Seite wurde auch die positive Emotion Freude thematisiert, die im Emotionshaushalt für psychische Gesundheit steht. Im Verlauf dieser Auseinandersetzung wurde deutlich, dass die für die Fähigkeit zum Erleben von Freude, Glück und Zufriedenheit förderlichen Entwicklungsbedingungen keineswegs selbstverständlich zu erwarten sind. Die emotionalen Entwicklungsprozesse sind sehr anfällig und die Störungsmöglichkeiten im Lebensverlauf sehr vielfältig, so dass es nur zu leicht zur Herausbildung chronisch unlustbetonter Hintergrundemotionen kommen kann.

Die Darstellung beruhte im weit überwiegenden Teil auf den Arbeiten des Psychologen Kruse. Ihm ist es zu verdanken, eine Entwicklungstheorie der Emotionen und ihrer Psychopathologie vorgelegt zu haben, die krank machende, neurotische Entwicklungen vom Stressbegriff ausgehend erklärt und aufzeigt, unter welchen Bedingungen Stresszustände die emotionale Entwicklung stören und zu psychischer Beeinträchtigung führen können. Verfolgt man nun mit Kruse die Entwicklung der einzelnen Emotionen (Angst, Ärger, Kummer, Selbstwertgefühl, Freude etc.), dann wird anhand einer Vielzahl von empirischen Befunden deutlich, wie nahe normale und pathologische Emotionsentwicklung beieinander liegen und wie sehr es oft die ganz normalen, regelmäßig auftretenden und vielen von uns in der einen oder anderen Weise bekannten Entwicklungsereignisse sind, die zu Beschädigungen der Psyche und zur Herausbildung neurotischer Gefühls- und Erlebensmuster führen können.⁹³ In diesem Zusammenhang wurde auch sichtbar, dass Neurosen nichts Unheimliches und Mysteriöses sind, sondern häufig vorkommende und verbreitete Beeinträchtigungen und Verletzungen der Psyche, denen wir ebenso unsere Aufmerksamkeit schenken sollten, wie wir es gegenüber körperlichen Krankhei-

⁹³ Hier ist anzumerken, dass Emotionen wie das Schamgefühl, das Schuldgefühl oder der Ekel noch gar nicht berücksichtigt oder nur am Rande gestreift wurden, weil eine Eingrenzung auf die in der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion besonders relevanten Emotionen vorgenommen wurde. Wenn man aber nur einmal an das in seiner Größenordnung kaum zu objektivierende Inzestphänomen denkt und berücksichtigt, dass die Übertretung von Scham- und Intimitätsgrenzen eine Ursache für die Entstehung vieler psychischer Störungen darstellt, die nicht nur das sexuelle Erleben und die Nähe-Distanz-Regulation beeinflussen, sondern auch auf andere Emotionen wie das Selbstwertgefühl einwirken, dann wird deutlich, dass im vorliegenden Kapitel nur einige – wenn auch bedeutsame – Themen möglicher psychischer Störungen angesprochen wurden (vgl. Kruse, 1985, S. 61 ff.; ders., 1991, S. 144 ff. u. S. 209 ff.).

ten und Verwundungen zu tun gewöhnt sind. In diesem Sinne bietet die Theorie von Kruse – zumindest in ihren Grundzügen – eine auch für den Laien sehr verständliche und nachvollziehbare Betrachtung der normalen und der neurotischen Entwicklung, in deren Rahmen „die Emotionen gewissermaßen Konstanten dar(stellen), um die sich die unendliche Variation psychologisch relevanter Sachverhalte wie Schuld, Selbstwert, Neugier, Nähe, Verlassenheit, Bindung, Überraschung u.s.w. dreht“ (Kruse, 1991, S. 272).

Dabei wird durch die von Kruse vorgeschlagene Art der Betrachtung nicht nur sehr überzeugend aufgezeigt, von welcher zentraler Bedeutung emotionales Lernen für die Erfahrungsbildung eines Menschen ist. Es wird auch deutlich, wie die Resultate früherer emotionaler Lebenserfahrungen als belastende Gefühls- und Erlebensmuster in Konkurrenz zu gesellschaftlich geforderten erwachsenen Gefühlsmustern treten und die aktuelle Lebensbewältigung beeinflussen können (vgl. Kruse, 1991, S. 272). Zugleich liegt mit der von Kruse vorgelegten Entwicklungstheorie der Emotionen und ihrer Psychopathologie aber auch ein stresstheoretisch begründeter Erklärungsansatz vor, der geeignet erscheint, das transaktionale Stressmodell um die Perspektive der Emotionsentwicklung zu erweitern.⁹⁴ Die Theorie ermöglicht es nicht nur, zu verstehen, wie eng die Ausbildung personspezifischer Bewertungs- und Bewältigungsmuster mit der emotionalen Geschichte eines Menschen verknüpft ist. Es wird auch vorstellbar, wie sehr unbewusste emotionale Erinnerungen das bewusste Erleben eines Menschen durchwirken und als innere Stressoren seine Stimmungen und sein Erleben beeinflussen können (vgl. hier 2.5.3).

Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang die Folgen einer neurotischen Entwicklung für die subjektive Weltsicht eines Menschen. Diese ist laut Kruse vor allem dadurch gekennzeichnet, dass die durch eine spezifische Geschichte geprägten Emotionen „dem Neurotiker ständig falsche Informationen über sich selbst und seine Umwelt geben“ (Kruse, 1985, S. 86) und somit „die Wahrnehmung der Wirklichkeit stark beeinträchtigen“ (ebd., S. 89). Für einen neurotischen Menschen ist es schwierig, „den Unterschied zwischen realen Eigenschaften eines Objekts und deren emotionale(n) Bewertungen zu erkennen“ (ebd., S. 89), was dazu führt, dass dieser „mehr mit den eigenen Emotionen als mit den Eigenschaften seiner wirklichen Umwelt beschäftigt“ ist (ebd.). „Ungemäße Schuldgefühle lassen ihm die Umwelt streng und fordernd erscheinen. Angst läßt sie ihm bedrohlich erscheinen. Ärger und Wut suggerieren ihm laufend Behauptungssituationen, das Selbstwertgefühl kommentiert das Leben nur in Kategorien von Leistung und sozialer Anerkennung, usw.“ (ebd.). Solche emotionalen Fehlbewertungen, die als ein wesentliches Kennzeichen aller Arten von neurotischen Störungen gelten können (vgl. ebd., S. 86), sind „meist so stabil und gewohnheitsmäßig verfestigt, dass es dem Neurotiker nur langsam in seinem Leben gelingt, durch diesen ‚emotionalen Schleier‘, der sich zwischen ihm und seine Welt schiebt, hindurchzusehen“ (ebd., S. 86).

Eine Neurose stellt nun keineswegs den seltenen Einzelfall, „etwas außerhalb des Alltäglichen Liegendes, Pathologisches, ... Fremdes und Fernes“ dar (Mentzos, 1999, S. 14). Wie verbreitet psychische Störungen tatsächlich sind, das machten ja die Zahlen, die im ersten Kapitel vorgelegt wurden, bereits eindrucksvoll deutlich. Vor diesem Hintergrund erscheint der Titel des Buches der Psychoanalytikerin Karen Horney „Der neurotische Mensch unserer Zeit“

⁹⁴ Wenn eine solche Erweiterung im Rahmen der zusammenfassenden Schlussfolgerungen in Kapitel 7 vorgenommen wird, dann sollte allerdings das Anliegen von Lazarus u. Launier, die Umwelt- und Personfaktoren gleichermaßen im Auge zu behalten, möglichst konsequent beachtet werden (vgl. Lazarus u. Launier, S. 222 ff.)

(1951) aktueller denn je. Damit gibt sie ihrer Überzeugung Ausdruck, daß die „Schwierigkeiten unserer Kultur für unsere psychischen Konflikte verantwortlich sind“ und „die Mehrzahl der Menschen innerhalb derselben Kultur denselben Problemen gegenübersteht“ (ebd., S. 23). Ihrer Ansicht nach unterscheiden sich die Probleme neurotischer Menschen oft genug nur quantitativ von denen der normalen Menschen (vgl. ebd.). Streng genommen gibt es daher wie es der Gestalttherapeut De Roeck so schön ausgedrückt hat, eigentlich nur „zwei Arten Neurotiker: erstens die Teilzeitler und zweitens die Vollzeitler,erstens die finanziell Starken und zweitens die finanziell Schwachen, ... erstens die Bezahlenden und zweitens diejenigen, die bezahlt werden“ (De Roeck, S. 14). In die gleiche Richtung weisen auch einige Bemerkungen des Psychoanalytikers Mentzos, die deutlich machen, wie normal das sogenannte „Pathologische“ eigentlich ist (vgl. Mentzos, 1999, S. 14 f.).⁹⁵ Wer sich der Aufgabe einer Klärung seiner inneren Realität einmal gestellt hat, weiß, dass unter den Bedingungen unserer Gesellschaft kaum jemand ganz ohne seelische Beschädigung „davon gekommen“ sein kann.

In diesem Zusammenhang ist es nützlich, sich zu vergegenwärtigen, dass Begriffe nicht die Wirklichkeit sind und zwar einerseits zur Klärung von Konzepten, zur Theoriebildung etc. nützlich und unabdingbar sind, andererseits aber auch zu einer distanzierten Betrachtungsweise verleiten können. Hinter den sogenannten neurotischen Erlebnis- und Verhaltensmustern verbergen sich schmerzhaft erlebte Lebenserfahrungen, subjektives Leid, das abgewehrt und verdrängt werden musste, so dass die Ursprungsgeschichte dem Bewusstsein mehr oder weniger entzogen ist, dennoch aber auf verschiedenen Ebenen weiterwirkt. Vor diesem Hintergrund kann eine Neurose auch als eine Form der „Selbstentfremdung“ (Kovel, S. 61) beschrieben werden, bei der dem Betroffenen die zugrunde liegenden Motive seines Verhaltens nicht mehr oder nur sehr verschleiert zugänglich sind.⁹⁶

Die Frage ist nun, ob nur eine Psychotherapie es einem Menschen ermöglichen kann, „unge-
trübt von fehlbewertenden Emotionen, die Welt in ihren wirklichen Bedingungen wahrzunehmen“ (Kruse, 1985, S. 89), oder ob es auch andere Wege gibt, die den Menschen eine Erweiterung ihres Selbstverständnisses und ihrer Kenntnis der inneren Realität erlauben (vgl. Mitscherlich, S. 34). Wenn Mitscherlich eine Aufgabe der Psychosomatik darin sieht, „Fehlformen der Erregungssteuerung ... durch gelungenere Verhaltensweisen, einen gelungenen Umgang des Menschen mit sich selbst und seiner Welt, zu ersetzen“ (ebd.), dann meine ich, dass sich mit dieser Aussage auch ein Raum für pädagogische oder gesundheitsförderliche Alternativen eröffnet. Dies gilt umso mehr, als das Herstellen einer relativen Gleichgewichtslage zwischen der explosiven Vergrößerung unseres Weltverständnisses und dem Verständnis unseres Selbst (vgl. ebd.) nicht nur aus psychotherapeutischen Gründen wünschenswert erscheint (vgl. Richter, 1998).⁹⁷

⁹⁵ Mentzos spricht davon, wie „wir unsere Lehranalyse nur zu ‚Ausbildungszwecken‘ in der Überzeugung begannen ‚etwas wesentlich Neurotisches liegt wohl bei mir nicht vor‘. Später trauten wir unseren Augen nicht“ (Mentzos, 1999, S. 14 f.). Das Neurotische offenbart sich „gerade dort, wo man es nicht vermutet, und zwar sowohl bei sich selber als auch bei den anderen“ (ebd.).

⁹⁶ Ein typisches Beispiel ist die überstarke Betonung von Autonomie und Unabhängigkeit, während gleichzeitig Wünsche und Bedürfnisse nach Nähe und Geborgenheit „zwanghaft“ verleugnet werden müssen, weil die damit verbundene Abhängigkeit zu gefährlich erscheint (vgl. Horney, 1974, S. 143 ff.; vgl. zu weiteren grundlegenden Themen und Konflikten: Horney, 1974, S. 40 ff.; vgl. a. Riemann, 1982)

⁹⁷ Wie groß das Interesse der Menschen an diesen Fragestellungen ist, zeigt sich alleine schon an der Vielzahl von Selbsthilferatgebern und Informationsangeboten, die sich auf die Themen beziehen, die im vorangehen-

Wie allerdings solche Alternativen aussehen und wie belastende Emotionen in gesundheitsförderlicher Weise beeinflusst werden können, diese Frage muss hier noch zurückgestellt werden. Zunächst wird im folgenden Kapitel untersucht, wie Menschen ihre unlustbetonten Emotionen bewältigen. Dabei wird nicht nur eine ungewohnte Perspektive auf das Gesundheitsverhalten eingenommen, indem nämlich deutlich wird, dass es sich dabei häufig um Strategien handelt, mit deren Hilfe sich Menschen ihres seelischen Leids und ihrer unlustvollen Gefühle erwehren. Es wird sich auch zeigen, dass die Notwendigkeit zur Auseinandersetzung mit der eigenen inneren Realität nicht nur die „kranken“ Patienten betrifft, sondern auch die hilflosen Helfer.

den Kapitel angesprochen wurden – vgl. beispielsweise zum Thema Angst: Peurifoy (1993); Schröder (2000); zum Thema Ärger: Thal (2000); zum Thema Depression: BMBF (1999), Niklewski, Rieke-Niklewski (1998); zum Thema Selbstwert: Butler (2002), Branden (2003); zum Thema Freude: Baur u. Schmid-Bode (2003), Kast (1991).

5 Die „ausweichende“ Bewältigung unlustbetonter Emotionen

5.1 Sucht und Abhängigkeit als verbreitete Strategien zur Regulierung von unlustbetonten Gefühlen

Wenn im vorangegangenen Kapitel einige Entwicklungshintergründe von unlustvollen Gefühlen wie Angst, Ärger, Kummer, Traurigkeit, Niedergeschlagenheit und negativem Selbstwert im Überblick dargestellt wurden, geschah dies zunächst in der Absicht, die mögliche Entstehung solcher chronisch wirksamen Emotionen auszuleuchten, die vermittelt über langfristige physiologische Fehlregulierungen die Gesundheit beeinträchtigen können. Es sollte zugleich aber auch das Verständnis für die Entstehung seelischen Leids geweckt und eine Grundlage für das weitere Nachdenken über mögliche Ansätze zur Veränderung unlustbetonter Emotionen geschaffen werden. In diesem Kapitel geht es nun in einem weiteren Schritt darum, auch das riskante Gesundheitsverhalten in die Überlegungen einzubeziehen und aus einer emotionsbezogenen Perspektive zu betrachten. Dabei wird in Anbetracht der zuvor bereits rekonstruierten Zusammenhänge vermutet, dass es sich beim riskanten Gesundheitsverhalten häufig um Strategien handelt, mithilfe derer sich Menschen ihres seelischen Leids und ihrer unlustvollen Gefühle erwehren.

In der Gesundheitserziehung herrschte bisher die Grundannahme vor, dass gesundheitliches Risikoverhalten im Wesentlichen durch Informationsvermittlung zu beeinflussen sei (vgl. Kerkau, S. 25). Ebenso wurden schädliche Gesundheitsverhaltensweisen, wie das Rauchen, in der Gesundheitspsychologie primär im Rahmen kognitiver Modelle diskutiert (vgl. Schwarzer, 1996; 1997). Zugleich ist aber unbestritten, dass nicht nur das Rauchen sowie der Konsum von Alkohol und anderen Drogen, sondern auch das Essverhalten eine wichtige Funktion für die Regulation und Bewältigung von Entfremdungs- und Unlustgefühlen haben können (vgl. Fuchs u. Schwarzer, 1997; Pudiel, 1997). Auch ist es offensichtlich, dass es sich dabei sehr häufig um Verhaltensmuster handelt, die außerordentlich hartnäckig und durch kognitive Beeinflussung alleine kaum zu verändern sind. Vor diesem Hintergrund liegt es nahe, solche Verhaltensmuster konsequenter als sonst unter einer suchtbezogenen Fragestellung zu problematisieren und dabei die Emotionalität als die „zentrale psychische Transformationsstelle des Geschehens“ zu betrachten (Schröder, S. 146). Aus dieser Perspektive wären dann nicht nur riskanter Drogen-, Nikotin- und Alkoholkonsum, sondern möglicherweise auch problematisches Essverhalten und andere gesundheitlich riskante Verhaltensweisen, die in der gesundheitspsychologischen Diskussion bisher nicht erfasst werden (z.B. der Workaholismus), als abhängiges und süchtiges Verhalten aufzufassen.

Bei einer solchen Herangehensweise dürfen „Abhängigkeit“ bzw. „Sucht“ allerdings nicht bzw. nicht nur als Krankheitskonzept begriffen werden. Beide Phänomene sind vielmehr zu verstehen als beinahe epidemisch verbreitete Strategien zur Regulierung und Bewältigung von Stress und unlustbetonten Gefühlen, die den Menschen im grauen Alltag der Normalität und angesichts der Zwänge und Belastungen ihres Lebens kleine Fluchten ermöglichen (vgl. Franzkowiak, 1986). Dem liegen Überlegungen aus der Bewältigungsforschung (vgl. Kap. 2.4.2 und 6.4.2) zugrunde, dass je nach Situationskontext beinahe beliebig viele Verhaltensweisen, unter ande-

rem eben auch die Nutzung verschiedener Suchtmittel, als Strategien zur Bewältigung von Stress dienen können. In diesem Zusammenhang wird Sucht als mangelnde Kompetenz im Umgang mit inter- oder intrapersonellen Problemen (vgl. Monti, zit. n. Kufner, S. 100) bzw. als eine Form des Ausweichens vor Konflikten und Problemen betrachtet (vgl. Schulz, S. 582 f.; vgl. a. Gross, S. 266f), bei der es wesentlich um Dämpfen, Nicht-Wahrnehmen, Ignorieren und Kontrollieren von negativ erlebten Gefühlen geht (vgl. Franke u.a., 2001, S. 50).

Da als bestätigt angesehen werden kann, dass zwischen erhöhtem missbräuchlichem Konsum von Suchtmitteln und mangelnder Bewältigungskompetenz ein Zusammenhang besteht (vgl. Franke u.a., 2001), stellt sich die Frage, welche Defizite es sind, die Menschen zu süchtigem Verhalten motivieren bzw. welche Kompetenzen gegeben sein müssen, damit erfolgreiche Bewältigung gelingen kann. Um dies herauszufinden und um die Hintergründe riskanten Gesundheitsverhaltens besser zu verstehen, sollen im nun folgenden Teil verschiedene theoretische Ansätze zur Erklärung von Sucht herangezogen und untersucht werden. Wenn dabei ein sehr weites Verständnis von Sucht und Abhängigkeit zugrunde gelegt wird, dann „geschieht (dies) nicht, weil dem Krankheitskonzept kein Wert zugewiesen wird. ... Hier gilt die Suche aber nicht einem Behandlungskonzept, sondern Theorien, die Sucht verständlich machen, damit präventiv gearbeitet werden kann“ (Nöcker, S. 57). Zugleich soll die krankheitsunspezifische Verwendung des Suchtbegriffs es ermöglichen, riskantes Bewältigungsverhalten nicht nur als ausschließlich am Individuum festzumachende Entwicklung oder Persönlichkeitsstruktur zu betrachten, sondern auch als Bestandteil subjektiv angeeigneter, kollektiv und kulturell geprägter Lebensweisen (vgl. Franzkowiak, S. 166).⁹⁸

Bei einem so weiten Begriffsverständnis liegt eine besondere Schwierigkeit darin, dass Abhängigkeit, vor allem **psychische** Abhängigkeit, nur außerordentlich schwer zu definieren ist, weil sie unabänderlich zum Menschsein gehört: die Abhängigkeit von der Atemluft, vom Essen und Trinken, die Abhängigkeit des Kindes vom Erwachsenen, die gegenseitige emotionale Abhängigkeit in Freundschafts- und Liebesbeziehungen. Abhängig zu sein heißt in diesem Kontext: auf jemanden oder etwas angewiesen zu sein – und ist nicht von vorneherein etwas Negatives. Allerdings kann selbst die schönste emotionale Abhängigkeit zerstörerische Formen annehmen, wenn sie sich auf eine Person bezieht, die mit dem Abhängigen nicht wertschätzend verbunden ist (vgl. Franz, S. 218). Da man in gewissem Maße von allem psychisch abhängig ist, was man gerne mag, von lieb gewonnenen Gewohnheiten bis zu geliebten Menschen, ist insbesondere „die Frage nach der psychischen Abhängigkeit ... nicht mit einem Ja oder Nein, sondern nur mit einem Mehr oder Weniger zu beantworten“ (Scheerer, S. 28). Die Übergänge sind fließend, und wo sich ein jeder von uns auf diesem Kontinuum zwischen Genuss und Sucht bzw. zwischen „bezogener Individuation“ (Stierlin, 1998 a, S. 38) und süchtiger Abhängigkeit einordnen würde, das weiß er oder sie selber wohl am besten.

⁹⁸ Ein solches Vorgehen erscheint für die Bearbeitung der Thematik vielversprechender, als Befunde aus der Coping-Forschung vorzulegen (vgl. dazu Kap. 6.2.2). Zwar kann vor dem Hintergrund weiterentwickelter Stress- und Coping-Konzepte davon ausgegangen werden, dass die bei Abhängigkeit und Sucht eingeschränkte Bewältigungskompetenz besonders die Emotionen betrifft, die ja eine wesentliche Schaltfunktion im Bewältigungsprozess besitzen (vgl. Weber, 1997). Da aber die empirischen Befunde der Coping-Forschung häufig uneinheitlich sind (vgl. Franke u.a., 2001, S. 46 f.) und die vorliegenden empirischen Untersuchungen nur Teilaspekte beleuchten können, aber kaum „in der Lage (sind), Abhängigkeitsentwicklungen zu erklären“ (ebd., S. 181), wird hier ein anderer Weg bevorzugt.

In diesem Sinne dient das folgende Kapitel auch einer Sensibilisierung für die fließenden Übergänge von Genuss und Gewohnheit zu möglicherweise zwanghafter Abhängigkeit und Sucht. Dabei liegt mir moralistische Aufklärung und Stigmatisierung alleine deshalb fern, weil ich Suchtverhalten selber in vielen Facetten kenne und mir viele Zusammenhänge zwischen den angesprochenen Phänomenen nur aus diesem Grunde bewusst geworden sind. Erst durch die Sensibilisierung für eigene Abhängigkeiten konnten mir solche stoffungebundenen Suchtformen wie das Helfer-Syndrom oder die Co-Abhängigkeit, die ebenfalls Formen von Beziehungssucht darstellen, ins Bewusstsein gelangen. Sucht und Abhängigkeit können in den unterschiedlichsten Formen auftreten. Wenn man bereit ist, sich dem Phänomen zu nähern, ohne sich zugleich mithilfe krankheitsdefinierender Begriffe abzugrenzen, dann werden die meisten von uns feststellen müssen, dass sie mehr Berührungspunkte mit dem Thema haben, als ihnen lieb sein mag.

Damit ist ein weiteres Anliegen dieses Kapitels angesprochen. Es soll auch dafür sensibilisieren, dass nicht immer nur die anderen süchtig sind. Wie sich noch zeigen wird, sind Helfer mindestens genauso von Suchtverhalten betroffen wie ihre Klienten. Die Berufsgruppe der Helfer gilt bei Fachleuten sogar als außerordentlich burnout- und suchtgefährdet (vgl. Dulz u. Stark, 1995; Fleischmann, 1989; Mäulen, 1992). In entsprechenden Statistiken werden die helfenden Berufsgruppen daher eher noch mit einem Zuschlag versehen. Wird in der Arbeitswelt grundsätzlich von ca. 5-7 % Abhängigen ausgegangen, so rechnen Fachleute bei den helfenden Berufen mit 10 % (vgl. Meudt, S. 225). Aber gerade für diesen Bereich ist die Thematik „so stark tabuisiert, dass es kaum verlässliche Zahlen gibt“ (Fleischmann, S. 316). Am ehesten liegen noch über den klassischen Helferberuf Arzt Schätzungen vor (vgl. ebd.; vgl. a. Reimer u. a.; 2001; Löwer, 2003). Insbesondere Krankenhausärzte leiden häufig an Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie an depressiven Störungen und gelten auch in ihrem Privatleben als sehr belastet (vgl. Herschbach, S. 55). Unbestritten ist auch die vergleichsweise hohe Rate von Selbstmorden insbesondere bei Krankenhausärzten. Die Suizidrate ist unter heranwachsenden und praktizierenden Ärzten mindestens doppelt so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung (vgl. ebd.; vgl. a. Siegrist, 1995, S. 241). Der Patient ist krank. Das Personal hat gesund zu sein. „Der kranke Helfer ist tabu ... Niemand aber sieht den hilfsbedürftigen Helfer, der selber an einer Sucht leidet“ (Fleischmann, S. 316). Vor diesem Hintergrund wird die Helferproblematik im zweiten Teil dieses Kapitels noch ausführlich berücksichtigt werden.

5.1.1 Was ist Sucht? Verbreitung, Bedeutung, Formen, Funktion

Alle epidemiologischen Befunde belegen den enormen Umfang von riskantem, missbräuchlichem und abhängigem Konsum von Suchtmitteln in Deutschland. Süchtiges Verhalten ist außerordentlich verbreitet und stellt ein Risikoverhalten dar, das mit großen individuellen und gesellschaftlichen Kosten verbunden ist. Einige Zahlen sollen die Bedeutung dieser Problematik herausstellen (vgl. DHS, 2003 a, sofern keine andere Quelle angegeben ist; vgl. zur Epidemiologie a. John, 1999).

Rauchen

Der Anteil der Raucher beträgt 39 % bei den Männern und 31 % bei den Frauen. Hochgerechnet auf die Bevölkerung (18-59 Jahre) sind dies 16,7 Mio. Raucher (9,5 Mio. Männer und 7,2 Mio. Frauen), von denen 5,8 Mio. (35 %) starke Raucher (mehr als 20 Zigaretten pro Tag) sind. Nach Ansicht des Vorsitzenden der deutschen Gesellschaft für Nikotinforschung, Knut-

Olaf Haustein, werden die Folgen des Rauchens nach wie vor unterschätzt. Das Rauchen habe jährlich ca. 140.000 Nikotin-Tote zur Folge (ebd., vgl. a. www.dgnf.de) und verursacht Kosten, die sich für 1996 auf 16,6 Mrd. Euro beliefen.⁹⁹

Als besonderes alarmierend gilt der steigende Zigarettenkonsum von Jugendlichen. Eine Studie der Universitäten Ulm und Münster ergab, dass der Anteil junger Raucher im Alter zwischen 12 und 15 Jahren dramatisch angestiegen ist. Während 1994/95 rund 21 % der Befragten mindestens einmal im Monat rauchten, waren es 1999/2000 schon mehr als 28 % (Westdeutsche Allgemeine Zeitung v. 12.4.2003). In der Altersgruppe der 18-24-Jährigen rauchen sogar 49 % der Männer und 44 % der Frauen (vgl. Junge u. Nagel, 1999). Jugendlicher Tabakkonsum sei u.a. auch deshalb besonders problematisch, weil das Rauchen als Einstiegsdroge gelte und weil die Abhängigkeit umso schwerer werde, je jünger ein Mensch sei, wenn er mit dem Rauchen beginnt (vgl. Westdeutsche Allgemeine Zeitung v. 20.5.2003).

Alkoholkonsum

Bei 2,7 Mio. Menschen liegt ein missbräuchlicher Alkoholkonsum mit bereits eingetretenen Folgeerkrankungen vor. Bei 1,6 Mio. Menschen muss von einem behandlungsbedürftigen Alkoholsyndrom mit massiven gesundheitlichen und sozialen Schäden gesprochen werden (vgl. DHS 2000). Jährlich sterben ca. 42.000 Menschen, deren Tod direkt (z.B. durch Alkoholmissbrauch) oder indirekt (z.B. durch einen alkoholisierten Unfallverursacher) in Verbindung mit Alkohol steht. Der Anteil alkoholbedingter Todesfälle an allen Todesfällen im Alter zwischen 35 und 64 beträgt bei Männern 25 % und bei Frauen 13 %. Die volkswirtschaftlichen Kosten alkoholbezogener Krankheiten werden pro Jahr auf ca. 20,6 Mrd. Euro geschätzt.

Medikamentenabhängigkeit

Die Zahl der Medikamentenabhängigen in Deutschland wird auf 1,4 Mio. geschätzt. Man nimmt an, dass davon ca. 1,1 Mio. von Benzodiazepinderivaten (z.B. Valium) und 300.000 von anderen Arzneimitteln abhängig sind. Rund ein Drittel aller psychotropen Medikamente, neben Schlafmitteln und Tranquilizern auch codeinhaltige Medikamente und Psychostimulantien, werden nicht wegen akuter Probleme, sondern langfristig unter anderem zur Vermeidung von Entzugserscheinungen verordnet.

Illegale Drogen

Illegale Drogen werden in Westdeutschland von ca. 2,5 Mio. Menschen (6,5 % der Bevölkerung) und in Ostdeutschland von 500.000 Menschen (5,2 % der Bevölkerung) konsumiert. Die dominierende Droge war dabei Cannabis mit 6,2 % der Bevölkerung im Westen und 4,9 % im Osten. Jeweils 1,3 % der Befragten in Ost- und Westdeutschland hatten in den letzten 12 Monaten vor der Untersuchung andere illegale Drogen als Cannabis (Amphetamine, Ecstasy, Opiate, Kokain, Crack) genommen (vgl. DHS, 2003). Nach neueren Schätzungen nehmen 250.000–300.000 Menschen in Deutschland harte Drogen. Davon müssen mindestens 100.000–150.000 als Drogenabhängige bezeichnet werden.

⁹⁹ Da der Staat immer wieder aufgefordert wird, ein Werbeverbot auszusprechen oder strengere Jugendschutzgesetze zu erlassen, soll gegenüber diesem Kostenargument nicht unerwähnt bleiben, dass die Tabaksteuer mit ca. 11–12 Mrd. Euro die viertwichtigste Einnahmequelle für den Bundeshaushalt darstellt.

Weitere Suchtformen

Über den Umfang weiterer Suchtformen, beispielsweise über das pathologische Spielverhalten oder über Essstörungen mit Suchtcharakter, lassen sich laut DHS (vgl. 2000) bisher kaum seriösen Angaben machen, da die vorliegenden Schätzungen zu weit auseinander liegen und teilweise von unterschiedlichen Problemdefinitionen ausgehen.

Eine sehr vorsichtige Schätzung in Bezug auf alle Formen des Glücksspiels ergibt auf Basis der Therapienachfrage in ambulanten Suchtberatungsstellen im Jahre 2001 und einem Vergleich mit der Therapienachfrage der Alkoholabhängigen (3-5 %) als grobe Schätzung eine Gesamtzahl von rund 80.000-130.000 beratungs- und behandlungsbedürftigen Spieler/-innen in Deutschland. Auch über die Prävalenz von Essstörungen gibt es erstaunlich wenig Daten. Eine Übersicht in einer von der DHS (1997) herausgegebenen Broschüre zeigt, dass 0,2-2 % der Frauen unter Anorexia nervosa, 2-4 % unter Bulimia nervosa und 9-25 % der Frauen bzw. 10-16 % der Männer unter Adipositas leiden.

Die Schwierigkeiten und Chancen, die mit dem Suchtbegriff verbunden sind

Der knappe Problemaufriss deutet bereits darauf hin, dass der Begriff Sucht weit mehr als behandlungsbedürftige Alkoholiker, Heroinfixer und Tablettenabhängige betrifft. Auch wenn es auf den ersten Blick so aussehen mag, als ob es möglich sei, „Sucht“ einfach zu definieren, so erweist sich dies bei näherem Hinsehen als ein sehr schwieriges Unterfangen. Zu viele Aspekte sind zu berücksichtigen, um eine sinnvolle und wissenschaftlich vertretbare Definition und Sprachgebung zu finden, die hilfreich ist, so dass sich die Kostenträger ebenso wie die Facheinrichtungen und auch die Betroffenen selber wiederfinden können (vgl. Lempke, S. 23).

In den Begriff Sucht ist das althochdeutsche „siech“ gleich „krank“ ebenso eingegangen wie das neuhochdeutsche „suchen“ (vgl. Wanke, S. 14). Nicht nur als Krankheit, sondern in Richtung Faszination, überwältigendes Interesse und Ausschließlichkeit der Zuwendung wird Sucht am ehesten in der Alltagssprache verstanden. Beispielsweise wird manchmal von einer Musik, von einer Landschaft oder von Bildern gesagt, dass sie süchtig machen. Dagegen geht es Kostenträgern und Juristen bei der Anerkennung einer Sucht darum, objektive Maßstäbe für die Abgrenzung von ‚krank‘ und ‚nicht krank‘ und damit für die Gewährung oder Nichtgewährung verschiedener Hilfen zu finden. Eine historische und soziologische Analyse wiederum macht deutlich, welch einem Bedeutungswandel dieser Begriff unterliegt und wie sehr die Frage, ob ein spezifisches Konsumverhalten als süchtig wahrgenommen wird oder nicht, von den Grenzen abhängt, die gesellschaftlich definiert sind (vgl. Legnaro, 2000; vgl. a. Lempke, 1990). Suchtkrankheiten sind nicht universell gültig und objektiv existierend, sondern gesellschaftlich konstruiert (vgl. Nöcker, S. 58). Der Suchtbegriff ist so sehr mit den Problemen der Definition von Gesundheit und Krankheit und der Festlegung von Norm und Abweichung verbunden, dass dies eine einheitliche Bestimmung sehr erschwert.

Die Experten der WHO, die lange versucht hatten, Sucht als „drug addiction“ zu definieren, sahen sich noch vor einer weiteren Schwierigkeit. Bis in die siebziger Jahre dominierte eine pharmakozentrische Sichtweise der Sucht, d.h. der Suchtbegriff bezog sich vor allem auf die „Hörigkeit gegenüber Rausch- und Betäubungsgiften“, wie es in manchen Lexika hieß. Dies sorgte aber für Irritationen, weil es doch immer wieder Fälle gab, in denen Substanzen, die scheinbar erwiesenermaßen nur zur Gewöhnung führten, extreme Abhängigkeiten erzeugten, während andere, die scheinbar zur Sucht führen mussten, dies in der Praxis keineswegs immer

taten. Die vielfältigen Definitionsprobleme führten schließlich dazu, dass die Experten kein Einverständnis erzielen konnten und sich die WHO 1964 zu dem radikalen Schritt entschloss, auf den Suchtbegriff völlig zu verzichten. Stattdessen, so ihre Empfehlung, sollte man künftig nur noch von physischer (körperlicher) und psychischer (seelischer) Abhängigkeit sprechen.¹⁰⁰ Im Verlauf dieser Entwicklung wurde der Suchtbegriff von seiner Fixierung auf Substanzen befreit und „auch für einen metaphorischen Gebrauch zurückgewonnen“ (Scheerer, S. 14). Eine der wichtigsten Konsequenzen „dieser Befreiung des Suchtbegriffs aus dem Korsett der Drogenfixierung ist wohl darin zu sehen, dass seither bei der Erforschung der Suchtursachen die Substanz immer weniger, das menschliche Begehren, seine Geschichte, Prägung und Bewertung hingegen immer größere Bedeutung finden“ (Scheerer, S. 14). Darüber hinaus ermöglicht dieses gewandelte Begriffsverständnis es auch, Sucht – in Abgrenzung zum medizinisch-psychiatrischen Verständnis – als einen psychologischen Terminus zu verstehen, als ein psychologisches Problem, das auch ganz unabhängig von Suchtmitteln existiert (vgl. Poppelreuter u. Gross, 1999).

Fließende Übergänge zwischen Genuss und Sucht

Wo also wird normales zum süchtigen Verhalten, und wo wird Genuss zur Sucht? Einen Anhaltspunkt können Beschreibungen liefern, die verschiedene Stadien eines Verhaltens charakterisieren (vgl. dazu Gross, S. 30 f., vgl. a. Schulz, S. 582). Während **Genuss** etwas ist, „das wir nicht unbedingt brauchen, das wir aber gerne haben, weil es uns aufgrund seiner angenehmen Wirkung eine kurzfristige Befriedigung gibt“ (Gross, S. 30), stellt **Missbrauch** „eine körperlich, psychisch oder sozial schädliche Verwendungsweise von Dingen oder ein selbstschädigendes Verhalten“ dar (ebd.) und ist bei häufigem Vorkommen „fast immer Ausdruck einer Anzahl ungelöster Probleme von denen abgelenkt werden soll“ (ebd.). **Ausweichendes Verhalten** liegt z.B. dann vor, wenn man Probleme in der Ehe oder mit der Arbeitssituation kurzfristig dadurch löst, dass man übermäßig isst, Alkohol trinkt oder raucht, bevor dann effektivere Wege und Problemlösungen angestrebt werden. Schleifen sich ausweichende Verhaltensweisen aber durch ständige Wiederholung ein, dann kommt es zur **Gewöhnung**, und die „psychische Bindung an diese Verhaltensweisen wird fester“ (ebd., S. 31). Das Verhalten kann aber durch willentliche Anstrengung noch verändert werden. **Abhängigkeit** ist die Folge, wenn der Grad der psychischen oder körperlichen Bindung an das Suchtmittel oder das süchtige Verhalten steigt. Abhängigkeit „zeigt sich nicht ausschließlich in der Menge oder der Art des Suchtmittelmissbrauchs, sondern vor allem darin, dass diese Mittel oder Verhaltensweisen zur dauernden Problembewältigung eingesetzt werden“ (ebd.). Sie wird dann problematisch, wenn eine „krankhafte“ Verformung des Willens sowie Kontrollverlust und Zwanghaftigkeit eines Verhaltens vorliegen (vgl. Scheerer, S. 30 ff.), und wenn eine Beziehung (zu einer Droge) weitergeführt wird, obwohl sich negative Konsequenzen ergeben (vgl. Rennert, 1989, S. 14). Die zunehmende Bindung an das Suchtmittel schränkt die Handlungsfreiheit der Person ein und setzt einen Prozess in Gang, der als Sucht zu benennen ist. **Sucht** oder Suchtkrankheit bezeichnet schließlich einen krankhaften Endzustand der Abhängigkeit von einer Droge, einem Genussmit-

¹⁰⁰ Die mit Suchtforschung befassten Neuropsychologen und Biochemiker können der Unterscheidung nur noch wenig abgewinnen, weil „jede psychische Abhängigkeit letztlich durch physische Vorgänge vermittelt wird und ...andererseits auch die physische Abhängigkeit zum großen Teil von psychisch wirkenden Faktoren beeinflusst werden kann“ (Scheerer, S. 29). Vor diesem Hintergrund wird in der ICD-10 keine Unterscheidung vorgenommen.

tel oder einer Verhaltensweise. „Süchtiges Verhalten mit Krankheitswert liegt vor, wenn dieses nicht mehr angesichts einer Flucht- oder Unwohlsituation eintritt, sondern zu einem eigendynamischen, zwanghaften Verhalten wird, das sich selbst organisiert hat und sich rücksichtslos beständig zu verwirklichen sucht“ (DHS, 2003 b, S. 2).¹⁰¹

Sicher gibt es große Unterschiede zwischen den verschiedenen Suchtarten, was die Geschwindigkeit und den Grad der Selbstzerstörung angeht. Sicherlich ist es leichter, Abhängigkeiten und Süchte bei den stoffgebundenen Süchten festzustellen (Alkohol, Drogen, Tabletten, Nikotin etc.) als bei den stoffungebundenen Süchten Arbeitssucht, Fernseh- und Computersucht, Spielsucht, Kaufsucht oder Beziehungs- und Sexsucht (vgl. Gross, 2003). Auch befürchten Kritiker, dass die Ausdehnung des Suchtbegriffs auf alle möglichen alltäglichen Verhaltensweisen zu dessen Inflationierung führen könne. „Früher wurde der Begriff Sucht ausschließlich für die Abhängigkeit von Drogen verwendet. Heute bezieht man ihn auch auf eine Reihe anderer zwanghafter Verhaltensweisen, die auf den ersten Blick wenig miteinander zu tun haben. Wer notorisch viel arbeitet, sich zwanghaft mit Schokolade vollstopft oder von einer bestimmten Sekte nicht mehr loskommt, wird als abhängig und im weitesten Sinne als süchtig bezeichnet“ (Milkman u. Sunderwirth, S. 34). Diese Art der Sucht ist zwar wissenschaftlich noch wenig anerkannt. Dennoch hat sich eine breite Diskussion um das Thema etabliert, wobei allerdings die dafür verwendeten Begriffe variieren. So spricht Gross (2003, S. 15) unter anderem von „Sucht ohne Drogen“ und Wilson-Schaef (1996, S. 29) von „prozeßgebundenen Süchten“ im Unterschied zu den „substanzgebundenen Süchten“. Schließlich ist im Untertitel eines Sammelbandes über den wissenschaftlichen Stand dieser Thematik die Rede von „stoffungebundenen Süchten“ (Poppelreuter u. Gross, 2000).

Die Funktion von Sucht für die Steuerung der Emotionalität

Auch wenn Süchte unterschiedlich schwerwiegend sind, funktionieren sie im Wesentlichen gleich und sind in ihren Wirkungen vergleichbar. Ein ganz zentrales Merkmal der Sucht ist ihre spezifische Funktionalität für die Steuerung intrapsychischer Prozesse, besonders für die Steuerung der Emotionalität. Letztlich „geht es immer darum, Spannungen, unangenehme Gefühlszustände auszuweichen und mit Hilfe der Suchtmittel zu verändern“ (Nöcker, S. 62; vgl. a. Schröder, 1997). Der Konsument lernt, „dass seine Droge ihn **jederzeit** unter bestimmten Voraussetzungen und bei entsprechender Dosis in einen besseren, positiveren Gefühlszustand versetzen kann“ (Nöcker, S. 63; Hervorh. i. Original/U.F.).

Die amerikanische Psychologin und Psychotherapeutin Anne Wilson-Schaef, die sich in zahlreichen Veröffentlichungen sehr eingehend mit den verschiedensten Aspekten des Phänomens „Sucht“ auseinandergesetzt hat, beschreibt diese gefühlsregulierende Wirkung der Sucht fol-

¹⁰¹ Vgl. a. die entsprechenden Störungskategorien nach ICD-10. Die Kategorie F1x.1 spricht von **schädlichem Gebrauch**, wenn der Konsum psychotroper Substanzen zu einer Gesundheitsschädigung führt. Die Kategorie F1x.2 spricht vom **Abhängigkeitssyndrom** und bezeichnet damit eine Gruppe körperlicher, verhaltensbezogener und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein neben weiteren Charakteristika entscheidendes Merkmal der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, Substanzen oder Medikamente, Alkohol oder Tabak zu konsumieren (vgl. Ladewig, 2000, S. 22; vgl. a. Wittchen u. Argandona, 2000). In der nicht-medizinisch-psychiatrischen Diskussion liegen dagegen bisher keine eindeutigen Begriffsbestimmungen vor. Die Begriffe Sucht und Abhängigkeit werden sehr unterschiedlich benutzt. U.a. wird auch vorgeschlagen, den Suchtbegriff ausschließlich für Symptomatiken und exzessive Verhaltensmuster zu verwenden, die nicht mit der Einnahme psychotroper Substanzen in Zusammenhang stehen (vgl. Poppelreuter u. Gross, 2000).

gendermaßen: „Eine Sucht legt über unsere Gefühle und Wahrnehmungen einen Schleier. Zorn, Schmerz, Depression, Verwirrung, aber auch Freude und Liebe – die Sucht erspart uns den Umgang mit solchen Empfindungen, da wir sie nicht oder nur gedämpft spüren. Wenn wir süchtig sind, hören wir auf, unserem Wissen und unseren Sinnen zu trauen“ (Wilson-Schaef, 1996, S. 26). Jede Sucht, „sei sie substanz- oder prozeßgebunden, ... unterbindet den Kontakt zwischen dem Menschen und seinen Gedanken und Gefühlen. Wer nicht weiß, was er fühlt und denkt, für den wird Ehrlichkeit sich selbst gegenüber zur absoluten Unmöglichkeit“ (ebd., S. 57). Der Mangel an innerem Empfindungsvermögen tötet mit der Zeit die inneren Prozesse eines Menschen ab. „Eine Sucht schwächt und entstellt unsere sinnlichen Wahrnehmungen“ (ebd., S. 26) und lässt uns den Kontakt zu unserem Selbst verlieren (vgl. ebd.). Haben wir aber erst den Kontakt zu uns selber verloren, verlieren wir ihn auch zu anderen Menschen und zu unserer Umwelt, und es wird ebenso unmöglich, anderen gegenüber wirklich „ehrlich“ zu sein (vgl. ebd., S. 57). Anstatt uns unseren eigenen Gefühlen, Gedanken und Handlungen zu stellen und Verantwortung dafür zu übernehmen, weichen wir ihnen aus, sind anderen gegenüber oft unehrlich, um deren Gefühle nicht zu verletzen, oder versuchen, diese zu kontrollieren und zu manipulieren, damit sie sich unseren Wünschen entsprechend verhalten (vgl. ebd., S. 62 ff.).

Diese Darstellung der Merkmale des Suchtprozesses (vgl. a. dies., 1997, S. 53 f.) scheint auf den ersten Blick vielleicht überzogen oder nur auf die „wirklich“ Süchtigen zutreffend. Bei genauerem Hinsehen erscheint es aber doch auch aufschlussreich, das eigene Verhalten einmal unter dieser Perspektive zu betrachten und sich vorzustellen, wie es wäre, wenn wir innere Prozesse durch jedwedes Suchtmittel unverschleiert wahrnehmen würden, beispielsweise auch ohne das Koffein, den beliebtesten psychotropen Wirkstoff (vgl. Zieglgänsberger u. Spanagel, 1999, S. 238). Wilson-Schaef sensibilisiert aber nicht nur für die Auseinandersetzung mit eigenen Suchtverhaltensweisen, indem sie deutlich macht, wie verbreitet das Phänomen „Sucht“ in unserer Gesellschaft ist. Sie zeigt auch auf, auf welche Weise ihrer Meinung nach unsere Gesellschaft als Suchtsystem funktioniert, und richtet die Aufmerksamkeit auf die spannende Frage, wie Sucht zum Funktionieren des Systems beiträgt. Im „Suchtsystem sind wir aufgefordert uns in der eigenen Leblosigkeit gemütlich, aber suchtfördernd, einzurichten. Eine Sucht lässt uns stumpf werden, sie blockiert Einsichten, die unser scheinbares Gleichgewicht ins Wanken bringen könnten und sie beschäftigt uns fortwährend, so dass wir das System nicht anzweifeln. Aus diesem Grund braucht das System die Sucht“ (Wilson-Schaef, 1996, S. 24).

Mit dieser Einschätzung steht Wilson-Schaf nicht alleine. Viele andere Autoren sehen Suchtverhaltensweisen ebenfalls im gesellschaftlichen Zusammenhang. „Es scheint ein weitgehender Konsens zu bestehen, dass süchtiges Verhalten Begleitphänomen des entfremdeten Erlebens in einer Konsumgesellschaft ist, Sucht in gewisser Hinsicht sogar zum ‚Wesenszug‘ unserer Gesellschaft geworden ist“ (Rost, 2001, S. 11). Hier wird deutlich, dass es sich bei dem Phänomen „Sucht“ um ein sehr vielschichtiges Thema handelt, welches von vielfältigen Faktoren beeinflusst wird. Die wesentlichen dieser Faktoren sollen daher im Folgenden noch genauer betrachtet werden.

5.1.2 Ursachen: Wie wird Sucht erklärt?

In den Sozialwissenschaften, der Medizin, der Psychologie und der populärwissenschaftlichen Literatur gibt es eine nahezu unübersehbare Flut von Publikationen und zahlreiche Theorien, die sich mit der Aufgabe befassen zu erklären, wie und warum Sucht entsteht. Ein gemeinsamer Nenner besteht bisher wohl vor allem darin, dass es sich beim Phänomen „Sucht“ um ein kom-

plexes, zeitgenössisches, soziales Problem handelt. Eine häufig gewählte Perspektive zur Beschreibung und Analyse von Suchtverhalten versucht, dies im Rahmen einer Trias, als Resultat des Zusammenspiels der Faktoren Person, Umwelt und Drogenwirkung zu deuten. Dabei handelt es sich um kein umfassendes, stringentes Erklärungsmodell, sondern eher um eine generelle Perspektive, die die Ergebnisse vieler verschiedener Einzelwissenschaften mit zum Teil einander widersprechenden Forschungsergebnissen zusammenzufassen sucht (vgl. Nöcker, S. 66 ff.). Keine der einzelnen Theorien ist in der Lage, alle Aspekte der Sucht zu erklären und alle in diesem Zusammenhang auftretenden Fragen zu beantworten. „Wir gehen heute davon aus, dass der Suchtmittelabhängigkeit ein multifaktorielles Ursachenbündel, ein Zusammenspiel von Individuum, Droge und Gesellschaft zugrundeliegt, das jedoch noch zahlreiche Rätsel enthält“ (Schmidt, S. 10). Daher muss berücksichtigt werden, dass es sich immer nur um potentielle Ursachen handelt, die zwar als förderlich für die Entstehung süchtigen Verhaltens angesehen werden, aus denen aber nicht zwingend abgeleitet werden kann, dass eine solche Gefährdung oder Erkrankung auch eintritt (vgl. Schulz, S. 583). Allgemein wird angenommen, dass die Hauptfaktoren sich zwar wechselseitig beeinflussen, für sich genommen aber nicht das Entstehen einer Sucht erklären können. Mit dieser Einschränkung werden im Folgenden einige Aspekte skizziert, die im Hinblick auf die Diskussion dieser drei Faktoren relevant sind und geeignet erscheinen, das Verständnis für Suchtphänomene zu vertiefen.

5.1.2.1 Faktor: Droge

Als Variablen dieses Faktors werden normalerweise Fragen nach der Art einer Droge, ihrer jeweiligen Wirkung, der Art ihrer Applikation, nach Unterschieden zwischen harten und weichen Drogen etc. diskutiert (vgl. dazu Wittchen u. Argandona, 2000). Diese spezifischen Fragen werden hier vernachlässigt zugunsten von eher allgemeinen Hinweisen auf mögliche physiologische Wirkungen von Drogen. Von sehr großer Bedeutung für die Suchtforschung war zunächst die Entdeckung des bereits in Kap. 2.5.4 eingeführten dopaminergen Wohlbefindlichkeitssystems im Mittelhirn, engl. Reward-System (vgl. Rommelspacher, 1999, S. 32; vgl. a. Rommelspacher, 1998). Für die Erforschung dieses Belohnungssystems spielen Tierexperimente eine große Rolle. Legendär ist beispielsweise ein Versuch von James Olds, bei dem die Selbststimulation des Lustzentrums mithilfe von Reizelektroden bei Ratten zu stark lustbetonten Zuständen führte (vgl. Klein, S. 137; vgl. a. Krott u.a., S. 175 ff.). Ebenso konnte in Experimenten, bei denen sich Tiere eine Droge über einen Hebel selbst verabreichen konnten, gezeigt werden, dass auch die meisten missbrauchten Drogen von Tieren selbst in diese Hirnregionen appliziert werden, nicht jedoch in andere Hirnregionen (vgl. Rommelspacher, 1999, S. 29 ff.). Das Wohlbefindlichkeitssystem kann auf vielerlei Arten angeregt werden. Heute geht man davon aus, dass ebenso wie Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme oder sexuelle Aktivität auch alle derzeit bekannten psychotrop wirksamen Substanzen, die als Drogen konsumiert werden, zu einer Freisetzung des Neurotransmitters Dopamin in limbischen Strukturen des zentralen Nervensystems führen. Das mesolimbische System als Wirkort seinerseits steht wiederum über viele hemmende und stimulierende Nervenbahnen in regem Austausch mit anderen Hirnarealen und verschiedensten weiteren Neuromodulatoren (vgl. Zieglgänsberger, S. 27; zur Wirkung der verschiedenen Substanzen und Drogen auf das dopaminerge System vgl. Roth, 2001, S. 298 ff.).

Allerdings wäre es falsch, das Dopamin als den Belohnungsstoff des Gehirns zu betrachten. Wie in Kap. 2.5.4. bereits angesprochen wurde, scheint das Dopamin eher als Signal für die Assoziation von Belohnung mit bestimmten Ereignissen denn als Belohnungsstoff selbst zu fungieren. Letztere Funktion kommt eher den Opiaten zu. Die Aufgabe des Dopamin besteht wesentlich darin, die Aufmerksamkeit zu steigern, die Erwartung von Belohnung und Lust zu vermitteln und Verhaltensweisen zu befördern, die in irgendeiner Weise eine Belohnung versprechen (vgl. Roth, ebd., S. 301 ff., vgl. a. Zieglgänsberger u. Spanagel, S. 242). Auf diese Weise kommt es zu einer positiven Verstärkung (reward) aller Verhaltensweisen, die den Zugang zur Droge begünstigen, und bei wiederholter Zufuhr zu neuroplastischen Sensibilisierungs- und Konditionierungsvorgängen im Belohnungssystem, die schließlich zu einem unwiderstehlichen Verlangen nach der Droge führen. Diese Lernvorgänge erhalten im Konsumenten vermutlich den Wunsch, sich diese Substanz wiederholt zuzuführen, nachdem ihre Wirkung als angenehm bewertet wurde (vgl. Zieglgänsberger, S. 27 f.; Zieglgänsberger u. Höllt, S. 90; vgl. a. Rommelspacher, 1999, S. 32 ff.).

Weitere Meilensteine in der Suchtforschung waren die Entdeckungen der Opiatrezeptoren und der endogenen Opioide. Die Identifizierung von Morphinrezeptoren im zentralen Nervensystem und die sich daran anschließende Entdeckung körpereigener, morphinartiger Substanzen, der Endorphine oder Opioidpeptide, war für die Suchtforschung eine Schlüsselerkenntnis (vgl. Ladewig, 1996, S. 37 f.; vgl. a. Ladewig, 2000). Neben den zahlreichen Funktionen, die die Opioide sonst noch haben (vgl. 2.5.4), sind sie vor allem für ihre euphorisierende Wirkung bekannt.

Vor diesem Hintergrund wurde in der Suchtforschung unter anderem die Frage aufgeworfen, ob einer Sucht ein Ungleichgewicht der Systeme zugrunde liegen könnte bzw. ob sie ein Ausdruck des Mangels, einer Unter- oder Dysfunktion vor allem endogener Opioide sein könne. Danach könnte eine erhöhte Suchtdisposition sowohl auf einer Unterfunktion des Belohnungssystems als auch auf einer Überfunktion der aversiven, Unlust erzeugenden Mechanismen beruhen (vgl. Ladewig, 1996, S. 37 ff.; vgl. a. Schmidt, S. 16 f.). Die Annahme einer möglichen Unterstimulierung des Belohnungssystems kann viel zur Erklärung von süchtigem Verhalten beitragen. „So ist bei Süchtigen häufig ein Mangel an bestimmten Stoffen des Belohnungssystems und speziell an Beta-Endorphin festgestellt worden. Es fehlt ihnen also gerade jene Substanz, die uns normalerweise schon bei elementaren Lebensäußerungen und Routineaktivitäten mit einem gewissen Maß an Wohlgefühl ausstattet. Ein solcher Mangel an Belohnungsstoffen, der Menschen dazu tendieren läßt, starke Reize zu suchen, um die Unterstimulierung auszugleichen, kann angeboren sein, kann aber auch zum Beispiel durch frühkindliche Erlebnisse erworben werden“ (Scheerer, S. 53). Überlegungen zur Bedeutung endorphiner Mechanismen spielen besonders auch im Hinblick auf die Entwicklung psychischer Alkoholabhängigkeit eine Rolle. Befunde, wonach Personen mit bekanntem Alkoholismus bei Blutsverwandten niedrigere β -Endorphinkonzentrationen im Blutplasma hatten als solche ohne, legen einen gewissen genetischen Zusammenhang nahe. Man hofft, mithilfe solcher Erkenntnisse Medikamente zur Behandlung Abhängiger entwickeln zu können, die die bisherigen Behandlungsmöglichkeiten unterstützen (vgl. Rommelspacher, 2000; S. 429 ff.; vgl. a. Rommelspacher, 1998; Zieglgänsberger u. Spanagel 1999, sowie zu der Vielzahl der emotionsbeeinflussenden Substanzen: Erdmann, Ising u. Janke, 2000).

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang auch eine Untersuchung des New York State Psychiatric Institute, die einen deutlichen Unterschied zwischen depressiven und nichtdepress-

siven Rauchern ergab (vgl. Nuber, 1991). Danach sind Depressive seltener Nichtraucher, sie greifen häufiger zur Zigarette, und sie haben sehr viel mehr Schwierigkeiten, das Rauchen aufzugeben, als Menschen, die keinerlei Symptome zeigen. Wie eine weitere in diesem Zusammenhang dargestellte Studie gezeigt hat, gilt dies nicht nur für schwere Depressionen, sondern auch für leichte depressive Verstimmungen. Demnach vermögen Zigaretten kurzfristig tatsächlich depressive Verstimmungen und Niedergeschlagenheit zu mildern und so die Leichtigkeit des Seins, die von vielen Werbespots versprochen wird, ein Stück weit zu vermitteln (vgl. zu der euphorisierenden Wirkung des Nikotins a. Roth, 2001, S. 298). So wie Süchte insbesondere in psychodynamischen Theorierichtungen auch als Versuch der Selbstheilung (vgl. 5.1.2.2) betrachtet werden, so wäre Rauchen vor diesem Hintergrund auch als eine Art der Selbstbehandlung gegen Depressionen anzusehen. Gleichzeitig ist schlechte Stimmung ein Symptom des Nikotinentzugs. Aus diesem Grund mag es depressiven Rauchern besonders schwer fallen, auf die tägliche Zigarette zu verzichten (vgl. ebd., S. 8; vgl. zu den Wirkungen des Nikotins auch: Batra, S. 325).

Ein weiterer Zusammenhang scheint zwischen Suchtmittelgebrauch und Stress zu bestehen. Stress und eine nachfolgende Überfunktion der Nebennierenrinde (Hyperkortisolismus) potenziert die Selbstverabreichung von Suchtmitteln. Aus „dem Zusammentreffen von erhöhter körpereigener Korticosteroid-Konzentration und erhöhter Selbstverabreichung von Suchtmitteln wird geschlossen, dass Stresshormone bei der Aufrechterhaltung von Suchtverhalten eine Rolle spielen könnten“ (Ladewig, 1996, S. 44). Die Stresssysteme des Gehirns, wie z.B. das CRH-(Corticotropin-releasing-Hormon)-System, werden während des chronischen Missbrauchs von Drogen empfindlicher (vgl. Rommelspacher, 1999, S. 34; vgl. a. Zieglgänsberger u. Spanagel, S. 239 f.). Von Sensitivierung spricht man normalerweise, wenn der maximal erzielbare Effekt einer Droge nach wiederholter Applikation größer wird und nach Absetzung und Wiederverabreichung eine größere Menge der Droge freiwillig eingenommen wird. Eine Sensitivierung kann aber auch bei wiederholten Stresssituationen beobachtet werden, die zu einer vermehrten Ausschüttung von Dopamin pro Reiz im präfrontalen Kortex führen. Auch vermutet man, dass Stresshormone, Glucocorticoide, für eine Sensitivierung im Verlauf der Abhängigkeit wichtig sein dürften. Zum einen nimmt man an, dass diese Stresshormone das dopaminerge Wohlbefindenssystem bahnen. Zum anderen wurde beobachtet, dass Corticosteroide zu einer Intensivierung der Psychostimulanzienwirkung führen (vgl. Rommelspacher, 2000, S. 427 f.).

Niemand kann ohne Drogen leben

Die Tatsache, dass das mesolimbische System im Gehirn bei physiologischen, mit Befriedigung verknüpften Körperfunktionen wie Essen, Trinken, Sexualverhalten ebenso eine entscheidende Rolle spielt wie als Wirkungsort klassischer Suchtmittel, lenkt den Blick darauf, dass niemand ohne Drogen überleben kann – Drogen, die das zentrale Nervensystem eines jeden Menschen selber herstellt. In gewissem Maße sind wir deshalb alle drogenabhängig, „und zwar von körpereigenen Opiaten, ohne die wir aller Wahrscheinlichkeit nach eher früher als später nicht nur das Essen und Trinken, sondern auch alle weiteren Bemühungen um Selbst- und Arterhaltung einstellen würden“ (Scheerer, S. 41). „Konsequent zuende gedacht, könnte das durchaus Folgen für die soziale Bewertung von Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit haben. Denn wenn Bungee-Springer, Bodybuilder und Kleingärtner alle nur verschiedene Wege benutzen, um das Belohnungssystem ihres Gehirns mittels körpereigener Drogen

anzuregen, dann reduzieren sich plötzlich auch die Unterschiede zwischen passionierten Konzertbesuchern und Kokainkonsumenten auf Nuancen“ (ebd.).

Bei Spielsüchtigen, Arbeits- oder Sexsüchtigen scheinen Endorphine die Rolle zu spielen, die bei anderen Süchten der Stoff übernimmt (vgl. Gross, S. 11). Allerdings wird vermutet, dass Menschen unterschiedliche Wirkungen bevorzugen. Während für den einen ruhigstellendes, befriedigendes Verhalten im Vordergrund stehen, sind es für den anderen kreativ-phantasievolle und für einen Dritten riskant-stimulierende Verhaltensweisen. Man nimmt an, dass diese drei hier skizzierten Verhaltenstypen auf unterschiedlichen nervösen Erregungspotenzialen beruhen und mit jeweils spezifischen, körpereigenen Stoffwechselprozessen einhergehen, und dass sich dabei Substanzen kennzeichnen lassen, die den Wirkstoffen verschiedener Drogentypen vergleichbar sind (vgl. Nöcker, S. 64; vgl. a. Milkman u. Sunderwirth, 1984; Ladewig, 1996, S. 35).

Vor dem in diesem Abschnitt skizzierten Hintergrund sieht es so aus, als ob sich Sucht zunehmend auch als biochemischer Prozess dechiffrieren lässt. Wenn die Einnahme von Substanzen entweder auf direktem Wege (Opiate, Kokain) oder auf indirektem Wege (Alkohol oder Nikotin) eine so positive Wirkung auf das Belohnungssystem verursacht, dann beantwortet sich eigentlich von selbst, warum Menschen Drogen konsumieren (vgl. Scheerer, S. 42). Die Frage müsste vielmehr sein, warum so viele Menschen sich gegen besseres Wissen über gesundheitliche und andere Risiken für die Fortsetzung oder Intensivierung des Konsums entscheiden. Sicher spielen hier auch Rationalisierung und Verdrängung eine Rolle. Auch erfordert das Ausbalancieren der verschiedenen Glücksquellen von jedem Menschen ein hohes Maß an Selbstkontrolle. Die „**Gründe für den Verlust der Balance** liegen nie in der Droge oder in sonst einem Umstand allein. Sie sind immer zu denken als Resultat des Aufeinandertreffens von individuellen Eigenschaften, aktueller Situation und Suchtmittel“ (Scheerer, S. 46; Hervorh. i. Original/U.F.). Wenn es aber stimmt, dass manche Menschen sogar bei harten Drogen zu kontrolliertem Konsum in der Lage sind, dann zeigt dies, dass zur Entstehung von Abhängigkeit nie nur das Suchtpotenzial einer Droge, sondern auch die Suchtdisposition dessen nötig ist, der die Droge konsumiert.

5.1.2.2 Faktor: Person

Als Variablen dieses Faktors werden sowohl körperliche und genetische Faktoren begriffen als auch psychische Faktoren, d.h. Persönlichkeitsmerkmale. Beispielhaft für eine psychologische, das Individuum in den Mittelpunkt rückende Sicht soll hier ein psychoanalytischer Zugang zur Erklärung des Alkoholismus skizziert werden. Gegenüber lern- und verhaltensorientierten Ansätzen, die Sucht relativ unspezifisch als Ergebnis verschiedener Lernprozesse betrachten (vgl. Vollmer, 2000), eröffnet die Psychoanalyse die Möglichkeit, auch die motivationalen Grundlagen des Verhaltens, die eigentlich verhaltensbestimmenden intrapsychischen Prozesse zu verstehen.

„Sucht“ wird von der Psychoanalyse als Symptom begriffen, als Ausdruck tieferliegender Konflikte, Defizite oder Persönlichkeitsstörungen. Sie wird sozusagen als Spitze des Eisbergs betrachtet, wobei vermutet wird, dass „die Sucht als Symptom sich prinzipiell auf dem Nährboden jeder psychischen Störung ansiedeln“ kann (Rost, 2001, S. 22) bzw. dass sogar „jede psychische Struktur zumindest zeitweise zur Grundlage einer Sucht werden“ kann (Rost,

1994, S. 28). Dennoch geht die neuere theoretische Diskussion davon aus, dass zumindest schweren Formen von Abhängigkeit, wie dem Alkoholismus¹⁰² und der Drogensucht, in der Regel eine schwerwiegende, d.h. über die klassische Neurose hinausgehende Persönlichkeitsstörung zugrunde liegt. Dabei gilt, vereinfacht gesagt, eine Störung als um so schwerwiegender, je früher sie in der Kindheit wurzelt und je tiefer sie in elementare und zentrale Strukturen einer Persönlichkeit reicht (vgl. ebd.). ‚Frühe Störung‘ besagt nicht, dass der Betroffene in seiner ganzen Person gestört ist, sondern lediglich, „dass er in einer Persönlichkeitsdimension gestört ist, deren Entfaltung einer bestimmten kindlichen Entwicklungsphase zuzuordnen ist. Es entsteht dann an dieser Stelle ein ‚Fixierungspunkt‘, ein schwacher, labiler Bereich, der in der weiteren Entwicklung zunächst überdeckt werden kann, im Krisenfall jedoch regressiv wiederbesetzt wird, und es bildet sich hier eine manifeste Störung aus“ (Rost, 2001, S. 125).

Es gibt zahlreiche psychoanalytische Erklärungskonzepte zur Sucht bzw. zum Alkoholismus, die entwicklungspsychologisch auf einem Kontinuum eingeordnet werden können. Je nachdem, wo es auf diesem Kontinuum zu Störungen und Fixierungen kommt, lassen sich vor allem drei Grundmodelle unterscheiden (vgl. dazu: Rost, 2001; vgl. zur tiefenpsychologischen Sicht von Sucht und Abhängigkeit auch Heigl-Evers, 1985):

Das objektpsychologische Modell befasst sich mit den frühesten postnatalen Zuständen, den ersten Versuchen des Kindes, zur Welt eine Beziehung aufzunehmen und eine Identität zu entwickeln. Störungen in dieser Phase zählen zu den besonders schwerwiegenden und sind mit einem großen Ausmaß an „süchtiger Grundstörung“ verbunden. In dieser Form der Sucht geht es um Selbstzerstörung. Es dreht sich alles um die Droge, um den Alkohol, die vom Süchtigen als einziges Objekt massiv überbesetzt sind. In dieser Gruppe finden sich die Alkoholiker mit Kontrollverlust und selbstzerstörerischen Sauforgien, die Mehrzahl der Gamma-Alkoholiker nach Jellinek¹⁰³ und auch die Mehrzahl der Heroinabhängigen (vgl. Rost, 2001, S. 136 f.). Für diese Gruppe trifft wohl am meisten eine Einsicht zu, die unter Suchtsachverständigen als Gemeinplatz gilt, dass nämlich für viele Süchtige oft erst mit der Abstinenz von der Droge die eigentlichen Probleme beginnen, weil der Suchtmittelabusus in der Regel Ausdruck und Symptom tiefer liegender Konflikte ist, die erst dann zu Tage treten, wenn ein Alkoholiker trocken geworden ist (vgl. Mentzos, 1999, S. 237 f.; vgl. a. Rost, 1994, S. 26). Bei dieser Form der Sucht weist der überwiegende Teil der Patienten zusätzliche Störungsbilder auf, beispielsweise

¹⁰² Alkoholismus und Alkoholmissbrauch sind – neben dem Rauchen – unter den Suchtmitteln und Suchtformen am meisten verbreitet. Alkoholismus ist sehr viel mehr als modernere Suchtformen die Sucht unserer Gesellschaft, was für die gesamte industrialisierte Welt gilt. Der Genuss von Alkohol wird dabei nicht nur toleriert. Er gilt in einem gewissen Maße sogar als sozial erwünscht. Abstinenzler werden in unserer Gesellschaft häufig als auffälliger angesehen als Alkoholiker, zumindest in den Anfangsstadien der Krankheit. Alkohol und Alkoholismus sind allgegenwärtig, praktisch wird jeder damit konfrontiert, und dennoch wird kaum darüber gesprochen. Alkoholikern gegenüber besteht auch unter Professionellen eine gewisse Berührungsscheu. Alkoholismus und Alkoholabhängigkeit werden weitgehend tabuisiert, als ob der Krankheit etwas Schabiges und Schmutziges anhaftet. Dahinter mag auch das mehr oder weniger bewusste Wissen um eigene Abhängigkeiten stehen (vgl. Rost, 2001, S. 13). Alkoholismus wird manchmal auch als Modellsucht gesehen, von der auch vieles über andere Süchte zu lernen ist.

¹⁰³ Jellinek hat ein Modell des Alkoholismus vorgelegt, das es u.a. ermöglichen soll, den krankhaften Alkoholismus von Formen des Gewohnheits- und Erleichterungstrinkens zu unterscheiden. Das Modell hat entscheidend dazu beigetragen, dass der Alkoholismus als Krankheit anerkannt und Alkoholiker adäquat behandelt wurden. Inzwischen zeigen allerdings verschiedene Untersuchungen, dass die von Jellinek postulierte Irreversibilität des Kontrollverlustes relativiert werden muss (zu den Leistungen Jellineks u. zur Kritik an dem Konzept vgl. Antons u. Schulz, 1981; für einen Überblick über Ansätze zur Erklärung, Prävention und Therapie problematischen Trinkens vgl. auch Müller u. Weiss, 1989).

Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Formen der Identitätsdiffusion oder der eingeschränkten Realitätswahrnehmung. Ursache sind in der Regel Traumatisierungen in Kindheit, Jugend oder Erwachsenenalter. So zeigen Untersuchungen bei Frauen mit Suchtmittelabhängigkeit im medizinischen Sinne eine um das Mehrfache erhöhte Zahl von sexuellem Missbrauch (vgl. Lüthi, S. 10).

Die Modelle der Selbst- und Ichpsychologie, die hier vereinfachend zusammengefasst werden, beschäftigen sich vorwiegend mit der Phase, in der eine eigenständige kindliche Persönlichkeit bereits vorhanden ist, um deren Strukturierung und Ausdifferenzierung es nun geht. Im Vordergrund steht hier der Aufbau von Ichfunktionen und Ichstrukturen. Hier kann es unter den Bedingungen einer nicht zureichend liebevollen Umwelt (vgl. 5.2.1 u. 5.2.3) leicht zu den sogenannten narzisstischen Kränkungen kommen, d.h. zu einer Beeinträchtigung des Selbstgefühls und „der gefühlsmäßigen Einstellung eines Menschen zu sich selbst“ (Schmidbauer, 2000, S. 48).

Als Ergebnis von Störungen in dieser Phase kommt es leicht zur sogenannten ich-schwachen Persönlichkeit. Als deren Charakteristika gelten Instabilität und oral-passiv abhängiges Verhalten, mangelhafte Ich-Autonomie, Gefühle der Machtlosigkeit, niedriges Selbstwertgefühl, geringe Angst-, Spannungs- und Frustrationstoleranz; unabhängige Fassade bei Verleugnung von Abhängigkeitswünschen und der Verlust der Fähigkeit, für sich selbst Sorge zu tragen, sich selbst narzisstisch zu versorgen. Die Fähigkeit, Affekte zu regulieren, gilt als eingeschränkt, und das Bewusstsein innerpsychischer Spannung ist blockiert (vgl. Schretzenmayer, S. 332 ff.). In der Sprache der Selbstpsychologie leidet der Süchtige aufgrund sehr früher traumatischer Erfahrungen an den Folgen struktureller Defekte bzw. Defizite im Selbst und versucht mittels des Suchtmittels, einer drohenden Desintegration des Selbst zu entgehen und ein kohäsives Selbst-Gefühl herzustellen. Aufgrund entwicklungsgeschichtlicher Mängel ist ein Süchtiger nur mangelhaft in der Lage, die ursprünglich äußeren Quellen der Bestätigung und Spiegelung des Selbst und des Selbstwertes in eine stabile innerpsychische Struktur, in ein stützendes Selbstwertgefühl zu verwandeln und sich selbst unabhängig von der Zustimmung und Anerkennung anderer als wertvoll und gut zu erachten.

Unter diesen Umständen dient das Suchtmittel dazu, dem Selbst zu geben, was zur Aufrechterhaltung der Selbstachtung vom idealisierten Selbst, d.h. von den Bezugspersonen der frühen Kindheit, nicht zu erhalten war (vgl. Mentzos, 1999, S. 58 u. 143). Für diese Menschen wird der Einsatz des Suchtmittels auch als Versuch einer Selbstheilung des Ichs beschrieben, mit dessen Hilfe die Defizite und Schwächen der Ichfunktionen kompensiert werden sollen. Da der Betroffene diese Funktionen, sich zu beruhigen, zu entspannen und bedrohliche innere und äußere Impulse zu bewältigen, nicht selber übernehmen kann, wird der Droge die Funktion übertragen, sich abzuschirmen und die Welt in einem rosigen Licht erscheinen zu lassen (vgl. Rost, 1994, S. 29 f.; vgl. a. ders. 2001, S. 133; vgl. a. Mentzos, S. 239 f.). Die hier beschriebene Störung der narzisstischen Selbsthomöostase wird als eine Hauptursache dafür angesehen, warum der Modus der Sucht von Menschen aufgegriffen und als Schutz gegen unerträgliche innere Spannung, beispielsweise gegen Schmerz und Depressionen, und als Ersatz für echte Befriedigung (für echtes schöpferisches Schaffen, für echte Liebesbeziehungen usw.) eingesetzt wird (vgl. Mentzos, S. 238 ff.).

Das triebpsychologische Grundmodell befasst sich mit bereits reiferen und höheren Formen der Beziehungsaufnahme. Dieses Modell geht davon aus, dass auf der Basis einer relativ ge-

sunden Persönlichkeits- und Ich-Entwicklung die ödipale Konstellation nicht bearbeitet wurde oder die Triebunterdrückung zu massiv ist. Gegenstand der dazugehörigen Theorien sind vor allem die klassischen neurotischen Konflikte. Menschen, die in irgendeiner Weise triebgehemmt sind, können unter Alkoholeinfluss eher Gefühle äußern, sexuelle Wünsche verwirklichen, besonders aber auch Aggression freisetzen. Unter alkoholabhängigen Menschen finden sich häufig gehemmte, schüchterne Personen, „die ihre Bedürfnisse und Gefühle nicht ausdrücken können und schließlich unter permanenten Druck und innere Spannung geraten, so dass zu einer Regulierung der Libidoökonomie der Alkohol für sie gerade notwendig wird“ (Rost, 2001, S. 130). Im Vordergrund des triebpsychologischen Modells steht die lockernde, entspannende, enthemmende und beruhigende Wirkung des Alkohols bei psychisch relativ stabilen Personen, bei denen sich eher selten eine echte Abhängigkeit entwickelt (vgl. ebd., S. 48). In „diesen Fällen ...ist der Alkoholismus in der Regel nicht besonders schwerwiegend, tritt meistens periodisch auf und ist nur selten chronifiziert“ (Rost, 2001, S. 131). Die triebpsychologischen Grundannahmen scheinen somit geeignet, auch die Phänomene des *normalen Trinkens* zu erklären. Dem Alkohol kommt „in unserer Gesellschaft ja die kulturell untermauerte Funktion zu, sexuelle Hemmungen, Ängste und Widerstände aufzuheben. Tatsächlich gilt es ja in weiten Kreisen als kaum vorstellbar, eine fröhliche Feier ohne die lockernde Wirkung des Alkohols zu gestalten“ (Rost, 2001, S. 49).

Obwohl süchtiges Verhalten zum Lebensstil unserer Gesellschaft gehört und Analytiker die gesellschaftlichen Einflüsse von Sucht (vgl. 5.1.2.3) sicher nicht für gering erachten, besteht aus ihrer Sicht die Gefahr einer grenzenlosen Ausweitung des Suchtbegriffs aber darin, den Blick auf die Problematik des im engeren Sinne Süchtigen zu verlieren und zu vernachlässigen, dass der Art und Funktion des Trinkens beim Abhängigen und Süchtigen eine andere Qualität zukommt als beim Normalen (vgl. Rost, 2001, S. 49). Vor diesem Hintergrund sollte im Rahmen dieses Abschnitts trotz aller Unzulänglichkeiten, die mit einer solch knappen Darstellung verbunden sind, skizziert werden, wie es zur Suchtdisposition eines Menschen kommen kann. Zu der Frage nach den personalen Entstehungsfaktoren von Sucht steht in der Literatur darüber hinaus eine große Anzahl von Charakter- bzw. Persönlichkeitsauffälligkeiten zur Diskussion: starke Verletzbarkeit, emotionale Instabilität, Verantwortungslosigkeit, Missachtung sozialer Normen, Unreife, Zwanghaftigkeit und unverhältnismäßige Leistungsbezogenheit, Ängstlichkeit und Minderwertigkeitsgefühle etc. (vgl. Ladewig, 1996, S. 32 ff.; vgl. a. den Überblick über Vulnerabilitäts- und Festigkeitsfaktoren bei Küfner, 1999). Besondere Bedeutung kommt dabei dem System des Selbstwerts zu, weil hier die komplexen Bezüge von Kognitionen, Affekten, Antrieben und Handlungen bzw. Bewältigungsstrategien gesteuert werden (vgl. Ladewig, 1996, S. 32 ff.).

Gegenüber einem solchen Überblick über mehr oder weniger unzusammenhängende Einzelfaktoren wurde hier die Darstellung der Grundmodelle vorgezogen, weil sie einen Blick auf die zugrunde liegenden psychodynamischen Probleme und die Tiefenstruktur von Sucht erlaubt. Auch dieser Blick ist natürlich immer noch vereinfachend. Vor allem den ich- und selbstpsychologischen Ansätzen wird vorgeworfen, dass die Grundstörung relativ unspezifisch erscheint und letztlich keine Differenzierung hinsichtlich der Frage erlaubt, warum ein Mensch eine Sucht entwickelt, um seine narzisstische Lücke zu schließen, der nächste eine psychosomatische Erkrankung und wieder ein anderer ein neurotisches Symptom (vgl. Rost, 2001, S. 75). Wie Rost deutlich macht, weisen so gut wie alle Klienten des Psychotherapeuten irgendwo eine Ich-Schwäche auf (vgl. ebd.). Solche „Schwächen“ oder „Defekte des Selbst“ sind,

wie im späteren Teil 5.2.5 noch deutlich werden wird, sehr verbreitet und können Grundlage zahlreicher Störungen und Krankheitsbilder sein.

5.1.2.3 *Faktor: Umwelt*

So wichtig es einerseits ist, die Psychodynamik der Sucht zu verstehen, um für den Einzelnen Wege zu finden, sich von gesundheitsgefährdendem Suchtverhalten zu befreien, so kann es doch in einer Gesellschaft mit derart verbreiteten Suchtphänomenen nicht zureichend sein, süchtiges Verhalten nur als individuelles Problem psychischer Abhängigkeit zu sehen. Vor diesem Hintergrund ist auch eine soziologische und kulturkritische Perspektive notwendig, die den Menschen nicht unabhängig von der Gesellschaft begreift, in der er lebt, und die es ermöglicht, Suchtprobleme im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Entwicklungen zu sehen. Z.B. wäre zu fragen, wie Sucht, die ja ganz zentral ein Problem der Gefühlsregulation darstellt, mit den gesellschaftlichen Beziehungen der Menschen untereinander und mit der Art und Weise, wie diese geformt werden, zusammenhängt.

Einen sehr erhellenden Zugang zu diesen Fragen bietet die Arbeit von Norbert Elias „Über den Prozeß der Zivilisation“. Darin untersucht er die Natur menschlicher Gefühle und das Ineinandergreifen von Sozialstruktur, Gefühlsregeln und individueller Gefühlskontrolle, wobei sein Interesse vor allem den langfristigen Transformationen der Gesellschafts- und Persönlichkeitsstrukturen gilt. Kurz zusammengefasst führte der Prozess der Zivilisation nach Elias dazu, dass sich die Gefühlsregulierung des europäischen Menschen von der unmittelbaren Fremdkontrolle spontaner Gefühle (die noch zu Beginn der abendländischen Geschichte überwog) in Richtung auf eine stärkere Selbstkontrolle und vermehrte Selbstregulation entwickelte. Dies wurde notwendig, weil sich unter starkem Konkurrenzdruck die gesellschaftliche Aufgaben- und Funktionsteilung von den frühesten Zeiten der abendländischen Geschichte bis hin zur Gegenwart immer weiter ausdifferenzierte und parallel dazu die Zahl der Funktionen und Menschen, von denen der Einzelne abhängt, ständig zunahm (vgl. Elias, S. 316 ff.). Mit dem immer dichter werdenden Netz der wechselseitigen Abhängigkeiten wuchs aber auch die Notwendigkeit, das Verhalten der Menschen untereinander abzustimmen. Im Zuge dieser Entwicklung nahmen zwar aufgrund des sich herausbildenden staatlichen Gewaltmonopols einerseits die Bedrohungen und Gefahren durch unmittelbare körperliche Auseinandersetzungen ab. Andererseits wurde der Einzelne aber zugleich zur Selbstkontrolle angehalten und gezwungen, seine Triebregungen und Gefühle so zu beherrschen, dass sie sich auf das gesellschaftliche Zusammenspiel möglichst wenig störend auswirken (vgl. ebd., S. 320 f.). Die Auswirkungen dieses Prozesses auf das Gefühlsleben des Einzelnen stellen sich nach Elias folgendermaßen dar:

Gesellschaftliche Verflechtungen erfordern vermehrte Selbstregulation und Beherrschung

Während der Einzelne in der Kriegergesellschaft „seinen Neigungen in vielen Richtungen offen nachgehen (konnte), die inzwischen mit gesellschaftlichen Verboten belegt und unauslebbar geworden sind“ und notfalls „Gewalt üben (konnte), wenn er stark und mächtig genug dazu war“ (ebd., S. 329), wirken in der heutigen Gesellschaft zumeist „waffenlose .. Zwänge und Gewalten“ (ebd., S. 328). Die „stetigeren Zwänge friedlicher, auf Geld- oder Prestigerwerb gestellter Funktionen (halten) den Einzelnen in Bann“ (ebd., S. 325) und führen dazu, dass die Affektäußerungen nicht verschwinden, sich aber mäßigen. Von jedem wird „eine beständige Bewälti-

gung seiner augenblicklichen Affekt- und Triebregungen“ (ebd., S. 328) sowie eine „unaufhörliche..Rück- und Voraussicht über den Augenblick hinaus“ gefordert (ebd.).

Verglichen mit dem Menschen des Mittelalters, der seine Leidenschaften und Gefühle noch „offener und freier nach außen“ (ebd., S. 329) ausleben durfte, ist der Mensch „später, wenn die Fließbänder, die durch das Dasein des Einzelnen laufen, länger und differenzierter werden“ (ebd., S. 330), „in seinem Verhalten, in der Chance zur unmittelbaren Befriedigung seiner Neigungen und Triebe unvergleichlich viel beschränkter als früher“ (ebd.). Er muss einen „Teil der Spannungen und Leidenschaften, die ehemals unmittelbar im Kampf zwischen Mensch und Mensch zum Austrag kamen, ...nun ... in sich selbst bewältigen“ (ebd.).

Schließlich sind für die Verhaltensregulierung kaum noch äußere Zwänge mehr nötig, weil sich dem „Umbau der Gesellschaft, dem Wandel der zwischenmenschlichen Beziehungen entsprechend, ... auch der Affekthaushalt des Einzelnen um(baut)“ (ebd., S. 372). „Die friedlicheren Zwänge, die seine Beziehungen zu anderen auf ihn ausüben, bilden sich in ihm ab; es verfestigt sich eine eigentümlichere Gewohnheitsapparatur in ihm, ein spezifisches 'Über-Ich', das beständig seine Affekte im Sinne des gesellschaftlichen Aufbaus zu regeln, umzuformen oder zu unterdrücken trachtet“ (ebd., S. 330).¹⁰⁴ Der „Kriegsschauplatz wird ... in gewissem Sinne nach innen verlegt“ (ebd., S. 330), mit dem Effekt, dass das Leben dabei zwar „gefahrloser, aber auch affekt- oder lustloser (wird), mindestens, was die unmittelbare Äußerung des Lustverlangens angeht“ (ebd.).

Psychische Verletzungen als Nebenprodukte des Zivilisierungsprozesses

Die Selbstzwänge werden nun zwar „dem einzelnen Menschen von klein auf mehr und mehr als ein Automatismus angezchtet“ (ebd., S. 317). Dennoch geht der Prozess der Umwandlung von Fremdzwängen zu Selbstzwängen nicht immer reibungslos vor sich. Zum einen sind die Triebe und leidenschaftlichen Affekte nicht verschwunden und „kämpfen nun oft genug nicht weniger heftig in dem Einzelnen gegen diesen überwachenden Teil seines Selbst“ (ebd., S. 331). Zum anderen kommt es unter Umständen auch zu Spannungen und „zu einer beständigen Unruhe und Unbefriedigtheit des Menschen, eben weil ein Teil seiner Neigungen und Triebe nur noch in verwandelter Form, etwa in der Phantasie, im Zusehen oder Zuhören, im Tag- oder Nachtraum Befriedigung finden kann; und manchmal geht die Gewöhnung an eine Affektdämpfung so weit – beständige Gefühle der Langeweile oder Einsamkeitsempfindungen sind Beispiele dafür – daß dem Einzelnen eine furchtlose Äußerung der verwandelten Affekte, eine geradlinige Befriedigung der zurückgedrängten Triebe in keiner Form mehr möglich ist. Einzelne Triebzweige werden in solchen Fällen durch einen spezifischen Aufbau des Beziehungsgeflechts, in dem der Mensch als Kind heranwächst, gewissermaßen anästhesiert; sie umgeben sich unter dem Druck der Gefahren, die ihre Äußerung im kindlichen Gesellschaftsraum mit sich bringen, dermaßen mit automatisch auftretenden Ängsten, daß sie unter Umständen für ein ganzes Leben taub und unansprechbar bleiben. In anderen Fällen mögen einzelne Triebzweige durch die schweren Konflikte, in die seine unbehauene, seine affektive und leidenschaftliche

¹⁰⁴ Dem widerspricht nur vordergründig, dass für die moderne Gefühlskultur zumindest im privaten Gefühlsausdruck eine Tendenz zu mehr Spontaneität zu bestehen scheint, die paradoxerweise schon wieder zwanghafte Formen annehmen kann. Möglicherweise handelt es sich auch hier um einen Umgang mit Gefühlen, der zwar in anderer Form als zu den von Elias untersuchten Zeiten, dennoch insofern einen Zwang darstellt, als diese Spontaneität häufig gesellschaftlich gefordert ist und damit eine wichtige Voraussetzung für sozialen Erfolg bildet.

Natur das kleine Menschenwesen auf dem Wege der Modellierung zu einem 'zivilisierten' Wesen unausweichlich bringt, so umgebogen werden, daß ihre Energien nur noch auf Seitenwegen, in Zwangshandlungen und anderen Störungserscheinungen einen unerwünschten Ausweg finden können ... Und hier, wie dort mag eine dauernde, scheinbar unbegründete, innere Unruhe anzeigen, wieviele Triebenergien auf diese Weise in eine Gestalt gebannt sind, die keine wirkliche Befriedigung zuläßt“ (ebd., S. 332).

In diesem langen Zitat bringt Elias sehr deutlich und treffend zum Ausdruck, wie sehr die vermeintlich so individuellen Prozesse psychischer Verletzung und psychischer Störung zugleich quasi unvermeidbare, natürliche Nebenprodukte einer sich zunehmend differenzierenden und sich immer weiter vernetzenden Gesellschaftsstruktur sind. „In günstigeren Fällen mögen – bildlich gesprochen – die Wunden langsam vernarben, die die Zivilisierungskonflikte der Psyche des Einzelnen schlagen; in ungünstigeren Fällen schließen sie sich nie oder öffnen sich leicht wieder bei neuen Konflikten“ (ebd., S. 333 f.). Bei manchen Menschen bildet sich nach allen Mühen und Konflikten dieses Prozesses eine „adäquat funktionierende Gewohnheitsapparatur heraus und zugleich ... eine positive Lustbilanz“ (ebd., S. 335), was nicht notwendig damit einhergeht; in anderen Fällen wird „die gesellschaftlich notwendige Selbstregulierung mit einer schweren Anspannung zur Bewältigung von entgegengerichteten Triebenergien, mit hohen Unkosten an persönlicher Befriedigung erkaufte“ (ebd.). Bei wieder anderen Individuen „ist schließlich überhaupt keine positive Lustbilanz mehr möglich, weil die gesellschaftlichen Gebote und Verbote nicht nur durch andere Menschen, sondern auch durch den derart Geplagten selbst repräsentiert werden, weil eine Instanz in ihm selbst verbietet und bestraft, was die andere möchte“ (ebd., S. 334 f.). Vor diesem Hintergrund geht Elias davon aus, dass der individuelle Zivilisationsprozess nur in wenigen Fällen, „nur an den Rändern der Streuungskurve ganz eindeutig ungünstig oder günstig“ ist (ebd., S. 335). Bei den meisten Menschen mischen sich „gesellschaftlich günstige und ungünstige Züge, persönlich befriedigende und unbefriedigende Tendenzen ... in verschiedenen Proportionen“ (ebd.).

Drogen als Entlastung von gesellschaftlichen Zwängen zur Selbstregulierung

Auch wenn die Aussagen von Elias heute differenziert werden müssen (vgl. Badura, 1990), so scheint doch die generelle Richtung der von ihm beschriebenen Prozesse immer noch zutreffend. „Selbstbeherrschung“, „Affektdämpfung“, „Triebregelung“, „beständiger Zwang“, „unaufhörliche Rück- und Voraussicht“ sind Anforderungen, die zumindest „das Leben in den Zentren dieses Verflechtungsnetzes notwendig macht“ (Elias, S. 337). Unter diesen Umständen wächst die Bedeutung von Möglichkeiten, die hier eine Entlastungsfunktion übernehmen können. Rauschmittel wie Alkohol oder andere stimmungsverändernde Substanzen, in zunehmendem Maße aber auch psychotherapeutische Angebote übernehmen diese Funktion, weil das ursprüngliche Ausleben und die ungehemmte Affekthandlung als Möglichkeit ausgeschieden sind. In einer Gesellschaft, die einen immer höheren Bedarf an selbstkontrolliertem Verhalten ihrer Mitglieder hat, stellt süchtiges Verhalten ein nicht nur mögliches, sondern, wie die Verbreitung zeigt, sehr wahrscheinliches Handeln dar (vgl. Nöcker, S. 79). „Gesellschaft auf Droge“ ist der Titel der Zeitschrift MAX im November 2000, die wie viele andere Zeitschriften die Affäre um den Fußballtrainer Daum zum Anlass nimmt, sich mit der süchtigen oder bedröhnten Gesellschaft zu befassen. „Wir haben eine sehr intensive Nutzung von Drogen – die einzelnen Substanzen haben ihre Kundschaft in der gesamten Gesellschaft“ (MAX, 11/2002, S. 5), wird der Gesundheitswissenschaftler Hurrelmann zitiert.

Dabei scheint nicht erst seit heute ein weitgehender Konsens darin zu bestehen, dass Sucht ein bedeutendes Wesensmerkmal unserer Gesellschaft und „süchtiges Verhalten Begleitphänomen des entfremdeten Erlebens in einer Konsumgesellschaft ist“ (Rost, 2001, S. 11). Wilson-Schaeff (1996) spricht vom „Zeitalter der Sucht“. Für Passett, einen Autor, der von dem Psychoanalytiker Rost zitiert wird, „stellt Sucht die sozusagen reinste Form einer durch gesellschaftliche Bedingungen produzierten und zugleich für die Weiterexistenz dieser Gesellschaft notwendigen Konsumorientierung dar“ (Rost, 2001, S. 74). Schmidbauer hat in einem Artikel mit der Überschrift „Wir Fixer“ Parallelen zwischen der Krankheit des einzelnen Süchtigen und dem Zustand der Industriegesellschaft gezogen. „Lange bevor ein Fixer sich den letzten Schuß versetzt, erlischt seine Selbstbestimmung. Er weiß, was er sich antut, und tut es. Unsere Industriegesellschaft bietet ein ähnliches Krankheitsbild: Sie weiß, dass sie die Lebensgrundlagen aufzehrt und tut es“ (Schmidbauer, 1982, S. 60). „Wie eine Drogenabhängige muß sie ... das hier und da aufflackernde Bewusstsein des selbstinszenierten Untergangs durch Arbeit, die Behauptung von Sachzwängen und durch eine ausgefeilte Ablenkungsindustrie betäuben“ (ebd., S. 90). Man stelle sich nur einmal vor, welche Konsequenzen es hätte, wenn sämtliche Alltagsdrogen inkl. Psychopharmaka vom Markt genommen würden und wenn Menschen zudem noch auf ihre stoffungebundenen Süchte, wie Fernsehen oder Internet oder Einkaufen, verzichten müssten.

5.2 Beispiele stoffungebundener Sucht

Sucht als Mittel zum Überleben. Sucht aber auch als Ausdruck der Sehnsucht nach einem besseren Leben und nach vielfältigem Erleben, als kleine Flucht aus dem grauen Alltag der Normalität. Auf der Suche nach einem anderen, intensiveren, spannenderen, sinnvolleren Leben ist ein soziales Wesen wie der Mensch in großem Maß von zwischenmenschlicher Aufmerksamkeit, Zuwendung, Anerkennung, Geborgenheit und Verhaltensorientierung abhängig. Wenn aber in einer Gesellschaft die Zwänge zur Selbstregulierung zunehmen und umgekehrt die Möglichkeiten zur Herstellung der ersehnten Zwischenmenschlichkeit in einer immer virtuelleren und individualisierteren Welt abnehmen, dann werden Konsumorientierung und süchtiges Verhalten schnell zu verständlichen Ersatzstrategien für ein wirklich befriedigendes, reiches und erfülltes Leben. Dass es süchtiges Verhalten auch ohne Drogen gibt, wurde bereits festgestellt. Dass die meisten dieser stoffungebundenen Süchte gesellschaftlich akzeptierte und sogar gewünschte Verhaltensweisen darstellen, macht es nur noch schwerer, Sucht von Nicht-Sucht und von sogenannten kleinen Schwächen zu unterscheiden. Ob Arbeitssucht, Spielsucht, Kaufsucht, Medien- oder Computersucht, jede dieser Süchte hilft sich abzulenken, „zuzudröhnen“, innere Leere zu füllen und Ängste und Probleme abzuwehren, die sonst zu nahe heranrücken könnten und bewältigt werden müssten.¹⁰⁵ Manche dieser Suchtformen sind leichter zu erkennen. Andere eher schwer, weil sie wie die Arbeitssucht eng mit Leistungsanforderungen unserer Gesellschaft verknüpft sind. Arbeitssucht bringt zumindest bis zu einem gewissen Ausmaß Anerkennung im Beruf und ist von großem gesellschaftlichen Nutzen, so dass man sich fragen muß, ob die Wirtschaft nicht vielleicht die Arbeitssüchtigen braucht (vgl. Gross, S. 133).

¹⁰⁵ In der bereits angeführten Zeitschrift MAX (S. 66) wird eine junge Frau, Nicole, 24 Jahre, zitiert: „Wenn man auf Ecstasy ist, kann man die genialsten Gespräche führen – und unendliche Zuneigung fühlen. Aber am nächsten Tag ist alles weg und vergessen.“

In diesem Teil soll nun beispielhaft für die stoffungebundenen Süchte eine Art von Sucht untersucht werden, die unter den Begriffen „Co-Abhängigkeit“ und „Helfer-Syndrom“ diskutiert wird. Beide Phänomene stammen aus ganz verschiedenen Traditionen und haben erst auf den zweiten Blick miteinander zu tun. Co-Abhängigkeit meint die quälende Abhängigkeit von einem (süchtigen) anderen Menschen und ist ein Begriff, der vor allem aus der amerikanischen Selbsthilfebewegung zur Überwindung von Süchten verschiedenster Art stammt. Das Konzept der „Co-Abhängigkeit“ wird hier u.a. einbezogen, weil daran besonders gut die Merkmale einer stoffungebundenen Sucht, nämlich des süchtigen Beziehungsverhaltens herausgearbeitet werden können. Beide, Co-Abhängigkeit und Beziehungssucht können als zwei Seiten derselben Medaille betrachtet werden (vgl. DHS, 1997 b). In einem weiteren Schritt wird dann das „Helfer-Syndrom“ untersucht, ein Konzept, welches in Deutschland von dem Psychoanalytiker Schmidbauer vor einem tiefenpsychologischen Hintergrund entwickelt und in die Diskussion gebracht wurde. Aufschlussreich und einem vertieften Verständnis der Suchtproblematik sehr dienlich ist nun, dass beide Konzepte Parallelen aufweisen. Darüber hinaus ist anhand dieser beiden Konzepte eindrucksvoll zu verdeutlichen, wie nah beieinander die Probleme „süchtiger“ und „co-abhängiger“ Klienten und die Probleme der Helfer, der Professionellen liegen. Der Typ Sucht, um den es hier geht, scheint in der Durchschnittsbevölkerung ebenso von Bedeutung zu sein wie in den helfenden Berufen.

Wenn Schmidbauer eine Parallele zwischen Helfer-Syndrom und süchtigem Verhalten zieht und so weit geht, vom „Helfen als Droge“ zu sprechen (vgl. Schmidbauer, 1992, S. 39), dann würden Suchtkrankenhelfer möglicherweise einwenden, dass es unzulässig ist, die Beziehung zu einer Droge mit einer personalen Beziehung gleichzusetzen (vgl. Rennert, S. 181). Da es hier aber nicht um die Problematik der Suchtkrankheit geht, sondern darum, ein übergreifendes Verständnis für Erscheinungsform und tiefere Funktion von Sucht bzw. Suchtverhalten zu wecken, scheint es doch legitim, die Beziehung zu anderen Menschen wie andere Suchtverhaltensweisen unter der Fragestellung gelingender oder misslingender Gefühlsregulierung zu betrachten.

5.2.1 Co-Abhängigkeit: Herkunft des Begriffs, Definitionen, Ursachen

Co-Abhängigkeit ist ein Begriff, der seit etwa Mitte der siebziger Jahre im Bereich der amerikanischen Suchtkrankenhilfe einen festen Platz hat. Der Begriff Co-Abhängigkeit (co-dependency) wird allgemein zur Beschreibung von Personen verwendet, die mit einem Süchtigen zusammenleben bzw. für die die Beziehung zu einem Süchtigen eine wichtige Rolle spielt, und deren Leben dadurch beeinträchtigt ist. So wird einerseits jedes Verhalten als co-abhängig bezeichnet, das die Sucht einer abhängigen Person unterstützt. Beispielsweise wird der Betrieb, der einen Angestellten nicht mit seiner Sucht konfrontiert, ebenso als co-abhängig bezeichnet wie der Hausarzt, der noch immer Psychopharmaka verschreibt und Magengeschwüre behandelt, obwohl es sich dabei um Symptome von Drogenmissbrauch handelt. Andererseits gilt Co-Abhängigkeit in den USA aber auch als eigenständige Krankheit der Angehörigen, die sich – ebenso wie die Sucht des Drogensüchtigen – auf das Verhalten und die Persönlichkeit der Betroffenen sowie auf das gesamte Umfeld auswirkt. In der Bundesrepublik ist der Begriff weniger verbreitet. Die Vorstellung, dass auch Co-Abhängige Kranke sein sollen, stößt bei den Professionellen eher auf Widerstand, bei den betroffenen Angehörigen dagegen auf Resonanz (vgl. Rennert, 1989). Angehörige von Suchtkranken schließen sich zunehmend zusammen und fordern, in die Behandlung einbezogen und in ihrer Selbsthilfefähigkeit unterstützt zu werden.

Ebenso bringt die starke Reaktion betroffener Frauen z.B. auf das Buch von Robin Norwood (1996): „Wenn Frauen zu sehr lieben“ großes Interesse an dem Phänomen zum Ausdruck.

Für ein besseres Verständnis dieser Situation ist es hilfreich, kurz den amerikanischen Hintergrund zu betrachten. Die Entwicklung und Verbreitung des Begriffs ist in den USA vor allem im Zusammenhang mit dem Anwachsen der Selbsthilfebewegung und mit deren Ausdifferenzierung zu sehen. Zu den unterschiedlichsten Süchten, seien es „chemical dependency“, Arbeitssucht, Spielsucht, Esssucht oder Liebes- und Beziehungssucht, existieren Selbsthilfegruppen, deren Arbeit stark von der Philosophie der Anonymen Alkoholiker und deren 12-Schritte-Programm geprägt ist. Wie sehr diese „Philosophie“ die amerikanische Gesundheits- und „Psycho“-Bewegung geprägt hat, zeigt ein Blick in die einschlägigen Abteilungen deutscher Buchhandlungen und Stadtbüchereien. Die Themen Sucht im Allgemeinen und Co-Abhängigkeit im Speziellen finden sich nicht nur in der amerikanischen Selbsthilfeliteratur zu einschlägigen Süchten, sondern auch in Büchern amerikanischer Therapeuten zu anderen Themen (vgl. z.B. Chopich u. Paul, 1998, oder den Bestsellerautor Gray, 1998, S. 311). So scheint die Beschäftigung mit süchtigem Verhalten im weitesten Sinne und die Auseinandersetzung mit süchtigen Anteilen in uns und dem uns umgebenden Gesellschaftssystem in den USA sehr viel mehr als bei uns verbreitet zu sein. Dabei stammt der Begriff „Co-Abhängigkeit“ in erster Linie von den Betroffenen selbst. Er wurde vor allem durch einige Professionelle verbreitet, die selbst – z.B. als Kinder von Alkoholabhängigen – betroffen sind. Diese haben ihre Erfahrungen veröffentlicht und dadurch dazu beigetragen, dass die Problematik ins Bewusstsein einer breiten Öffentlichkeit rückte (vgl. Rennert, S. 89 ff.).

Co-Abhängigkeit als lebens- und kommunikationsfeindliches Verhaltensmuster

Co-Abhängigkeit ist ein Phänomen, das nach Ansicht verschiedener Autoren nicht nur im Zusammenhang mit der Sucht einer anderen Person zu verstehen ist, sondern über drogen- und suchtbedingte Entwicklungen hinaus auch in anderen Beziehungen zu beobachten ist. In diesem Sinne definiert beispielsweise Wegscheider-Cruse, die das Phänomen als eine der ersten beschrieben hat, Co-Abhängigkeit folgendermaßen: „Co-abhängigkeit ist ein spezifischer Zustand, der durch die vorrangige Beschäftigung mit einem anderen Menschen oder Objekt, sowie durch eine emotionale, soziale und manchmal auch körperliche Abhängigkeit von diesem charakterisiert ist“ (Wegscheider-Cruse, S. 2; Übersetzung von mir/ U.F.).

Subby, ein in den Anfängen seiner Helferkarriere selbst betroffener Psychologe und Psychotherapeut, betont ebenfalls, dass Co-abhängigkeit nicht nur im Umgang mit einem drogen oder alkoholabhängigen Menschen entsteht, sondern ein problemverleugnendes, lebens- und kommunikationsfeindliches Bewältigungsmuster darstellt, welches in jedem Familiensystem entstehen kann, welches von bestimmten starren, dysfunktionalen und gefühlsunterdrückenden Familienregeln geprägt ist (vgl. Subby, S. 15 ff.).¹⁰⁶ Subby weist darauf hin, dass Menschen, die in einem solchen Regelsystem aufwachsen, nicht lernen können, dass es auch andere Möglichkeiten gibt, dass man Gefühle haben und sogar ausdrücken darf, dass es auch die Möglichkeit gibt, Fehler zu machen, Schwächen zu zeigen, verletzlich zu sein und um Hilfe zu bitten.

¹⁰⁶ Typisch sind z.B. die folgenden Regeln und unrealistischen Erwartungen: „(1) über Probleme spricht man nicht; (2) seine Gefühle zeigt man nicht; (3) Kommunikation findet am besten indirekt statt, wobei eine Person als Vermittler zwischen zwei anderen agiert (Triangulation); (4) sei immer stark, gut, perfekt und glücklich; (5) sei selbstlos; (6) tu, was ich sage, aber nicht, was ich tue; (7) benimm Dich nicht wie ein Kind bzw. sei nicht kindisch; (8) mach uns keine Schande (9) über Sexualität spricht man nicht (vgl. Subby, S. 29 f.).

Kinder, die in einer solchen Umgebung aufwachsen, werden in ihrer Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigt. Ebenso sind Menschen, die in einer co-abhängigen Realität gefangen sind, in ihren Möglichkeiten des Wachstums, der Veränderung und Entwicklung blockiert (vgl. ebd., S. 29 f.). „Co-abhängige Personen sind eingeschlossen in einem Käfig von Familienregeln, die gesunde Entwicklung unmöglich machen. ... In dieser Realität können sie ihre wahren Gefühle nicht zeigen, bleiben innerlich einsam und isoliert“ (Rennert, S. 164). Oft ist in diesem Zusammenhang von eingefrorenen Gefühlen die Rede (vgl. ebd.). „Unter einer Oberfläche, die glücklich und erfolgreich aussieht, liegen Gefühle der Angst und Schuld, der Verletzung, Wut, Ohnmacht und Einsamkeit“ (ebd.). Dabei ist es durchaus möglich, in einem Lebensbereich überzeugend zu funktionieren und gleichzeitig in einem anderen Bereich, wo es z.B. um Beziehungen geht, noch im alten Gefängnis eingefroren zu sein (vgl. Friel, Subby u. Friel, zit. n. Rennert, S. 164).

Da solche Familienregeln in unserer Gesellschaft mehr oder weniger verbreitet sind, wird angenommen, dass der Kreis der Personen, die stark gefährdet sind, Co-Abhängigkeit zu entwickeln, größer ist als der Kreis derer, für die die Beziehung mit einem Süchtigen eine Rolle spielt. „Jeder, der in einer Familie voller Realitätsverleugnung, Verhaltenszwängen und Gefühlsunterdrückung lebt, ist anfällig für Co-abhängigkeit“ (Wegscheider-Cruse, S. 5).¹⁰⁷ Zugleich müssen aber nicht alle Menschen aus belasteten Familien zwangsläufig co-abhängig oder suchtkrank werden. Auch können sich die dysfunktionalen Regeln, die in der Kindheit internalisiert wurden, vielleicht erst Jahre später auswirken, z. Bsp. wenn sie im Zusammenleben mit einem Drogen konsumierenden Menschen zur Entwicklung von Co-Abhängigkeit beitragen (vgl. Rennert, S. 191). Ebenso ist es möglich, dass eine Person nicht aus einer problembelasteten Familie stammt und erst später co-abhängig wird und die dysfunktionalen Regeln übernimmt, wenn sie als erwachsener Mensch in eine Beziehung mit einer Person oder einer Familie tritt, die ihrerseits belastet ist (vgl. ebd., S. 166).

5.2.2 Merkmale co-abhängigen Verhaltens

Im Mittelpunkt der Co-Abhängigkeits-Problematik, deren Merkmale und Symptome im folgenden auf der Grundlage der Bücher von Wilson-Schaef (vgl. 1997, S. 55 ff.) und Melody (vgl. 2001, S. 44 ff.; 2002, S. 27 ff.) zusammenfassend dargestellt werden, stehen *mangelnde Selbstachtung* und *labiles Selbstwertgefühl*. Sehr viele Menschen sind unter solchen Voraussetzungen aufgewachsen, dass sie nicht ganz sie selbst sein durften, sondern versuchen mussten, möglichst brav, perfekt und angepasst zu sein, um ihren Eltern zu gefallen und sich geliebt zu fühlen. Für sie ist es schwer, Selbstachtung zu entwickeln und sich von innen heraus selbst zu schätzen, so dass leicht eine Beziehung zur Umwelt entsteht, die als *Außenorientierung* charakterisiert wird. Dies bedeutet, dass Menschen, die Schwierigkeiten mit angemessener Selbstachtung haben und sich selbst nicht wichtig finden, Gefahr laufen, Bestätigung bei anderen zu suchen, sich an den Erwartungen anderer auszurichten und so gut wie alles zu tun, um eine Beziehung aufrechtzuerhalten. In Alkoholiker- oder anderen dysfunktionalen Familien müssen sich Co-Abhängige häufig selbst aufgeben, um zu überleben, und oft erstaunliche Fä-

¹⁰⁷ Als besonders gefährdet gelten auch Personen aus Familien, die ein Geheimnis haben, aus traumatisierten Familien, aus rigiden und dogmatischen Familien und aus solchen, in denen zu „erlernter Hilflosigkeit“ erzogen wird und sich so ein übermäßiges Bedürfnis nach einer Bestätigung durch andere entwickelt (vgl. Wegscheider-Cruse, S. 6 ff.).

higkeiten entwickeln, die Vorlieben und die Abneigungen ihrer Umwelt aufzuspüren. Co-Abhängige sind darauf programmiert, die Standpunkte anderer zu verstehen und ihre eigenen hintanzustellen. So ist es zu erklären, dass Co-Abhängigkeit regelmäßig mit **Beziehungssucht** assoziiert ist, da ohne Beziehung für solche Menschen die Gefahr besteht, sich als Nichts zu fühlen.

Zwangsläufig geht aber auch der Kontakt zu den eigenen Gefühlen verloren, wenn jemand ständig damit beschäftigt ist, die Erwartungen anderer zu erfüllen. In einem gestörten Familiensystem lernen die Betroffenen, ihre Gefühle nicht zum Ausdruck zu bringen und Gefühle, die nicht gesellschaftsfähig sind, zu leugnen. Schließlich sind sie ihren Gefühlen so entfremdet, dass sie Wünsche überhaupt nicht mehr äußern können, oder sie unterdrücken ihre Gefühle so lange, dass sie sich dann manchmal unkontrolliert Luft machen. In diesem Zusammenhang besteht die Schwierigkeit aber nicht nur darin, dass Co-abhängige nicht im Kontakt mit ihren Gefühlen sind. Sie haben überhaupt **Schwierigkeiten, eigene Bedürfnisse und Wünsche zu erkennen**, sich ihres Selbsts bewusst zu sein, einen eigenen Maßstab zu entwickeln und **über die eigene Realität zu verfügen**.

Gefühle sind eine wichtige Informationsquelle dafür, wie wir uns selbst und die Welt wahrnehmen. Ein Mensch muss zunächst eine Beziehung zu sich selbst herstellen, nämlich wissen, was er denkt und fühlt, um eigene Bedürfnisse zu erkennen, aber auch um eigene Grenzen wahrzunehmen. Erst dann kann er auch eine klare Beziehung zu seiner Umwelt haben, und erst dann ist er in der Lage, auch einen anderen als abgegrenzte Person mit eigenen Gefühlen, Gedanken und Handlungsentwürfen zu sehen. Nur wer seine eigenen Grenzen kennt, kann auch die Grenzen anderer anerkennen und Achtung davor entwickeln. Co-Abhängige haben **Schwierigkeiten** damit, **eigene Grenzen zu erkennen und zu setzen**. Mangels eigener Grenzen und zu wenig ausgeprägter Selbstachtung tendieren sie dazu, vieles persönlich zu nehmen und die Verantwortung für Probleme anderer zu übernehmen, als seien sie selber die Ursache dafür und könnten die Probleme aus der Welt schaffen. Neben dieser Tendenz zur Selbstbezogenheit wird schließlich die **übertriebene Fürsorge**, das Helfenwollen zu den charakteristischen Merkmalen co-abhängiger Menschen gezählt. Aufgrund ihres niedrigen Selbstwertgefühls können Co-Abhängige sich nur schwer vorstellen, dass jemand sie um ihrer selbst willen mögen könnte, und sind sehr auf Bestätigung angewiesen. Daher machen sie sich unentbehrlich und brauchen das Gefühl, gebraucht zu werden.

Co-Abhängigkeit – Persönlichkeitsstörung oder gesellschaftliches Phänomen?

Viele, wenn nicht die meisten Menschen sind unter solchen Voraussetzungen aufgewachsen, dass sie nicht ganz sie selbst sein durften. Auch sind viele der eben beschriebenen Verhaltensweisen so sehr verbreitet, dass sich natürlich die Frage stellt, wo der Normalzustand aufhört und die Co-Abhängigkeit beginnt. Wilson-Schaef weist darauf hin, dass der Typ Frau, auf dessen Befreiung die Frauenbewegung abzielt, einer Co-Abhängigen in Reinkultur entspricht, dass aber auch Männer unter geringem Selbstwertgefühl und Fremdbestimmung leiden und von ihren Gefühlen abgespalten sind (vgl. Wilson-Schaef, 1997, S. 47). So kommt sie zu dem Schluss, dass Co-Abhängigkeit ein umfassendes gesellschaftliches Phänomen der nordamerikanischen Kultur darstellt, das eine Manifestation des tief in der Gesellschaft verwurzelten Suchtprozesses und wahrscheinlich typisch für die gesamte westliche Welt ist. Sie sieht in der Co-Abhängigkeit sogar ein weitreichendes Konzept, mithilfe dessen viele andere theoretische Ansätze (Suchtprobleme, Familientherapie, viele psychosoziale und geschlechtsspezifische

„Frauen- und Männerprobleme“) integriert werden könnten. Problematisch daran ist, dass bei Wilson-Schaef nicht deutlich wird, worin sich z.B. sozialisationsbedingte Abhängigkeitsprobleme von Frauen von der Krankheit bzw. Persönlichkeitsstörung Co-Abhängigkeit unterscheiden.¹⁰⁸

Andererseits, und das ist das Verdienst von Wilson-Schaef, richtet sie die Aufmerksamkeit auf ein Phänomen, das von vielen Menschen als leidvoll erlebt wird, ohne dass sie sich deshalb gleich als krank oder als persönlichkeitsgestört empfinden müssten. Ihr verallgemeinerndes Konzept von Co-Abhängigkeit ist dann hilfreich, wenn man sich Abhängigkeit und Unabhängigkeit nicht als dichotome Gegensätze, sondern als ein Kontinuum zwischen individuierter Bezogenheit und süchtiger, krank machender Abhängigkeit vorstellt. Hier ist dann Spielraum für ein breites Spektrum von Verhaltensweisen bzw. Persönlichkeitsmerkmalen, die zum Teil schon in der weiblichen Rolle angelegt sind, auf jeden Fall aber vielen Menschen und nicht nur Frauen wohlvertraut sind. Die Auflagen der Bücher von Wilson-Schaef (1994, 1995, 1996, 1997, 1999) und Robin Norwood (1996), die sich an Frauen mit der heimlichen Sucht, gebraucht zu werden, richtet, zeigen deutlich, wie sehr das Thema auf breite Resonanz trifft. Hier wie bei anderen Lebensstilen wissen die Betroffenen selber am besten, wo der Genuss aufhört und wo zwanghafte, möglicherweise stressende und krank machende Abhängigkeiten anfangen.

Mit Bezug auf den bereits erwähnten Autor Subby, fasst Rennert zusammen, dass Co-Abhängige „nicht in jedem Fall unglückliche oder unzufriedene Menschen sein müssen; ihr Lebensstil orientiert sich zwar an sehr engen Richtlinien, dies muß jedoch nicht in jedem Fall zu schwerwiegenden Konsequenzen führen“ (Rennert, S. 165). Wenn ein Individuum allerdings über einen längeren Zeitraum nach dysfunktionalen Regeln lebt, um seine ungelösten Probleme und Konflikte in den Griff zu bekommen, dann besteht die Gefahr, dass es auch körperlich krank wird und Beschwerden entwickelt, die entweder durch Stress hervorgerufen oder verstärkt werden (vgl. Subby, S. 83 ff.). So werden stressbedingte Krankheiten häufiger bei den Menschen gefunden, die nach den Kriterien von Cermak (vgl. Fußnote 108) zu den Co-Abhängigen gehören (vgl. Cermak, S. 33 f.; vgl. a. Rennert, S. 151 f.).

¹⁰⁸ Während co-abhängige Persönlichkeitsmerkmale weit verbreitet sein mögen, müssten für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach Ansicht des Psychiaters Cermak verschiedene Kriterien in der Art des DSM-III zusammenkommen. Mit dem Blick darauf schlägt er 5 Kriterien vor: Danach verknüpfen Co-Abhängige ihr Selbstwertgefühl fortgesetzt mit dem Bemühen, ihre eigenen und die Gefühle und Verhaltensweisen anderer Personen zu beeinflussen und zu kontrollieren, obwohl sie dabei offensichtlich schwerwiegende negative Konsequenzen erfahren. Zweitens gehen Co-Abhängige davon aus, dass sie verantwortlich für die Befriedigung der Bedürfnisse anderer sind, während sie dabei zugleich ihre eigenen Bedürfnisse vernachlässigen. Drittens leiden sie in intimen Situationen und bei Trennungen unter Ängstlichkeit und Abgrenzungsproblemen. Viertens neigen sie zu Verstrickungen in Beziehungen mit Drogenabhängigen, mit anderen Co-Abhängigen oder mit Personen, die in ihrer Persönlichkeit bzw. in der Beherrschung ihrer Impulse gestört sind. Schließlich zeigen Co-Abhängige mindestens drei der folgenden Merkmale: Exzessive, aber weitgehend unbewusste Verleugnung der Co-abhängigkeit; eingeschränktes emotionales Erleben; Depression, übermäßige Wachsamkeit für Unvorhergesehenes und Bedrohliches, Zwänge, Ängste, Drogenmissbrauch; häufig waren oder sind Co-abhängige auch Opfer von körperlichem und/oder sexuellem Missbrauch, leiden unter stressbezogenen körperlichen Krankheiten und leben mindestens zwei Jahre in einer engen Beziehung mit einem aktiv drogenmissbrauchenden Menschen, ohne fremde Unterstützung zu suchen (vgl. Cermak, S. 11ff.; vgl. a. die ausführliche Darstellung bei Rennert, Kap. 11). Nach Cermak „kann die Diagnose Co-Abhängigkeit nur angesichts einer identifizierbaren Dysfunktion getroffen werden, die aus einer exzessiven Rigidität oder Intensität in Verbindung mit diesen Merkmalen resultiert“ (Cermak, S. 10).

Manche Aspekte des Konzepts „Co-Abhängigkeit“ werden LeserInnen, die sich bereits mit der Helferproblematik befasst haben, bekannt erscheinen. Parallelen zwischen diesen beiden und anderen Konzepten werden in einem späteren Abschnitt (5.2.5.) dargestellt. Zunächst wird am Beispiel des Helfersyndroms verdeutlicht, wie es aus tiefenpsychologischer Perspektive zu der Unfähigkeit kommt, eigene Gefühle und Bedürfnisse zu erkennen und zu äußern.

5.2.3 Das Helfer-Syndrom / Die Helfer-Problematik

Mellody (2002) gibt ihrem Buch über die Entstehung und Auswirkung von Co-Abhängigkeit den Titel: „Verstrickt in die Probleme anderer“. Dieses Problem kennen auch die hilflosen Helfer in der Bundesrepublik. Hier wird allerdings in Helferkreisen wenig über Co-Abhängigkeit gesprochen. Probleme der Helfer werden hierzulande vor allem unter den Stichworten „Helfer-Syndrom“ und „Burnout“ diskutiert. Zwar ist die Diskussion um das Helfer-Syndrom schon über 20 Jahre alt. Die Auflagen der einschlägigen Bücher sprechen aber für ein anhaltendes Interesse an dem Thema. Auch wurde das Konzept in seiner Allgemeingültigkeit inzwischen von seinem Urheber relativiert (vgl. Schmidbauer, 2002). Dennoch kann es im hier diskutierten Zusammenhang aufschlussreiche Hinweise darauf liefern, wie es dazu kommt, dass neben den bereits diskutierten Suchtverhaltensweisen auch dem Helfen eine wichtige gefühlsregulierende Funktion zukommen kann.

Der Psychoanalytiker Wolfgang Schmidbauer, der die seelische Problematik der helfenden Berufe unter dem Titel „Hilflose Helfer“ (2000) untersucht hat, sieht die grundlegende Problematik des Menschen mit Helfer-Syndrom darin, dass sich hinter einer starken, unangreifbaren Fassade des Gebenden, Verstehenden, dessen, der für andere da ist, narzisstische Bedürftigkeit, Schwäche und Hilfsbedürftigkeit verbergen, die aber kaum bewusst sind und verleugnet werden müssen. Schmidbauer bezeichnet daher das Helfer-Syndrom auch als eine „zur Persönlichkeitsstruktur gewordene Unfähigkeit, eigene Gefühle und Bedürfnisse zu äußern“ (ebd., S. 15), die sich auf dem Hintergrund einer lebensgeschichtlich erworbenen Angst vor Abhängigkeit und gefährlicher Nähe entwickelt (vgl. ders., 1992, S. 192 ff.). „Kennzeichnend für das Helfer-Syndrom ist, dass der Betroffene die Regulation seines Selbstgefühls weniger an gegenseitige als an einseitige Beziehungen zu anderen Menschen knüpft. Da er oft schon als Kind nicht um seiner gegenwärtigen, persönlichen Gefühle und Eigenschaften geliebt wurde, sondern wegen der Verhaltensweisen, mit denen er sich an idealisierte Vorstellungen seiner Bezugspersonen anpaßte, glaubt er nur für das, was er macht, geliebt zu werden, nicht für das, was er ist. Im Hintergrund dieser Haltung steht eine tiefe narzißtische Kränkung, die ein großes, wegen seiner Verdrängung unersättlich wirkendes narzißtisches Bedürfnis entstehen ließ. Die Kränkung erfolgt aus einer Situation der Abhängigkeit und Nähe heraus, mit denen das Kind ursprünglich seinen Bezugspersonen begegnet“ (ders., 2000, S. 56 f.). In der Folge sind Abhängigkeit und Nähe mit großem seelischem Schmerz verknüpft. Sie werden abgespalten, vergessen und ganz oder teilweise vermieden.

Obwohl die narzisstische Bedürftigkeit ganz oder teilweise unbewusst ist, bleibt sie dennoch groß und „in ihrem archaischen, undifferenzierten, für den Erwachsenen unersättlich wirkenden Charakter erhalten“ (ebd., S. 57). Während in einer liebevollen Umgebung Gefühle selbstverständlich erlebt und gezeigt werden dürfen, kann sich das Gefühlsleben unter den oben beschriebenen Bedingungen nur wenig differenzieren und entwickeln. Dies äußert sich beispielsweise „in einer wenig ausgebildeten Fähigkeit, erfüllbare Wünsche zu äußern. Wünsche werden eher angesammelt und dann als Vorwürfe gegen die Umwelt ... ausgesprochen, wenn nicht noch

indirektere Wunschäußerungen überwiegen (z.B. Sucht, Suizid oder psychosomatische Krankheit als selbstzerstörerischer Appell an andere, um deren Zuwendung oder Hilfe zu erlangen)“ (ebd., S. 26).

Statt gesunder Eigenliebe: Verdrängung eigener Bedürfnisse und Gefühle

Da, wo die primären Bezugspersonen dem Kind einführend begegnen und es als das annehmen, was es augenblicklich ist und aufgrund seiner Bedürfnisse will, kann das Kind eine gesunde Eigenliebe entwickeln (vgl. ebd., S. 55). Stößt es dagegen auf Ablehnung seiner von den Bezugspersonen nicht gewünschten Eigenschaften, werden „Entwicklungs- und Wachstumsprozesse durch Ausleseprozesse ersetzt“ (ebd., S. 14). Das Kind lernt, „dass es seine ‘guten’ Eigenschaften entwickeln darf, seine ‘schlechten’ hingegen abspalten und verdrängen muß“ (ebd.). Es versucht dann, die „für sein Selbstgefühl bedrohliche Zeitspanne seiner Entwicklung dadurch zu bewältigen, dass es sich mit Teilen der einfühlungsarmen Bezugsperson identifizier(t)“ (ebd., S. 59) und sich bemüht, die „in früher Kindheit erlittene, meist unbewußte und indirekte“ Ablehnung seitens der Eltern durch Überanpassung an deren Normen und Erwartungen „emotional durchzustehen“ (ebd., S. 90). Ich – Stärke kann unter solchen Bedingungen nur durch die Identifizierung mit dem anspruchsvollen Über-Ich und einem hohen, starren Ich-Ideal des Helfens, des Gut-Seins entwickelt werden (vgl. ebd., S. 54 ff.). Viele andere Verhaltensweisen (z.B. Durchsetzung, Zärtlichkeit, sexuelle Impulse, Gefühlsintensität), die ebenfalls für die Entwicklung wichtig wären, werden nicht einführend begleitet und gespiegelt und müssen abgespaltet und unterentwickelt gelassen werden (vgl. ebd., S. 15).

Aufgrund dessen entwickelt sich eine Persönlichkeit, die unfähig ist, eigene Gefühle und Bedürfnisse zu zeigen, weil diese nicht angemessen befriedigt wurden. „Die eigenen Bedürfnisse nach narzißtischer Versorgung durch Zuwendung und offenen Austausch von Gefühlen können nicht angemessen befriedigt werden, weil sie sich nur indirekt – durch das starre Festhalten an der Helfer-Rolle – ausdrücken“ (ebd., S. 19). Nur der Patient/Klient darf seine Belange äußern, Abhängigkeit zeigen und Hilfe annehmen, während der Helfer seinerseits eigene Hilfslosigkeit, Empfindlichkeit und Schwächen kaum zeigen kann. „Gerade darin drückt sich das Helfer-Syndrom besonders deutlich aus, daß Schwäche und Hilflosigkeit, offenes Eingestehen emotionaler Probleme nur bei anderen begrüßt und unterstützt wird, während demgegenüber das eigene Selbstbild von solchen <Flecken> um jeden Preis freigehalten werden muß“ (ebd., S. 16 f.).

Die Drogen „Helfen“ oder „Arbeiten“ überdecken das unerfüllte Leben

Aufgrund eines labilen Selbstwertgefühls und großer Kränkbarkeit vermeiden Helfer Beziehungen zu Nicht-Hilfsbedürftigen. Um Abhängigkeit zu vermeiden, bauen sie häufig Beziehungen auf, in denen die Abhängigkeit beim Partner größer ist als bei ihnen selber (vgl. 2000, S. 58 ff.). Da der Betroffene „die Ablehnung vitaler Bedürfnisse seines kindlichen Selbst in eine vorwegnehmende Ablehnung der eigenen Person umgesetzt hat“ (ebd., S. 87), sind Abhängigkeit, Nähe und Intimität in gegenseitigen sozialen Beziehungen für ihn riskant. Wer sich wegen eines in der Kindheit erfahrenen Mangels an Geborgenheit sehr viel davon wünscht, „scheint zugleich Ängste vor diesem Bedürfnis zu entwickeln“ (ders., 1992, S. 46), weil er befürchtet, dass er sich dadurch von einem anderen Menschen abhängig machen und sorgsam verborgene Schwächen sichtbar werden könnten. Vor diesem Hintergrund werden „auf gegenseitiger Spontaneität und Intimität beruhende Gefühlsbeziehungen“ (ders., 2000, S. 81), welche „die sicherste, wahrscheinlich die einzig wirklich sättigende Quelle narzißtischer Bestätigung“ (ebd.) darstellen, vermieden. Demgegenüber bietet der Helfer-Beruf die Möglichkeit, „Geborgenheit auf indi-

rekte, gegenabhängige Weise“ (ders., 1992, S. 46) zu erlangen. Wenn ich mich jemandem zuwenden kann, der mich braucht, muss ich mich nicht mit eigener Abhängigkeit auseinandersetzen und kann zugleich durch die Befriedigung, die ich als Gebender erhalte, noch ein Stück des eigenen Mangels kompensieren (vgl. ebd.).

Dieser Mangel, die verborgene narzisstische Bedürftigkeit ist groß, so dass Schmidbauer von „Unersättlichkeit“ (ders., 2000, S. 90) spricht und davon, dass sich hinter der Fassade des Starken und Gebenden „ein verwahrlostes, hungriges Baby“ verbirgt (ebd., S. 18). Weil aber diese überhöhten Bedürfnisse nach Zuwendung, Lob, Anerkennung und Emotionalität nicht befriedigt werden können, kommt es fast notwendig zu Frustration, Desillusionierung, Depression, Selbstmordgefahr und außerordentlicher Suchtgefährdung (vgl. ebd., S. 92 ff.). Die narzisstische Unersättlichkeit und die starre Über-Ich-Identifizierung führen den Helfer häufig dazu, „sich über die Grenzen seiner physischen und seelischen Leistungsfähigkeit hinaus zu überarbeiten“ (ebd., S. 81). Vor diesem Hintergrund ist es nur scheinbar provokativ, wenn Schmidbauer vom „Helfen als Droge“ (ders., 1992, S. 39) spricht. Dass ihn andere brauchen, kann zum Suchtmittel werden, auf das der hilflose Helfer nicht mehr verzichten kann, weil es ihm eine Ersatzidentität ermöglicht. Ohne dieses Suchtmittel müsste er fühlen, was ihm fehlt. Mit diesem Suchtmittel kann er unter Kontrolle halten, was sonst unkontrolliert und bedrohlich wäre. Der Fixer, der Helfer, der Workaholic wollen auf ihr Suchtmittel verzichten, aber sie haben gleichzeitig Angst vor den Konsequenzen (vgl. ders., 1992, S. 21 u. 39 f.). Das Gefühl von Defiziten, ein Bewusstsein von Einschränkungen eines unerfüllten Lebens werden so lange betäubt, bis die entsprechenden Wünsche gar nicht mehr erfüllt werden können. Der Beruf „wirkt wie ein schmerzstillendes Mittel, unter dessen scheinbar wohltätiger Wirkung eine Grundstörung bestehen bleiben und sich entfalten kann, die sonst vielleicht schon viel früher die Selbsthilfekräfte des Betroffenen angestoßen und entfaltet hätte“ (ebd., S. 47).

So kann das Helfen – die Befriedigung, anderen kranken und hilflosen Menschen beistehen zu können – lange Zeit die mangelhaft balancierte psychische Innenwelt stabilisieren. Allmählich verliert sich aber diese Befriedigung. Die lange verdrängten Gefühle von Ohnmacht und Überforderung, eine sich häufig entwickelnde depressive Begleitsymptomatik, die Zunahme möglicher Abhängigkeiten von anderen Suchtmitteln, aber vielleicht auch Wünsche nach einem befriedigenden eigenen Leben lassen die Betroffenen ihre Arbeit sehr viel weniger genussvoll und mit sehr viel mehr Anstrengung erleben. Das schlichte Durchhalten will immer weniger gelingen, so dass diese Entwicklung häufig in einen fortschreitenden Burnout mündet (vgl. Brechbühler, 1998 a, S. 10). Um deutlich zu machen, dass auch ein solches Burnout-Syndrom trotz des hier dargestellten Hintergrundes nicht allein auf individuelle Persönlichkeitsfaktoren zurückzuführen ist, und um das komplizierte Wechselspiel der daran beteiligten Ursachen zu verdeutlichen, wird dieser Aspekt im folgenden Exkurs noch näher beleuchtet.

5.2.4 Exkurs: Burnout

Das Helfer-Syndrom gilt als einer der Persönlichkeitsfaktoren, die von verschiedenen Autoren als eine mögliche Burnout-Ursache betrachtet werden (vgl. für einen Überblick: Aries u. Zupziger, 1992, S. 39; vgl. a. Schmidbauer, 2002). Dabei wird zwar immer wieder darauf hingewiesen, dass es die Burnout-Persönlichkeit nicht gibt, andererseits werden aber doch regelmäßige Zusammenhänge zwischen verschiedenen Persönlichkeitsvariablen mit dem Symptom-bild des Burnout aufgezeigt. Im Mittelpunkt solcher Überlegungen stehen neben dem Helfersyndrom solche persönlichen Merkmale wie Neurotizismus, labiles Selbstwertgefühl, gesteigerte Irritier-

barkeit, emotionale Labilität und andere mehr (vgl. Burisch, 1989, S. 104 ff.). Diese Charakteristika erscheinen allerdings genauso wenig spezifisch wie die personalen Einflussfaktoren für süchtiges Verhalten, die bereits an anderer Stelle angeführt wurden (vgl. 5.1.2.2; vgl. a. Küfner, S. 18). Auch weist Burisch darauf hin, dass sie „bestenfalls plausibel, aber spekulativ (sind)“ (Burisch, S. 105), weil es Längsschnittstudien zu Burnout fast nicht gibt.

Der Begriff „Burnout“ geht auf den Psychoanalytiker Freudenberger zurück, der schon vor ca. 30 Jahren beschrieb, dass besonders engagierte und einsatzbereite Helfer häufig schon nach dem ersten Jahr ihrer beruflichen Tätigkeit Erschöpfung, Müdigkeit und psychosomatische Symptome zeigen und zu reizbaren Kollegen werden, die bereits auf den geringsten Druck mit Ärger reagieren, jeden Veränderungsvorschlag blockieren und eine insgesamt negative Haltung gegenüber ihrer Arbeit entwickeln (vgl. Freudenberger, 1974). Im Rahmen der Diskussion um die Krise der helfenden Berufe ist das Phänomen „Burnout“ dann auch im deutschsprachigen Raum zu einem wichtigen Thema geworden, wobei die zunächst eher einzelfallorientierte Betrachtung des Phänomens in den letzten Jahren zunehmend einer erweiterten sozialwissenschaftlichen Konzeptbildung und empirischen Erforschung gewichen ist.¹⁰⁹ Ein Beispiel dafür ist die Arbeit von Maslach und Jackson. Für diese Autoren ist Burnout „ein Syndrom aus emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierter Leistungsfähigkeit, das insbesondere bei Personen auftreten kann, die mit Menschen arbeiten. *Emotionale Erschöpfung* bezieht sich auf die Gefühle einer Person durch ihren Kontakt mit anderen Menschen überbeansprucht und ausgelaugt zu sein. *Depersonalisation* bezieht sich auf eine gefühllose und abgestumpfte Reaktion auf diese Menschen, die gewöhnlich die Empfänger ihrer Dienstleistungen und Fürsorge sind. *Eingeschränkte persönliche Leistungsfähigkeit* bezieht sich auf eine Abnahme ihres Gefühls an Kompetenz und erfolgreicher Ausführung in ihrer Arbeit mit Menschen“ (zit. nach Büssing, S. 20; Hervorh. i. Original/U.F.).¹¹⁰

Die Symptome entwickeln sich nach Ansicht mehrerer Autoren in einem längerfristigen Prozess, wobei nach Pines, Aronson und Kafry „ein Mensch einmal ‘entflammt’ gewesen sein muß, um ausbrennen zu können“ (2000, S. 13). Der Burnout-Prozess ist dann voll ausgeprägt, wenn sich ursprünglich engagierte Professionelle als Reaktion auf die in der Arbeit erfahrenen Stressoren und den erlebten Stress zurückziehen, sich selbst psychisch von der Arbeit distanzieren und apathisch, zynisch oder rigide werden (vgl. Büssing, S. 21). Das Burnout-Syndrom wird keineswegs einheitlich beschrieben. Es existieren zahlreiche Definitionen und Stadieneinteilungen nebeneinander, mit dem Ergebnis, dass sich die „Definitions- und Abgrenzungsproblematik wie ein roter Faden durch die Burnout-Literatur (zieht)“ (Wagner, S. 114).

Das Syndrom wurde zwar erstmals für die helfenden Berufe beschrieben. Mittlerweile häufen sich aber die empirischen Belege, wonach Burnout als berufsspezifische Reaktion in der Arbeit

¹⁰⁹ Für einen Überblick über die Vielzahl von Definitionen und Konzepten zur Thematik: vgl. a. Burisch (1989) sowie Enzmann u. Kleiber (1989).

¹¹⁰ Der Aspekt der Depersonalisation, wird als derjenige Burnoutaspekt gesehen, mit dem sich am ehesten eine Abgrenzung zur allgemeinen Stressreaktion begründen lässt. Konzipiert man das Burnout im Rahmen der transaktionalen Stresskonzeption von Lazarus, dann kann es durchaus als spezifische Stressreaktion, als negative affektive Reaktion auf Stress bezeichnet werden. Aus dieser von Enzmann u. Kleiber (vgl. 1989, S. 92 ff.) vorgeschlagenen Perspektive können solche Phänomene wie Dehumanisierung bzw. Depersonalisierung als spezifisches Bewältigungsverhalten verstanden werden, das die Funktion hat, Stresseemotionen zu regulieren und möglicherweise den Betroffenen vor einem Abgleiten in eine echte Depression zu schützen.

mit anderen Menschen aufgefasst werden kann und die beschriebenen Symptome in allen Berufen auftreten, die regelmäßige Interaktion mit anderen Menschen erfordern. So konnte Burnout in den unterschiedlichsten Dienstleistungsberufen – so bei Rechtsanwälten, Managementtrainern, Bibliothekaren und Sparkassenangestellten – nachgewiesen werden (vgl. Enzmann u. Kleiber, S. 19; vgl. a. Nerdinger, S. 173).

Das komplexe Bedingungsgefüge von Burnout

Verschiedene Autoren betonen, dass Burnout nicht nur individuenzentriert zu verstehen ist, sondern „ein aus Arbeitsbedingungen, Aufgabenmerkmalen und Personmerkmalen gemeinsam erklärbares Reaktionssyndrom“ ist (Enzmann u. Kleiber, S. 8). Eine Schwierigkeit der Forschung besteht allerdings darin, die Zusammenhänge zwischen den Variablen, die Komplexität und Vernetztheit des Bedingungsgefüges abzubilden. Beispielhaft für einen solchen, die Vernetztheit berücksichtigenden Versuch steht das Modell von Cherniss (1980), das ausdrücklich auch das Arbeitsumfeld sowie historische und gesellschaftliche Ursachen des Burnout berücksichtigt. Das Burnoutkonzept von Cherniss stützt sich unter anderem auf die transaktionale Stresskonzeption von Lazarus und die Theorie der erlernten Hilflosigkeit von Seligman (vgl. Cherniss, Kap. 3). Demnach ist es für die Entstehung von Burnout entscheidend, welche Art der Bewältigung der Helfer als Reaktion auf den in der Arbeit erfahrenen Stress und die dadurch hervorgerufene Stressreaktion wählt. Cherniss geht davon aus, dass beim Burnout – von den möglichen grundlegenden Bewältigungsformen nach Lazarus (vgl. vorne Kap. 2.4.2 unten hinten Kap. 6.2.2) – anstatt aktiv problemlösender Bewältigungsformen intrapsychische Copingstrategien gewählt werden. Diese drücken sich in innerem Rückzug, Distanzierung, Vermeidung, Herabsetzung von Ansprüchen und Zielen und dem Verantwortlichmachen anderer aus und werden von den Arbeitenden dann gewählt, wenn sie sich, was ihre Arbeit betrifft, ineffektiv und hilflos fühlen (vgl. Cherniss, S. 47 ff.; vgl. zusammenfassend auch: Enzmann u. Kleiber, S. 42 f.).

Wichtig ist nun, dass Cherniss Hilflosigkeit als „erlernte“ Hilflosigkeit konzipiert, die zwar von bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen beeinflusst wird, in hohem Maße aber auch von Faktoren des Arbeitsumfelds und von den Organisationsstrukturen. „Ein Gefühl von Wirksamkeit oder ‚psychologischem Erfolg‘ haben zu wollen, ist für den typischen Mitarbeiter eine wichtige, treibende Kraft. ...Wenn das Personal sich in der Arbeit ständig ineffektiv und hilflos fühlt, entwickelt sich ein psychischer Zustand, den man ‚erlernte Hilflosigkeit‘ nennt, und der Mitarbeiter wird dazu neigen, das defensive Bewältigungsmuster zu benutzen, das mit Burnout verbunden ist“ (Cherniss, S. 22; Übersetzung n. Enzmann u. Kleiber, S. 43). Als entscheidende Variable dafür, dass Mitarbeiter ein Gefühl von Wirksamkeit entwickeln können, erscheint dabei – sehr verkürzt ausgedrückt – die Möglichkeit zur Kontrolle der Arbeitsumgebung. Auf diesem Hintergrund schlägt Cherniss zahlreiche Interventionen vor, die die Personal- und Managemententwicklung ebenso betreffen wie die Veränderung von Arbeits- und Rollenstrukturen, die Ziele der Einrichtungen und deren Arbeitsphilosophie sowie die Beteiligung des Personals an Prozessen der Problemlösung und Entscheidungsfindung. Mit solchen Interventionen in das Arbeitsumfeld verbindet Cherniss die größten Hoffnungen (vgl. Cherniss, Kap. 9). „Eingriffe in Organisationsstrukturen (sind) ökonomischer, da sie gleich ganze Personengruppen beeinflussen“ (Enzmann u. Kleiber, S. 55).

In einer Folgeuntersuchung, bei der Professionelle etwa 10 Jahre nach ihrem Berufseintritt noch einmal interviewt wurden, wurde deutlich, dass sich viele derjenigen, die am Ende ihres

ersten Berufsjahres bereits ausgebrannt waren, unter günstigen Bedingungen wieder vom Burnout erholt hatten. Zunehmende Einsicht in die Bedingungen des Berufs und Kompetenzen im Institutionshandeln (vgl. Cherniss, 1999, S. 191) hatten ihnen geholfen, die für sie optimalen Arbeitssituationen zu identifizieren (vgl. ebd., S. 126) und größere professionelle Autonomie, mehr Freiheit in der Gestaltung der Arbeitsbedingungen sowie Unterstützung durch Kollegen, Chefs und Verwaltung zu erreichen (vgl. ebd., S. 156). Für die professionelle Weiterentwicklung hat sich darüber hinaus auch die Aneignung von Fertigkeiten im Institutionshandeln als bedeutsam erwiesen, also das Wissen darum, wie man in komplexen Institutionen inhaltliche Interessen verwaltungsmäßig durchsetzt.

Burnout-Faktoren am Beispiel von Pflegenden

Eine Längsschnittuntersuchung an über 1000 Pflegenden in der Deutschschweiz bestätigt die Schlussfolgerungen von Cherniss. Ein optimaler Arbeitsplatz ist von den folgenden Merkmalen geprägt: geringer Zeit- und Verantwortungsdruck, genügend Handlungsspielraum und wenig Kontrolle, viel Wertschätzung und Anerkennung in Team und von der Ärzteschaft, zufriedenstellende Arbeitszeiten, ausreichende Bezahlung und Weiterbildungsangebote (vgl. Aries u. Zuppiger, 1999, S. 83). Oberste Priorität haben dabei die Führungskompetenz der jeweiligen Vorgesetzten und die Schaffung von partizipativen Organisationsstrukturen (vgl. Widmer, S. 194).

Allerdings haben, wie Aries und Zuppiger in einer qualitativen Vertiefungsstudie zur o.g. Längsschnittuntersuchung feststellen konnten, auch persönliche Faktoren in diesem komplexen Bedingungsgefüge ihren Stellenwert. Burnoutfreie Pflegende, die unter vergleichbar schwierigen Arbeitsbedingungen tätig sind wie Pflegende mit Burnout, unterschieden sich zum einen beträchtlich in ihrem Kohärenzerleben. Ein starkes Kohärenzerleben kann helfen, objektiv schwierige Arbeitssituationen als weniger belastend zu erleben (vgl. Aries u. Zuppiger, 1999, S. 87). Aries und Zuppiger kamen darüber hinaus zu dem interessanten Ergebnis, dass burnoutfreie Pflegende tendentiell etwas idealistischer sind und einen etwas ausgeprägteren Helferwillen zeigen als ausgebrannte KollegInnen (vgl. ebd., S. 87). Auch stellten sie entgegen ihrer ursprünglichen Annahme fest, dass „idealistische Einstellungen eher vor Burnout schützen“ (dies., 1993, S. 121). Wahrscheinlich weisen diese Befunde darauf hin, dass es wichtig ist, zwischen „reifem Engagement“ und dem „Helfen aus Abwehr“, einem „Engagement als Ergebnis übergroßer persönlicher Bedürfnisse nach Zuneigung und Anerkennung“ zu unterscheiden (Badura, 1996, S. 60 mit Bezug auf Freudenberg; vgl. a. Schmidbauer, 1992, S. 8 u. 40).

Widmer betont darüber hinaus, dass „der Aspekt der Selbstsicherheit kaum hoch genug bewertet werden (kann). Solange eine Schwester es gut machen will, weil sie die Anerkennung braucht, weil sie Kritik und Liebesentzug eines Patienten, einer Vorgesetzten nicht aushält, wird sie immer wieder in grossen Stress geraten, auch wenn alle Rahmenbedingungen ... optimal sind. Wer im Spannungsfeld von Patienten und Ärzten, Angehörigen und Hausordnung, Vorgesetzten und Schülerinnen, Verwaltung und medizinischen Hilfsdiensten steht, der braucht einen eigenen, sicheren und erarbeiteten Standpunkt, will er nicht zerissen oder ausgenutzt werden“ (Widmer, S. 161). Dazu gehört noch ein weiteres: „Wer wie die Krankenschwester mit soviel Leid, Vergänglichkeit, Abschied etc. konfrontiert ist, kann nur dann lebendig, mitfühlend und beziehungsfähig bleiben, wenn sie diese Gefühle und diese Tatsachen zulassen und aushalten kann“ (ebd.).

Obwohl also kaum zu bestreiten ist, dass persönliche Faktoren für die Burnoutentstehung eine Rolle spielen, wäre es doch unfair, Forderungen nach Veränderung alleine auf die Betroffenen abzuwälzen. Dies trifft insbesondere auf die Pflege zu, die Gruppe, die sowieso zu den am meisten belasteten Berufen zählt und in der Hierarchie ziemlich unten steht. Sicher ist es wichtig, dass jede Instanz das in ihrer Macht und Möglichkeit Liegende tut. Dennoch gilt es als die effektivere Lösung, wenn Leitungen auf der Organisationsebene die fachlichen Kompetenzen und zwischenmenschlichen Fähigkeiten durch Schaffung von Weiterbildungsmöglichkeiten verbessern und wenn sie durch das Angebot von Balint- und Praxisberatungsgruppen die Bearbeitung stressauslösender Probleme ermöglichen und dadurch Sicherheit, Selbstvertrauen und Persönlichkeitsentwicklung fördern (vgl. Widmer, S. 209).

Immer mehr ArbeitnehmerInnen sind betroffen

Solche Investitionen in die Personalentwicklung würden sich für Organisationen alleine deshalb auszahlen, weil in Zeiten eines engen Arbeitsmarktes eine ausgebrannte Person nur noch selten von sich aus kündigt, durch ihr Verbleiben aber zweifellos Kosten z.B. durch verminderte Arbeitsleistung verursacht (vgl. Burisch, 1989, S. 136). Dies gilt besonders in Zeiten, in denen psychische Erschöpfung und „die große Müdigkeit“ (Krumpholz-Reichel, S. 20) immer mehr Arbeitnehmer erfassen. Die Zustände in der Arbeitswelt, die mit der Globalisierung immer weitere Leistungsverdichtung, Mobilität und Rationalisierung fordern, setzen viele Beschäftigte unter große innere Anspannung, mit verheerenden Folgen für die Gesundheit (vgl. ebd.). „Vitale Erschöpfung“ (Appels u.a., 1994) schwächt das Immunsystem und wirkt sich schädigend auf das Herz-Kreislauf-System aus. Darüber hinaus belastet sie die Seele. Von Nervosität bis hin zu Angstzuständen, Essstörungen, Süchten, Depressionen und psychosomatischen Erkrankungen reicht die Liste der Beeinträchtigungen (vgl. Krumpholz-Reichel, 2002). „Wenig Handlungskompetenz und geringe Unterstützung durch Kollegen“ sind wichtige Gründe für eine solche Entwicklung. So fasst Ute Bültmann, eine von Krumpholz-Reichel befragte holländische Forscherin, die an einem großen Forschungsprojekt der Netherlands Organisation for Scientific Research, einer epidemiologischen Studie mit 8000 befragten Erwerbstätigen, beteiligt war, ihre Ergebnisse zusammen (zit. n. Krumpholz-Reichel, S. 24). Solche Befunde, die hier nur als Streiflichter angeführt werden können, zeigen, dass die Burnoutproblematik nicht nur eine individuelle, sondern auch eine politische Angelegenheit ist und individualisierende Burnoutprophylaxe sowie Formen der Stressbewältigung, die ausschließlich an den Stressreaktionen, nicht aber auch an den Stressauslösern ansetzen, kaum ausreichen. „Gutes Betriebsklima, offene Kommunikation, gegenseitige Unterstützung und Handlungsspielräume der Beschäftigten erleichtern demgegenüber ein wirksames kollektives Streßmanagement im Sinne von gemeinsamer Suche nach belastungsmindernden bzw. gesundheitsförderlichen Problemlösungen“ (Badura, 1996, S. 69).

5.2.5 Parallelen zwischen Süchten und anderen „Störungsbildern“

Es sieht so aus, als ob viele der hier beschriebenen Probleme nicht nur typisch für Co-Abhängigkeit und Helfer-Syndrom, sondern verbreitete Probleme des modernen Menschen überhaupt sind. Bei der Beschäftigung mit diesem Thema erhärtete sich daher eine Vermutung, die zunächst von Wilson-Schaef geäußert wurde. Sie nimmt an, dass Fachleute unterschiedlicher Disziplinen möglicherweise dasselbe Phänomen beschreiben, es aber sehr wahrscheinlich ganz unterschiedlich bezeichnen und behandeln. Ihre These besagt, dass beispielsweise den Depressionen, den narzisstischen Störungen oder auch den sogenannten dysfunktionalen Familien-

strukturen häufig dieselben Probleme zugrunde liegen wie den Suchtkrankheiten (vgl. Wilson-Schaef, 1997, S. 42 ff.). Zunächst mag diese Aussage etwas anmaßend erscheinen. Unter Schärfung des Blicks aber und angesichts der Beobachtung, dass Menschen zwar auf ihre Depressionen oder auf verschiedene psychosomatische Symptome hin behandelt werden, ihr missbräuchlicher Alkoholkonsum und/oder anderes Suchtverhalten dabei aber gänzlich ausgeblendet bleiben, erscheint mir diese Hypothese zunehmend fruchtbar. Sie soll daher hier weiterverfolgt werden.

Im Abschnitt 5.1.2.2 wurden bereits psychoanalytische Erklärungsversuche der Sucht dargestellt. Diese Erklärungen sind nun keineswegs suchtspezifisch, sondern stellen innerhalb der Psychoanalyse grundlegende Konzepte dar, die es ermöglichen, die verschiedenen Grundstörungen zu differenzieren, einzuteilen und grob nach ihrer Ursache einzuordnen (vgl. 5.1.2.2). In diesem Zusammenhang wird nun angenommen, dass der Modus der Sucht vorwiegend von Menschen aufgegriffen wird, die in ihrer narzisstischen Entwicklung, d.h. in der Entwicklung des Selbst- und Ichgefühls gestört sind, wobei diese allgemeine Aussage jeweils nach Art der Selbstpathologie und des Suchtmittels differenziert werden muss (vgl. Mentzos, S. 241; vgl. a. Schretzenmayer, 1993). Für Psychoanalytiker ist die Beschäftigung mit dem Thema Sucht allerdings nur ein Aspekt in einer sehr viel breiteren Auseinandersetzung mit den sogenannten narzisstischen Persönlichkeitsstörungen. Die alleinige Zuordnung zu einem der Grundmodelle erlaubt daher noch keine differenzierte Aussage über die Entstehung einer spezifischen „Krankheit“ bzw. „Störung“.

Der Wandel der emotionalen Probleme des modernen Menschen

Das temporäre oder dauerhafte Leiden an einem inkohärenten, zerbrechlichen, schwachen, defekten Selbst gilt dabei keineswegs nur als Problem süchtiger Menschen. Analytiker wie Alice Miller und Kohut zeigen, wie sehr die narzisstische Störung zu einem verbreiteten Problem des modernen Menschen geworden ist. Alice Miller spricht daher nicht von Störung oder von Krankheit, sondern von Tragik. Die Funktionen des Selbstsystems sind ziemlich störungsanfällig und stark von Objektbeziehungen abhängig. Kränkungen und Beeinträchtigungen, die wir als Kinder mehr oder weniger intensiv erleiden müssen, können zu vielfachen Beeinträchtigungen unserer Selbstliebe, unserer Selbstachtung, unseres Selbstwertes etc. führen. Die Tragik des falschen, angepassten Selbst verhindert für viele Menschen – nicht nur für Süchtige – „den Idealfall einer genuinen Lebendigkeit, eines freien Zugangs zum wahren Selbst, zu den echten Gefühlen“ (Miller, S. 11). Für den Menschen, dessen Selbst und dessen Selbstwertgefühl aber nicht in der Echtheit der eigenen Gefühle und Bedürfnisse wurzelt, drohen „Depression, das Gefühl der Leere, der Selbstentfremdung, der Sinnlosigkeit“ (ebd., S. 20), Phänomene, die in unserer Gesellschaft beinahe regelmäßig anzutreffen sind (vgl. ebd., S. 57). Die Massenhaftigkeit und Verbreitung dieser psychischen Nöte zeigt, dass es sich längst nicht mehr nur um individuelle Probleme handelt, sondern um Phänomene von großer gesellschaftlicher Brisanz.

Die hier angesprochene Theorie narzisstischer Störungen basiert auf der Selbstpsychologie, einem jüngeren Zweig der Psychoanalyse, der von dem Psychoanalytiker Heinz Kohut begründet wurde (vgl. Kohut, 1992 u. 1996; vgl. a. Mentzos, 1999, S. 52 ff.). Dieser interessierte sich besonders für Fragen und Prozesse, die um unser Selbstwertgefühl kreisen, und hat u.a. dargelegt, wie sich nach seiner Ansicht die Formen psychologischer Störung mit dem gesellschaftlichen Wandel von den klassischen Neurosen hin zu Pathologien des Selbst entwickelt

haben. Mit der zunehmenden Auflösung (großer) Familienverbände und unmittelbarer, nachbarschaftlicher Sozialbeziehungen wird die Umgebung, die gewöhnlich als bedrohlich nah erlebt wurde, heute mehr und mehr als bedrohlich fern erlebt. Kinder in der heutigen Gesellschaft erfahren eher Unterstimulierung und sind eher als Kinder früherer Generationen gefährdet, Einsamkeit und emotionale Leere zu erleben (vgl. Kohut, 1996, S. 265 f.). Das „unterstimulierte Kind, das Kind, welches nicht genügend Widerhall findet, die Tochter, die eine idealisierbare Mutter, der Sohn, der einen idealisierbaren Vater entbehrt“ (ebd., S. 280), „das zerbröckelnde, sich auflösende, fragmentierende, geschwächte Selbst dieses Kindes und später das zerbrechliche, verwundbare, leere Selbst des Erwachsenen“ (ebd.) stehen für den Wandel der emotionalen Probleme und der emotionalen Aufgaben des modernen Menschen.

Das verbreitete Leiden an einem inkohärenten, schwachen Selbst

Die Psychoanalytikerin Alice Miller sieht die Problemlage ganz ähnlich. „Was als Depression bezeichnet und als Leere, Sinnlosigkeit des Daseins, Verarmungsangst und Einsamkeit empfunden wird, erweist sich mir immer wieder als die Tragik des Selbstverlustes bzw. der Selbstentfremdung, wie sie in unserer Generation und unserer Gesellschaft fast regelmäßig anzutreffen ist“ (Miller, 1983, S. 57). Sie beschreibt das Drama der Menschen, die wegen ihrer Gaben und Leistungen oft gelobt wurden, der Stolz ihrer Eltern sind und nach vorherrschender Meinung ein starkes und stabiles Selbstbewusstsein haben müssten, die aber dennoch weit von einem gesunden Selbstgefühl und einem gesunden Narzissmus entfernt sind. Das Drama des begabten, d.h. sensiblen, wachen Kindes besteht darin, dass es schon sehr früh Bedürfnisse seiner Eltern spürt und sich ihnen anpasst, indem es lernt, seine intensivsten, aber unerwünschten Gefühle nicht zu fühlen (vgl. ebd., S. 19 ff.). Diese Gefühle, die den vitalsten Teil des wahren Selbst ausmachen, können nicht in die Persönlichkeit integriert und auch als Erwachsener nicht bewusst erlebt werden, weil keine Person da war, die das Kind mit diesen Gefühlen angenommen hat (vgl. ebd., S. 25 ff.). Das führt zu emotionaler Verunsicherung, Verarmung und zur Depression, die sich „als Signal des *Selbstverlustes* (verstehen lässt), der in der *Verleugnung* der eigenen Gefühlsreaktionen und Empfindungen besteht“ (ebd., S. 79, Hervorh. i. Original/U.F.) Ein gesundes Selbstgefühl bedeutet demgegenüber „die unangezweifelte *Sicherheit*, daß empfundene Gefühle und Wünsche *zum eigenen Selbst gehören*“ (ebd., S. 60). „In diesem unreflektierten, selbstverständlichen Zugang zu eigenen Gefühlen und Wünschen findet der Mensch seinen Halt und seine *Selbstachtung*“ (ebd., S. 61; Hervorh. i. Original/ U. F.). Er darf seine Gefühle leben, darf Kummer, Hoffnungslosigkeit und Angst zeigen, und er weiß, was er will bzw. was er nicht will, und kann seine Wünsche zum Ausdruck bringen (vgl. ebd.). „Statt von ‚gesundem Narzißmus‘ könnte man hier auch von innerer Freiheit und Lebendigkeit sprechen“ (ebd., S. 61).

Ein breites Spektrum von Störungen – und ein (immergleicher) Grundkonflikt?

Betrachtet man nun die Zahlen zur Verbreitung der psychogenen Erkrankungen insbesondere der Depressionen, aber auch der „Süchte“, die in vorangegangenen Teilen ausführlich referiert wurden, noch einmal unter der hier vorgeschlagenen Perspektive, so scheint es sich zu bestätigen, dass es sich bei den sogenannten narzisstischen Störungen um ganz zentrale und verbreitete psychische Probleme der modernen Gesellschaft handelt. Nachdem im Vorangegangenen bereits vereinzelt Facetten dieser Problematik angesprochen wurden, hat sich nun überraschenderweise herausgestellt, dass als eigentliche personale Ursache – die natürlich ihrerseits

wieder gesellschaftlich vermittelt ist – immer nur wenige Grundkonflikte, vielleicht handelt es sich streng genommen sogar nur um einen einzigen, beschrieben werden.

Diese ziehen sich wie ein roter Faden durch die Arbeiten verschiedener Autoren, die nach Erklärungen für die unterschiedlichsten Formen der Sucht, nach Erklärungen für die Depression oder beispielsweise auch nach Erklärungen für die Entwicklung der Koronarpersönlichkeit suchen. Parallelen zwischen all diesen Störungen werden deutlich, wenn in einer Expertise der Statuskonferenz Psychocardiologie unter anderem folgendes Erklärungsmodell für die Ätiologie der Koronarpersönlichkeit herangezogen wird: Der Grundkonflikt besteht darin, dass der Herzinfarktpatient „aufgrund seiner unvollständigen Identifizierungen im Kern seiner Persönlichkeit die dadurch entstandenen Gefühle von Schwäche, Unsicherheit, Angst, Verzweiflung und Hilfsbedürftigkeit unerträglich findet und seine ... ganze Aggressivität mit einer hohen Dauerspannung einsetzt, um diese vor allem depressiven Erlebniszustände auszusperren“ (Arlow, zit. nach Bardé u. Jordan, S. 13). Arbeit gilt nicht als Arbeit, sondern „(muß) in dieser Konstellation als eine Funktion instrumentalisiert werden, um die grundlegenden Gefühle von Kleinheit, Schwäche und Unsicherheit abzuwehren“ (ebd.). Dies erklärt auch, weshalb geringste Fehlschläge besonders im Leistungsbereich schwerste Krisen auslösen können.

Ein weiteres, ebenfalls in diesem Zusammenhang herangezogenes Erklärungsmodell eines anderen Autors (Chessik) beschreibt den Herzinfarktpatienten als eine Persönlichkeit, die ständig versucht, ihren ins Unbewusste verdrängten narzisstischen defizitären Bereich des Kernselbst und die damit verbundenen Gefühle von Schwäche, Kleinheit, Leblosigkeit, Minderwertigkeit und Hass aufgrund von Nichtbeachtung durch äußeren Erfolg auszugleichen und durch angespannte Aktivität in den Bereichen Arbeit und Liebe abzuwehren bzw. kompensatorisch zu befriedigen (vgl. Chessik, zit. n. Bardé u. Jordan, S. 14 f.). Die koronarrelevanten Verhaltensweisen haben vor diesem Hintergrund im Wesentlichen die Funktion, eine defizitäre Selbstwertregulation zu kompensieren und zu sichern (vgl. ebd., S. 15). So wäre verständlich, warum trotz massiver Gratifikationskrisen und oft jenseits aller Rationalität mit immer noch größerem Einsatz weitergearbeitet wird, bis dieser „Konfliktabwehrzirkel“ schließlich in vitaler Erschöpfung bzw. im Herzinfarkt endet (vgl. ebd., S. 15; vgl. a. Appels u. a., 1994; Siegrist, 1996, S. 109 f.).

Die Parallelen zu den vorher beschriebenen „Störungen“ sind augenfällig. Daher erscheint es nur folgerichtig, wenn die Autoren der Expertise, Bardé u. Jordan, empfehlen, die „Problematik einer ätiologisch relevanten Konfliktspezifität in der Konstruktion einer ‚Koronarpersönlichkeit‘ ... mit großer Zurückhaltung zu behandeln“ (ebd., S. 17). An das Ende ihrer Darstellung stellen sie bemerkenswerterweise die Aussage einer Kollegin, Kerz-Rühling, die auch für den hier dargestellten Zusammenhang sehr zutreffend formuliert hat, dass „die Heterogenität der Konflikte weder die Annahme einer Konfliktspezifität für den an Herzinfarkt erkrankten Menschen im Vergleich zu anderen Psychosomatosen (erlaubt), noch läßt sie sicher eine Abgrenzung von Konfliktkonstellationen der Gesamtbevölkerung zu, da man davon ausgehen kann, dass die beschriebenen Konflikte ubiquitär sind“ (Kerz-Rühling, S. 554).¹¹¹

¹¹¹ Zu erwähnen ist an dieser Stelle auch eine empirische Untersuchung von Bergmann (1995), die zeigte, dass der Faktor „narzisstische Selbstregulation“ wesentlich zur Erklärung der klinischen Erstmanifestation von KHK beiträgt und in der Gewichtung andere psychologische Faktoren, wie z.B. das Typ-A-Verhalten, noch übertrifft (vgl. Bergmann, S. 148). Dabei zeigte sich im Altersgruppenvergleich, dass insbesondere jüngere (d.h. 30-50-jährige) KHK-Patienten wesentlich stressbelasteter sind, weil eine narzisstische Stabilisierung nur

Offensichtlich liegt also all diesen so unterschiedlichen Phänomenen letztlich eine sehr vergleichbare Problematik zugrunde. Immer geht es darum, dass aufgrund mangelnder Spiegelung und Bestätigung in der Kindheit die Quelle des Selbstwertes nicht stabil in der eigenen Person verankert werden konnte. Da Abhängigkeit und emotionale Nähe mit großem seelischen Schmerz verknüpft sind, ist es riskant, eigene Wünsche nach Nähe, Intimität, Geborgenheit in gegenseitigen sozialen Beziehungen zu äußern. Auch ist auf der Grundlage von geringer Selbstachtung die Äußerung von authentischen Gefühlen, Wünschen und Zuneigung erschwert, so dass die Wege zu wirklicher Bestätigung durch einen wechselseitigen Austausch von Nähe und Intimität und durch gegenseitige Bestätigung in Liebe und Freundschaft tendenziell versperrt sind (vgl. Schmidbauer, 1992, 2000). In dieser Situation bieten „Süchte“ aller Art nun eine Möglichkeit, das defizitäre und bedrohte Selbst in irgendeiner Weise zu kompensieren und zu sichern. Dabei vermögen stoffgebundene Süchte ebenso zum Ausgleich von Defiziten und Schwächen der Selbstfunktionen zu dienen wie die Anerkennung und Bestätigung, die durch Arbeit oder durch Hilfe für andere zu erlangen ist. So betrachtet sind die verschiedenen Muster „Anerkennung durch Leistung“, „Helfer-Syndrom“ oder „Co-Abhängigkeit“ nur die Spitze eines Eisbergs, dessen Basis Selbstwertprobleme, ausgeblendete Gefühle von Schwäche, Hilflosigkeit, eigener emotionaler Bedürftigkeit und Kindlichkeit darstellen. Gelingt es, diese Gefühle mithilfe der genannten Verhaltensmuster abzuwehren, bedeutet dies entweder eine permanente auch körperliche Stressbelastung mit den entsprechenden Folgen – oder es kann zum Abgleiten in die Depression kommen, wenn die Abwehr dieser Gefühle nicht mehr gelingt.

5.3 Fazit

Nachdem der Bogen weit gespannt wurde, sind nun die verschiedenen Aspekte abschließend wieder zu bündeln und zusammenzufassen. In diesem Kapitel wurden zunächst einige Fakten zur Verbreitung süchtigen Risikoverhaltens zusammengetragen. Der mehr oder weniger bekannte Sachverhalt, wie verbreitet süchtiges und abhängiges Verhalten in unserer Gesellschaft ist und welche herausragende Bedeutung dieses gesundheitliche Risikoverhalten für den Einzelnen und für die Gesellschaft hat, wurde dann unter einer bestimmten Perspektive betrachtet. Sucht wurde hier nicht als Krankheitsbegriff verstanden, sondern als Strategie der Gefühlsregulierung, als ein Verhalten, dessen zentrale Funktion darin besteht, Spannungen und unangenehmen Gefühlszuständen auszuweichen und diese mit Hilfe von stoffgebundenen oder stoffungebundenen Suchtmitteln zu verändern, um sich in einen besseren, positiven Gefühlszustand zu versetzen. So betrachtet stellt Sucht eine verständliche, mehr oder weniger sinnvolle Bewältigungsstrategie dar, die dort hilft, Emotionen zu regulieren, wo der Weg zu wirklicher Befriedigung und tiefgreifender Lösung verstellt scheint. Diese Basisprozesse gelten gleichermaßen für stoffgebundene Abhängigkeiten und für nichtstoffgebundene Süchte (vgl. Schröder, S. 147).

durch einen hohen und permanenten Aufwand nach direkter sozialer, externaler Bestätigung erreicht wird (vgl. ebd., S. 140 ff.), während beim Patienten mit späterer Erstmanifestation davon ausgegangen werden kann, dass der Ausgleich der narzisstischen Defizite – unter anderem aufgrund stabiler Objektbeziehungen – erfolgreicher vollzogen werden konnte (vgl. ebd., S. 144 ff.). Bergmann betont auch, dass Narzissmus in der vorliegenden Untersuchung nicht als pathologische Dimension, sondern als Regulation des Selbstsystems verstanden wird (vgl. ebd., S. 29) und dass die persönlichkeitsmodulierenden Effekte, die hier erhoben wurden, primär keinen pathologischen Charakter haben (vgl. ebd., S. 151).

Vor diesem Hintergrund wurde in diesem Kapitel eine Annäherung an das sehr komplexe zeitgenössische Phänomen Sucht auf zwei Wegen versucht. Zum einen wurde Sucht im Rahmen einer Trias, also als Zusammenspiel verschiedener Faktoren von Person, Umwelt und Drogenwirkung gedeutet. Zum anderen wurden die beiden Suchtformen „Co-Abhängigkeit“ und „Helfer-Syndrom“ exemplarisch für andere stoffungebundene Süchte untersucht und später mit Befunden in Beziehung gesetzt, die die Problematik des depressiven Patienten einerseits und des Herzinfarktpatienten andererseits zu verstehen und zu erklären versuchen. Dabei wurde deutlich, dass über die vielfältigen Erscheinungsformen von Süchten und anderen Störungsbildern hinweg einige Grundthemen als mögliche und wohl auch sehr verbreitete Ursachen immer wieder auftauchten: die Angst vor Nähe und vor gegenseitigen Beziehungen, die auf wirklicher Intimität und Spontaneität beruhen und in denen jeder einmal stark und einmal schwach sein kann; die durch geringe Selbstachtung bedingte Schwierigkeit, authentische Gefühle, Wünsche und Grenzen zu äußern; die Unfähigkeit, emotionale Geborgenheit ohne Normerfüllung und Leistungszwang zu erleben; schließlich – ganz zentral – die Grundproblematik des beschädigten Selbst- oder Selbstwertgefühls. Auch wenn die betroffenen Persönlichkeiten und das jeweilige Ausmaß der Problematik so unterschiedlich sind wie die Vielfalt der konkreten Verhältnisse, unter denen Menschen aufwachsen und leben, so wurde doch offensichtlich, dass mit dem Phänomen des beschädigten Selbst und der Selbstwertbeeinträchtigung eine für unsere Kultur zentrale Problematik vorliegt.¹¹² Diese kann, wie Norbert Elias es in anderem Zusammenhang ausgedrückt hat, in vielen Schattierungen und zahlreichen Gestalten auftreten und ist nur in wenigen Fällen ganz eindeutig ungünstig in dem Sinne, dass sie tatsächlich eine Krankheit oder eine schwerwiegende Persönlichkeitsstörung darstellt. Von daher bietet es sich – wie schon vorne bei der Zuordnung der gesundheitsrelevanten Persönlichkeitsdispositionen (vgl. Fazit 3.3) – auch mit dem Blick auf die verschiedensten Formen von Abhängigkeiten und Süchten an, das Bild des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums zu benutzen, ein Gedanke, der später bei der Zusammenfassung der Befunde in einem Modell (vgl. Kap. 7.1.1) noch Berücksichtigung finden wird.

Wenn es daher nun zum Ende dieses Kapitels so aussieht, als ob ganz unterschiedlichen, hier unter dem Oberbegriff Sucht zusammengefassten Phänomenen so etwas wie ein gemeinsamer Nenner zugrunde liegt, soll damit keineswegs die Notwendigkeit einer im Einzelfall differenzierteren Betrachtungsweise geleugnet werden. Da es hier aber nicht um individuelle Therapiebemühungen geht, sondern darum, Ansatzpunkte für eine breitenwirksame Gesundheitsförderung zu finden, sollten solche Verallgemeinerungen, wie sie hier für die verschiedensten Störungsbilder vorgenommen wurden, erlaubt sein. Dabei wird der Begriff Störungsbild hier eigentlich nur noch mangels einer anderen Sprachregelung benutzt. So oft wurde von den verschiedensten Autoren die Massenhaftigkeit und Verbreitung dieser psychischen Nöte betont, so verbreitet sind die Phänomene, die in unterschiedlichen Formen und in vielen Abstufungen letztlich doch alle um das Problem des beschädigten Selbst und der Selbstwertbeeinträchtigung kreisen, und so häufig wurde betont, dass es sich nicht um pathologische Entwicklungen handelt, dass sich die Frage stellt, welche und wie viele Menschen in unserer Gesellschaft denn

¹¹² Es sieht so aus, als ob „das Problem des niedrigen Selbstwertgefühls wirklich überaus häufig im Westen“ ist (Kabat-Zinn in Goleman, 1998 b, S. 233). So hörte der Dalai Lama in seinen Gesprächen mit Wissenschaftlern verschiedener Fachgebiete mit Erstaunen, dass jeder der beteiligten Wissenschaftler das Problem der Selbstwertbeeinträchtigung auch persönlich kennt. In der tibetischen Kultur ist dieses Phänomen dagegen so wenig bekannt, dass sogar die Begriffe dafür fehlen (vgl. Goleman, 1998 b, S. 226 ff.).

überhaupt dem Idealfall einer sich verwirklichenden und voll handlungsfähigen Persönlichkeit, die sich umfassender innerer Freiheit und Lebendigkeit erfreuen darf, entsprechen (vgl. a. 6.1.1.3).

In jedem Fall dürfte es für die Betroffenen – und das heißt letztlich wohl für beinahe jeden von uns – sehr entlastend sein, die Hintergründe des eigenen Verhaltens besser zu verstehen und dabei gleichzeitig um die Verbreitung solcher Defizite und Probleme zu wissen. Im Verlauf des vorangegangenen Kapitels wurde immer wieder anschaulich, dass all die dargestellten Süchte und Störungsbilder nicht nur individuenzentriert zu verstehen sind. So ist die mehr oder weniger subtile „Ablehnung, welche die Eltern dem Kind entgegenbringen, das nicht ihrem Leistungsideal entspricht“, auch Ausdruck „einer gesellschaftlichen Wirklichkeit und kann letztlich nur zusammen mit dieser verändert werden“ (Schmidbauer, 1991, S. 204). Auch fällt es möglicherweise leichter, die eigene Situation zu relativieren, wenn deutlich wird, dass auch andere Menschen unter den Grenzen des Lebens in der Kleinfamilie sowie unter den Bedingungen zunehmender Individualisierung und erschwelter Zwischenmenschlichkeit leiden. Darüber hinaus wurde im Rahmen eines Exkurses zum Thema „Burnout“ auch deutlich, dass Menschen, die unter Helfersyndrom und Workaholismus leiden, sich mit individuellen Bewältigungsstrategien möglicherweise in begrenztem Maße selber helfen können, dass aber im beruflichen Zusammenhang darüber hinaus arbeitsorganisatorische und strukturelle Maßnahmen entscheidend sind, die den Beschäftigten Handlungsspielräume sowie Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglichen.

Schließlich muss auch noch betont werden, dass alle diese Störungsbilder, so unterschiedlich das Ausmaß und die damit verbundene Tragik im Einzelfall sein mögen, „jeweils nur einen Aspekt des gesamten funktionalen Selbst darstellen (wie bedeutsam dieser auch sein mag) und nicht die ganze Persönlichkeit definieren“ (Matzko, S. 55). Eine Sichtweise, die Süchte nur unter pathologischen Aspekten betrachtet, übersieht nur zu leicht, dass in der Sucht auch Sehnsüchte verborgen sind. Solange kein bewusster Zugang zu den latenten Spannungen, der Langeweile, den depressiven Verstimmungen, der Leere, den Gefühlen von Verlassenheit und Einsamkeit besteht, solange ist auch der Weg verstellt, diese Probleme zu erkennen und sie, soweit es die Realität ermöglicht, zu lösen. Im günstigen Fall, wenn Menschen sich eingestehen können, dass sie in einer unbefriedigenden Situation leben, kann diese Unzufriedenheit Ausgangspunkt eines Prozesses sein, in dem die bedürftigen Persönlichkeitsanteile und die Sehnsüchte hinter der Sucht ans Licht geholt werden können. Mit der Wahrnehmung von Gefühlen der Leere, vager Sinnlosigkeit und unerfülltem Leben, mit der Wahrnehmung unbefriedigter Wünsche nach wirklicher Zwischenmenschlichkeit kann dann die Suche nach Erweiterung der eigenen Möglichkeiten beginnen. Es muss einem Menschen gelingen, einen Zugang zu seinen Sehnsüchten zu finden, um die Kraft, die darin liegt, nutzen zu können (vgl. Brechbühler, 1998b, S. 16, vgl. a. Keen, 1993).

Es stellt sich nun die Frage, wie Menschen ihre chronisch unlustbetonten Emotionen, ihre Spannungen und ihr Leid in anderer Weise als durch süchtiges, „ausweichendes“ Verhalten zu bewältigen lernen. Wie am Beispiel von Co-Abhängigkeit und Helfer-Syndrom herausgearbeitet wurde, äußert sich süchtiges Verhalten u.a. durch die Unfähigkeit, eigene Bedürfnisse und Gefühle zu erkennen und zu zeigen, durch Außenorientierung statt einer Orientierung am eigenen inneren Maßstab und durch die Schwierigkeit, eigene Grenzen wahrzunehmen. Ziel präventiver

Bemühungen muss es daher ohne Zweifel sein, entsprechende individuelle und soziale Kompetenzen herauszubilden und einzuüben (vgl. Kufner, S. 18; vgl. a. Schröder, S. 154 ff.).

Nach dem, was wir bisher wissen, geschieht süchtiges Verhalten aber eher selten aufgrund eines spezifischen, isolierbaren Problems oder einer problematischen Situation. Meistens betrifft es doch die gesamte Selbstwahrnehmung einer Person. Zu den Voraussetzungen für eine Reduzierung süchtigen, krankmachenden Verhaltens gehört es daher offenbar auch, Bedingungen zu schaffen, die es ermöglichen, Selbstachtung, emotionale Zufriedenheit und damit eine psychische Belastbarkeit zu entwickeln. Wenn Sucht – sehr plakativ formuliert – auch ein Ausdruck von einer „Verwahrlosung des Innenlebens“ (Gross, S. 255) und von „Innenweltverschmutzung“ ist (ebd., S. 270), dann ist es mit Blick auf die zu fördernden Kompetenzen sinnvoll, auch bei denjenigen nach Anregungen und Möglichkeiten der Beeinflussung von Emotionen zu suchen, die Hilfen für solche Probleme der Menschen anbieten: bei den Therapeuten und ihren verschiedenen Schulen. Ein solches Vorgehen scheint nicht nur für die Therapie, sondern auch für die Gesundheitsförderung geeignet, weil gerade auch mit Blick auf die Suchtprävention Handlungsansätze empfohlen werden, die Neurosenprophylaxe ermöglichen und geeignet sind, persönliches Wachstum zu fördern und Menschen den kompetenten Umgang mit ihren Gefühlen zu lehren (vgl. Nöcker, S. 80).

6 Die gesundheitsförderliche Beeinflussung unlustbetonter Emotionen

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln deutlich wurde, auf welchen direkten und indirekten Wegen Emotionen die Gesundheit beeinträchtigen können, geht es nun darum herauszufinden, was Menschen tun können, um ihre unlustbetonten Emotionen in einer Weise zu beeinflussen, die der psychischen und physischen Gesundheit dienlich ist. Dafür werden in erster Linie die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen, die ja sozusagen als Experten für den kompetenten Umgang mit schwierigen Gefühlen angesehen werden können, nach ihren diesbezüglichen Strategien und Vorschlägen befragt. Darüber hinaus sollen aber auch Erkenntnisse der Bewältigungsforschung und Anregungen aus weiteren „ganzheitlichen“ Richtungen berücksichtigt werden, sofern sie zur Beantwortung der Frage nach einer heilsamen Veränderung unlustbetonter und subjektiv belastender Emotionen Hilfreiches beitragen. Die Anregungen, die auf diese Weise gewonnen werden, werden dann im folgenden Kap. 7 vor dem Hintergrund der Ziele von Gesundheitsförderung reflektiert und für den nicht-therapeutischen Kontext, in dem Gesundheitsförderung angesiedelt ist, nutzbar gemacht.¹¹³

Im ersten Teil dieses Kapitels (6.1.1) werden nun zunächst die Zielvorstellungen der wichtigsten psychotherapeutischen Schulen dargestellt. Dies geschieht vor allem unter zwei Aspekten: Zum einen soll der Kontext verstehbar werden, aus dem heraus der überwiegende Teil der psychotherapeutischen Strategien entwickelt wurde. Zum anderen ist zu erwarten, dass die Sichtung der Anliegen und Ziele der verschiedenen Psychotherapieschulen, so wie sie von ihren wichtigsten Vertretern gesehen wurden, weitere Erkenntnisse über die Entstehung von psychischer Gesundheit und möglicherweise auch über den Zusammenhang von psychischer und physischer Gesundheit hervorbringt. Diese Befunde werden im späteren Teil 6.3 wieder aufgegriffen und in Beziehung zu Überlegungen aus vorhergehenden Kapiteln gesetzt.

Zunächst aber wird noch ein Aspekt herausgestellt, der meines Erachtens auch mit dem Blick auf die Gesundheitsförderung besondere Aufmerksamkeit verdient. Nachdem die Hirnforscher (vgl. zu den Annahmen von Hüther Kap. 2.5.1.3, von LeDoux Kap. 2.5.3, von Roth Kap. 4.1 u. 4.3) sehr nachdrücklich darauf hinweisen, dass der unkontrollierten Stressreaktion und anderen sehr starken emotionalen Erlebnissen eine Schlüsselstellung zukommt, weil erst sie eine Veränderung eingefahrener und nicht mehr adaptiver Hirnbahnungen, die volle Entfaltung der im Gehirn angelegten Möglichkeiten und damit eine Weiterentwicklung der Persönlichkeit ermöglichen, stellt sich die Frage, wie aus dieser Perspektive ein sinnvoller Umgang mit Krisen und schmerzhaften Lebenserfahrungen aussehen kann. Dieser Aspekt wird im Teil 6.1.2 beleuchtet.

Schließlich gilt der mittlere Teil des Kapitels (6.2) dem eigentlichen Hauptanliegen, nämlich der Darstellung all der „Strategien“ und „Wirkmechanismen“ (Kruse, 1985, S. 136), die im Hin-

¹¹³ Sicherlich wäre es sinnvoll, in diesem Kapitel auch die Strategien zu berücksichtigen, mit deren Hilfe positive Emotionen direkt zu bewirken sind. Da wichtige Aspekte aber bereits in Kap. 2.5.4 dargestellt wurden und darüber hinaus kaum entsprechende Ansätze zur Gesundheitsförderung vorliegen, werden diese – soweit vorhanden – hier einfließen (z.B. in Kap. 6.2.1.5, Genußtraining) und darüber hinaus im abschliessenden Teil 7.3.2.1 mitberücksichtigt.

blick auf eine gesundheitsförderliche Beeinflussung belastender „negativer“ Emotionen hilfreich sind.

6.1 Einige Zielsetzungen und Grundannahmen psychotherapeutischen Vorgehens

6.1.1 Zielvorstellungen in der Psychotherapie

In diesem Teil werden die Ziele von Psychotherapie herausgearbeitet, so wie sie von einigen ihrer bedeutenden Vertreter formuliert wurden. Die Auswahl ist damit zu rechtfertigen, dass es hier nicht um eine Darstellung von Therapiemodellen geht, sondern darum, die Strategien zur Veränderung von Emotionen in ihrem Kontext zu verstehen und darüber hinaus Erkenntnisse über die Entstehung von psychischer Gesundheit, vielleicht auch über den Zusammenhang von psychischer und physischer Gesundheit zu gewinnen. Spezifische Beiträge weiterer Formen von Psychotherapie, wie beispielsweise der Gestalttherapie, fließen ein, soweit es im Zusammenhang sinnvoll ist (vgl. für einen sehr instruktiven Überblick über die Hauptrichtungen der Psychotherapie: Jaeggi, 1995).

6.1.1.1 Zielvorstellungen der Psychoanalyse

Beginnend mit der Psychoanalyse, erinnern wir uns zunächst an die von Freud formulierte Idee von einem Menschen, der liebesfähig, genussfähig und arbeitsfähig sein müsse (vgl. Mertens, 2000, S. 127). Dabei hat Freud nicht präzisiert, ob der Mensch zur Routinearbeit oder zu schöpferischer Arbeit fähig werden solle, und auch nicht, ob er die Fähigkeit meinte, Sexualität genießen zu können oder das Leben im Allgemeinen (vgl. Horney, 1974, S. 15). Wahrscheinlich hat Freud nicht viel über diese Frage nachgedacht. Er setzte sich zwar kritisch mit der Problematik der Gesellschaftlichkeit auseinander, hat sich aber nicht so sehr explizit mit dem beschäftigt, was Gesundheit ausmacht. Freuds Interesse galt primär der Beseitigung neurotischer Symptome (vgl. Jaeggi, S. 238 ff.; vgl. a. Becker, 1997). Im Unterschied zu anderen Analytikern und zu späteren Vertretern anderer Therapierichtungen bezweifelte er das Postulat eines Wunsches nach Selbstentwicklung. Eine Veränderung der Persönlichkeit kümmerte ihn nur insoweit, als sie eine dauerhafte Heilung der Symptome gewährleisten würde. „Freud's Ziel ist also im wesentlichen auf negative Weise zu definieren: >Freiheit von< zu erlangen. Andere Autoren jedoch ... würden das Ziel der Analyse auf positive Weise formulieren: einen Menschen dadurch, dass man ihn von inneren Zwängen befreit, frei zu machen für die Entfaltung seiner besten Kräfte“ (Horney, 1974, S. 15; vgl. a. Jaeggi, 1995, S. 238 ff). Später wird sich noch zeigen, dass diese beiden Standpunkte gar nicht so gegensätzlich sind, wie es nach dieser ersten knappen skizzenhaften Darstellung den Anschein erweckt.

Zunächst sind vor allem drei Globalziele herauszustellen, die zu den wesentlichen Behandlungszielen der heutigen Psychoanalyse zählen (vgl. zum Folgenden: Mertens, 2000, S. 122 ff.):

1. Die **„Entwicklung, Durcharbeitung und Auflösung einer Übertragungsneurose“** (ebd., S. 126; Hervorh. von mir/U.F.). Die Herstellung einer Übertragungsneurose ist ein wesentlicher Bestandteil einer Psychoanalyse, weil dadurch ein Wiederaufleben und Wiedererfahren kindlicher Konfliktkonstellationen in einer neuen und angstfreien Beziehung ermöglicht wird. Durch die Rückverwandlung der verfestigten neurotischen Struktur in einen Interak-

tionsprozess mit einer neuen Person, in diesem Fall mit dem Therapeuten, wird die Neurose der therapeutischen Arbeit zugänglich, so dass die für den Patienten wichtigen Konflikte mit all den dazugehörigen Gefühlen, Abwehrmechanismen und Kompensationen nun in einer lebendigen Beziehung noch einmal erlebt und im sicheren Rahmen der therapeutischen Beziehung bearbeitet und 'geheilt' werden können. Dadurch soll es dem Patienten möglich werden, alte Beziehungserfahrungen nicht mehr „wahllos“ auf andere Menschen übertragen zu müssen, sondern Beziehungen nun realitätsgerecht und dem jeweiligen Gegenüber angemessen gestalten zu können.

2. Die **Fortführung eines unterbrochenen Entwicklungsprozesses**. Nachdem sich herausgestellt hat, dass für das Verständnis psychischer Störungen neben den klassischen Psychose- und Neurosen fast immer – in wechselndem Umfang – auch entwicklungsgeschichtlich sehr frühe, in den ersten Lebensjahren entstandene Beeinträchtigungen von Bedeutung sind, hat sich eine Hinwendung psychoanalytischen Denkens zu den sogenannten Frühstörungen ergeben. Wie im vorangegangenen Kapitel schon deutlich wurde, leiden heute viele Menschen an einer defizitären Selbstwert- und Ichentwicklung, an mangelndem Urvertrauen und mangelndem Selbstvertrauen etc. So stellt sich der heutigen Psychoanalyse auch die Frage, wie solche abgebrochenen Entwicklungsprozesse wieder aufgenommen und Schwächen in der Ich-Struktur kompensiert werden können, so dass ein funktionsfähigeres und kohärenteres Ich entstehen kann. Vor diesem Hintergrund wird auch über eine Veränderung bzw. Erweiterung der psychoanalytischen Behandlungstechniken diskutiert. Einer der Wegbereiter dieser Diskussion, Kohut, meint mit Blick auf diese Art der psychischen Störungen, dass der Analytiker nicht unter allen Umständen zu streng zurückhaltendem und neutralem Verhalten verpflichtet sein müsse. Um den ich-schwachen Patienten in seiner Ich-Struktur zu stärken, sei es manchmal notwendig, dass der Therapeut aus allzu großer Neutralität hinaustritt, sich dem Klienten als ganz normaler Mensch zeigen und ihm bei Bedarf auch eine korrigierende emotionale Erfahrung ermöglichen darf (vgl. zu dieser Diskussion: Mertens, 1981, S. 206 ff.; vgl. a. Jaeggi, S. 189 f. u. S. 197 ff.).
3. Das **Erreichen selbstanalytischer Fähigkeiten** schließlich zielt darauf ab, dass ein Klient auch nach Beendigung einer psychoanalytischen Therapie wachsam zu bleiben in der Lage ist. Während der Mensch mit einer unbearbeiteten Neurose die Konflikte seiner Vergangenheit im Verlauf seines Lebens immer wieder inszeniert, erlebt der zufriedenstellend behandelte Patient zwar auch bestimmte Konflikte immer wieder. Er ist aber in der Lage, die während der Analyse gelernten Konfliktlösungskompetenzen relativ rasch zu aktivieren, und kann auf weitere neurotische Wiederholung verzichten. Er sollte in der Therapie genügend Selbstreflexionsfähigkeit, Neugier für psychische Prozesse und persönliches Erfahrungswissen über die Ursachen und Bedeutungen der eigenen Konflikte und Muster erworben haben, um Anzeichen unbewusster Konflikte wahrnehmen zu können, diese aufsteigen zu lassen und warten zu können, bis ihre Bedeutung klar ist. Zudem ist der Patient offener für unbewusste Prozesse. Er hat mehr Toleranz für eine vorübergehende Erfahrung psychischer Ungleichgewichtszustände und sollte fähig sein, aus Einsicht Handlungen folgen zu lassen.

Seit Freud hat die Psychoanalyse viele Strömungen hervorgebracht, so dass die Zielvorstellungen, die von namhaften psychoanalytischen Forschern aus verschiedenen Theorierichtungen genannt werden, entsprechend vielfältig sind. Eine Zusammenstellung dieser Ziele, die Mertens (vgl. 2000, S. 129; Kursivdruck von mir/U. F.) auf der Grundlage einer Auflistung von

McGlashan und Miller vornimmt, ergibt folgendes Bild: Therapieziele betreffen sowohl das „Aufheben“ von „Entwicklungshemmungen“ als auch „Aspekte des Selbst“, d.h. die Ausbildung eines kohärenten Selbstgefühls, die Stabilisierung und Besserung des Selbstwertgefühls etc. Darüber hinaus betreffen sie auch den Bereich der „Bezogenheit auf Mitmenschen“, d.h. die Fähigkeit zu befriedigender Interaktion und Kommunikation, die Fähigkeit zu Empathie, Intimität etc. Zu den Zielen gehören ferner die Fähigkeit zur „Akzeptierung der Realität“, d.h. zu Frustrationstoleranz, zum Loslassenkönnen und zum Trauern sowie eine gesteigerte „integrative Kapazität“, d.h. z.B. der Fähigkeit zum Aushalten von Ambivalenzen statt unrealistischem Schwarz-Weiß-Denken. Schließlich werden auch die *Herausbildung reiferer „Coping-mechanismen“* und sogenannter „selbstanalytische(r) Fähigkeiten“ (Selbstbeobachtung, Selbstreflexion, Kenntnis eigener Konflikte etc.) zu den Zielen einer Therapie gezählt. Nicht zuletzt sollte Therapie für den erfolgreich Therapierten mit einer Steigerung von „Erlebnisfülle“ und „Lebendigkeit“ einhergehen, mit der Fähigkeit zu vielfältigen und angemessenen Gefühlen, mit der Fähigkeit zur Entspannung, zur Freude etc. (vgl. zur Erläuterung der Ziele: ebd., S. 129 ff.). Dieser Überblick zeigt, dass die Psychoanalyse heute längst nicht mehr nur auf die Freiheit von Symptomen und neurotischen Zwängen abzielt, wie es ihr in der Vergangenheit zum Teil vorgeworfen wurde. Allerdings würde es den Rahmen sprengen, die hier aufgeführten Ziele weitergehend zu erläutern und zu analysieren. Daher sei darauf hingewiesen, dass einige der hier beschriebenen Fähigkeiten, beispielsweise die zu einem lebendigeren und differenzierteren Gefühlserleben, in späteren Abschnitten noch eine Erklärung finden werden.

6.1.1.2 Die Zielvorstellungen anderer tiefenpsychologischer Schulen

Innerhalb der Psychoanalyse – mit ihr verwandt oder von ihr abgeleitet – sind zahlreiche weitere Ausdifferenzierungen und Theorierichtungen entstanden, von denen hier nur einige angeführt werden können. So unterscheidet sich Kohut – wie vor ihm schon verschiedene andere Analytiker, z.B. Horney, Fromm oder auch Jung – noch in einer weiteren Frage von der klassischen psychoanalytischen Sichtweise.

Psychologische Gesundheit meint mehr als die Freiheit von Neurosen

Während die klassische Psychoanalyse sich krankheitsorientiert vorrangig mit der Beseitigung von Neurosen beschäftigte, nehmen diese Analytiker, die ja selber wieder unterschiedlichen analytischen Traditionen verpflichtet sind, den Menschen auch aus einer gesundheitsorientierten Perspektive wahr und betonen, dass psychische Gesundheit mehr ist als das Freisein von Neurosen. So beschreibt z.B. Kohut seine Haltung folgendermaßen: Da „psychologische Gesundheit früher durch die Lösung innerer Konflikte hergestellt wurde, wurde Heilung, ob im engen oder im weiten Sinne, ausschließlich in Begriffen der Konfliktlösung durch Ausweitung des Bewußtseins gesehen“ (Kohut, 1996, S. 275). Demgegenüber wird psychische Gesundheit im Rahmen der Psychologie des Selbst nicht nur als Freiheit von neurotischen Symptomen und Hemmungen definiert, die die Funktionen eines psychischen Apparates beeinträchtigen, sondern „auch als die Fähigkeit eines stabilen Selbst, sich der Begabungen und Fertigkeiten zu bedienen, die einem Individuum zur Verfügung stehen, und den Menschen damit in die Lage zu versetzen, *erfolgreich* zu lieben und zu arbeiten“ (ebd., S. 278; Hervorh. von mir / U.F.). Kohut ist davon überzeugt, „dass Menschen in sich ein narzißtisches System der Selbstregulierung haben, das bei optimalen Entwicklungsbedingungen (der empathischen Spiegelung) zu

Kreativität, Zufriedenheit und einem reifen Selbstwertgefühl führt“ (Jaeggi, S. 117). Er betont, dass zum Erreichen psychologischer Gesundheit und Heilung „die Wiederherstellung eines vorher fragmentierten Selbst“, die „Restitution des Selbst“ und die „Erzielung von Selbst-Kohärenz“ notwendig ist (Kohut, 1996, S. 276). „Unser Selbst ... beeinflusst unser Funktionieren, unser Wohlbefinden, den Verlauf unseres Lebens, sowohl ausgedehnt, wie auch in der Tiefe“ (ebd.).

Auch bei Karen Horney, Erich Fromm und C.G. Jung zeigt sich eine explizite Gesundheitsorientierung. So formuliert Horney als Ziel der Analyse, „einen Menschen dadurch, daß man ihn von inneren Zwängen befreit, frei zu machen für die Entfaltung seiner besten Kräfte“ (Horney, 1974, S. 15). Für Fromm bedeutet Gesundheit, „affektiv mit den Menschen und der Natur völlig verbunden zu sein ... und doch *mich* als die separate Ganzheit, die *ich* bin, als das Individuum, das Ungeteilte, zu erleben. Gesundheit bedeutet, ganz geboren zu sein und das zu werden, was man seinen Anlagen nach sein kann; sie bedeutet Freude und Traurigkeit unbeeinträchtigt empfinden zu können oder, noch anders ausgedrückt, aus dem Halbschlaf zu erwachen, in dem der Durchschnittsmensch sein Leben führt, und hellwach zu sein“ (Fromm, S. 118; Hervorh. i. Original/U. F.). Schließlich betont auch Jung, dass „er den Menschen lieber aus seiner Gesundheit verstehen“ wolle, als ihn „aus der pathologischen Ecke“ zu erklären (Jung, zit. n. Samuels u.a., S. 30). Für Jung ist Ganzheit gleichbedeutend mit Gesundheit. Anders als Freud hat Jung das Unbewusste nicht nur als zu zähmendes Chaos von Triebwünschen gesehen, sondern als ein Reservoir an wichtigen Bildern, deren eigene Weisheit den Menschen zur Selbsterfüllung, zur Individuation führen kann (vgl. Jaeggi, S. 164 ff.). Weil C.G. Jung für das populäre psychologische Denken über den Menschen von Bedeutung ist und vor allem Menschen anspricht, die ihre soziale Einfügung gut geleistet haben und nun auf der Suche nach Sinnerfüllung sind, wird das Konzept der Individuation an dieser Stelle etwas ausführlicher dargestellt.

Die Individuation – ein Schlüsselkonzept in der Persönlichkeitstheorie C.G. Jungs

Ein zentrales Konzept in der Persönlichkeitstheorie C.G. Jungs ist das Konzept der Individuation. Individuation meint „die Selbstwerdung eines Menschen zu einem ganzen, unteilbaren und von anderen Menschen und der Kollektivpsychologie unterschiedenen (wiewohl in Beziehung zu diesen stehenden) Individuum.....Der Mensch wird sich bewußt, in welcher Hinsicht er ein einzigartiges menschliches Wesen ist und in welcher er andererseits zugleich auch nicht mehr ist als ein gewöhnlicher Mann oder eine gewöhnliche Frau“ (Samuels u.a., S. 106).

Jung selber verdeutlicht den vereinigenden Aspekt der Individuation folgendermaßen: „Ich gebrauche den Ausdruck >Individuation< im Sinne jenes Prozesses, welcher ein psychologisches >Individuum<, das heißt eine gesonderte, unteilbare Einheit, eine Ganzes erzeugt“ (Jung, 1985, S. 293). Individuation, d.h. Erfahrung der Ganzheit und der Verwirklichung des Selbst bzw. des vollständigen Potenzials eines Menschen, wird erst möglich, wenn die weiblichen und die männlichen Anteile der Persönlichkeit und der Schatten, d.h. die unliebsamen und unangenehmen Seiten, die man verbergen möchte, integriert und versammelt sind. Integration deutet so auf einen Prozess hin, der so etwas wie die Basisarbeit beschreibt, die für die Individuation notwendig ist (vgl. Samuels u.a., S. 115). Wenn die verschiedenen Persönlichkeitsaspekte versammelt wurden, d.h. wenn die verschiedenen Kräfte, von denen vorher die Rede war, ein gewisses Gleichgewicht bzw. eine optimale Konflikt- und Spannungsebene erreicht haben, dann „(kann) Integration zu einem Gefühl von Ganzheit führen“ (ebd.). Diese Ganz-

heit, die Jung auch als das „Selbst“ bezeichnet (Jung, 1994, S. 151), ist „Ausdruck aller Aspekte der Persönlichkeit in größtmöglicher Vollständigkeit, sowohl was die Persönlichkeit selbst betrifft als auch in Beziehung zu anderen Menschen und der Umwelt“ (Samuels u.a., S. 77).

Sie ist Potenzial und Fähigkeit zugleich. „Bei der Geburt besitzen wir wohl eine elementare Ganzheit, die aber um der Entwicklung willen zerbricht, um dann in differenzierterer Form neue Gestalt zu gewinnen“ (Samuels u.a., S. 77). Individuation und das Erreichen bewusster Ganzheit lässt sich so als Lebensziel oder -zweck begreifen. Dies zu erreichen ist für Jung eine Kernfrage, der man nicht enttrinnen kann. Der Analytiker kann dabei „kaum mehr tun, als Beistand zu leisten mit aller Geduld und Sympathie, deren er fähig ist“ (ebd., S. 110). Vor allem durch Analyse des Unbewussten und der im Traum enthaltenen Informationen kann er den Patienten darin unterstützen, das Gesamtbild zu erkennen. „Und wenn der Patient dieses Gesamtbild erkennt und das nötige Durchhaltevermögen besitzt, nun, dann hat er eine gute Chance, geheilt zu werden“ (Jung, 1994, S. 141). Auch für Jung ist die Bearbeitung der für den Patienten zentralen Konflikte und Abwehrmechanismen, wie sie in jeder Analyse erfolgen, eine unabdingbare Voraussetzung auf dem Weg zum Erreichen der Ganzheit oder des Selbst. Bei näherer Betrachtung geht Jung aber insofern über Freud hinaus, als er nicht bei der Integration des Schattens, d.h. der unbewussten, verdrängten Teile der Persönlichkeit stehen bleibt, sondern auch die dadurch erst möglich werdende Zielvorstellung beschreibt, die Individuation eines Menschen, der seine Selbstverwirklichung und die Erfahrung seines vollständigen Potenzials erleben darf.¹¹⁴

Wie im Folgenden noch deutlich werden wird, wurden durch manche Vertreter der tiefenpsychologischen Schulen Konzepte ins Spiel gebracht, die den Grundannahmen der Humanistischen Psychologie näher stehen als denen der Psychoanalyse, aus der sie hervorgegangen sind (vgl. Jaeggi, S. 97 f. u. S. 178; vgl. a. Butzer, S. 149 f.). Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die psychoanalytische Grundüberzeugung, wonach Entwicklung konflikthaft verläuft, zugunsten solcher Vorstellungen aufgegeben wird, die von einer Tendenz zur Selbstaktualisierung als Triebkraft der menschlichen Entwicklung ausgehen.

6.1.1.3 Zielvorstellungen der humanistischen Psychologie

In einem früheren Zusammenhang (vgl. Kap. 4.1.2) war bereits herausgestellt worden, dass aus psychoanalytischer Sicht eine reibungslose Entwicklung undenkbar ist. Konflikte sind nach Ansicht von Psychoanalytikern für die normale und für die neurotische Entwicklung von großer Bedeutung, weil sie psychisches Leben überhaupt erst zur Entwicklung bringen und vorantreiben. Demgegenüber sehen Vertreter der humanistischen Psychologie, einem Ansatz, der etwas seit der Mitte der 50er Jahre vor allem von den USA ausging, Entwicklung weniger in Begriffen von Konflikten zwischen Lust- und Realitätsprinzip oder zwischen Natur und Kultur. Nach Paulus (vgl. 1994, S. 51 f.) betonen sie vielmehr die Einzigartigkeit und Einmaligkeit jedes Menschen, „seine Einheit i. S. einer komplex-integrierten Ganzheit“, seine Fähigkeit zur

¹¹⁴ Vor diesem Hintergrund ist es wenig erstaunlich, wenn die Psychologie und die Psychotherapie C.G. Jungs auch als diejenige der zweiten Lebenshälfte bezeichnet werden. Menschen dieser Altersstufen haben – häufig auch ausgelöst durch Lebens- und Sinnkrisen – ein verstärktes Bedürfnis nach Selbstklärung und danach, verschüttete und verborgene Seiten ihrer Persönlichkeit kennenzulernen und zu integrieren (vgl. Jaeggi u.a., S. 208; vgl. a. Teegen, 1985).

beständigen Wandlung sowie das Vermögen zur Selbstregulierung und Selbststeuerung. Ein zentrales Ziel sehen die Vertreter dieser Richtung darin, den Menschen in der Entfaltung seiner Potenziale, in seiner Selbstverwirklichung und Selbstaktualisierung zu unterstützen.¹¹⁵ Am Beispiel einiger Aspekte aus der Theorie von Carl Rogers, dem wohl bedeutendsten Vertreter der humanistischen Richtung, soll dargestellt werden, welche Vorstellungen und Ziele mit diesen Begriffen verbunden sind.

Rogers spricht von der Aktualisierungstendenz als der wesentlichen Triebkraft der menschlichen Entwicklung. Er beschreibt diese Aktualisierungstendenz als „eine Gerichtetheit, die sich in allem organischen und menschlichen Leben zeigt: der Drang nach Expansion, Ausdehnung, Entwicklung und Reife; die Tendenz alle Kapazitäten des Organismus oder des Selbst zum Ausdruck zu bringen und zu aktivieren“ (vgl. Rogers, 1976, S. 340), wobei er davon ausgeht, dass in jedem Menschen ein solches Bestreben zur Entwicklung aller seiner Möglichkeiten und Fähigkeiten und zur Entfaltung der ganzen Person mit Leib und Geist besteht (vgl. Rogers u. Rosenberg, S. 69).

Der Satz von Kierkegaard: ‚das Selbst zu sein, das man in Wahrheit ist‘, ist für Carl Rogers Leitgedanke, wenn es darum geht, seine Theorie von der Entwicklung des Menschen auszudrücken (vgl. Rogers, 1976, S. 116 f.). Auf dem Weg, das eigene Selbst zu entdecken, geht es darum, dass der Einzelne „eine nach der anderen seine Abwehrmasken, mit denen er dem Leben bisher begegnete, fallen lässt, daß er die verborgenen Aspekte seines Selbst voll erfährt (ebd., S. 129). „Er lernt, inwiefern sein Verhalten, ja sogar das Gefühl, das er erlebt, nicht real ist, nicht aus den echten Reaktionen seines Organismus herrührt, sondern eine Fassade, eine Front, wohinter er sich versteckt gehalten hat, ist. Er entdeckt, welcher Teil seines Lebens von dem gelenkt wird, was er meint, dass er es sein *soll*, und nicht von dem, was er ist. Oft merkt er, dass er nur in der Reaktion auf die Forderungen anderer existiert, dass er scheinbar kein eigenes Selbst besitzt, dass er lediglich versucht, so zu denken, zu fühlen und zu handeln, wie er nach Meinung anderer denken, fühlen und handeln *soll*“ (ebd., S. 116; Hervorh. i. Original/ U.F.).

„Der Mensch *wird* das, was er *ist*,...heißt anscheinend, dass der einzelne – im Bewußtsein –, das *wird*, was er – in der Erfahrung – *ist*“ (ebd., S. 111; Hervorh. i. Original/U.F.). Indem der Mensch Bewusstheit über das eigentlich Erlebte gewinnt, nicht nur über die Erlebnisinhalte, die er sich, nachdem er sie durch einen Begriffsfilter gesiebt hat, zugesteht, wird er „zum erstenmal zum vollen Potential des Menschen, zum grundlegenden sinnlichen und innerorganischen Erleben tritt das bereichernde Element der Bewußtheit ungehindert hinzu“ (ebd., S. 111). Der Mensch lernt, dass „das Erfahren eine hilfreiche Ressource, kein schrecklicher Feind ist“ (ebd., S. 174). Er entwickelt ein immer größeres Vertrauen zu den eigenen Prozessen und eine zunehmend offene, freundliche Beziehung zu seiner eigenen Erfahrung in ihrer ganzen Vielfalt und Widersprüchlichkeit. Neue Facetten des eigenen Wesens werden akzeptierend aufgenommen (vgl. ebd., S. 173 ff.). „Das Bewußtsein ist nicht länger der Wächter über einen gefährlichen und undurchschaubaren Haufen von Impulsen, die nur im Ausnahmefall das Tageslicht erblicken dürfen, sondern wird zum geruhsamen Mitbewohner einer Gesellschaft von Impulsen, Gefühlen und Gedanken, die sich ... sehr wohl selbst regulieren können, wenn sie nicht

¹¹⁵ Während in der hiesigen psychologischen Fachsprache die Begriffe Selbstverwirklichung und Selbstaktualisierung synonym gebraucht werden (vgl. Paulus, 1994, S. 13), wird in der amerikanischen Fachsprache „‘Self-Actualisation’ ...eher als Entwicklungs- und Entfaltungsprozess verstanden“ (ebd.), während „‘Self-Realization’ eher den Endzustand, das Ziel, ... (meint)“ (ebd.).

ängstlich behütet werden“ (ebd., S. 125). Je mehr ein Mensch es wagt, die eigenen Gefühle zu empfinden und nach den Werten zu leben, die er in sich entdeckt, desto einzigartiger wird die Art und Weise, sich auszudrücken. Die Bewertungsinstanz verlagert sich zunehmend nach innen, weg von den anderen, deren Zustimmung oder Normen, wie er leben soll (vgl. ebd., S. 175 f. u. 125 f.). Wenn Rogers diesen Prozess beschreibt, dann ist für ihn allerdings klar, dass der in der Therapie – oder auch im Leben – angestoßene Prozess weder leicht noch jemals wirklich beendet ist (vgl. ebd., S. 182). Selbstaktualisierung ist kein ein für allemal erreichter Endzustand, sondern eine Tendenz zu größerer „Unabhängigkeit oder Selbstverantwortlichkeit“ (ders., 1973, S. 422), zu wachsender „Selbstbeherrschung, Selbstregulierung und Autonomie und weg von abhängiger Kontrolle oder Kontrolle durch äußere Kräfte“ (ebd.).

Bedingung für diese Entwicklung ist aber, dass der Mensch alle ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Wahrnehmung seiner Erfahrungen ausschöpft und bereit ist, sich gegenüber all seinen Emotionen zu öffnen, diese wirklich zu spüren und „bis an die Grenze eines Gefühls“ zu erleben (1976, S. 119). Nur der Mensch, der den „genauen >Geschmack< der Gefühle“ (ebd., S. 174), die er in sich entdeckt, kennt und merkt, dass er kein festgelegtes und statisches Wesen ist, sondern sich in einem ständigen Fluss der Erfahrungswahrnehmung und Veränderung befindet (vgl. ebd., S. 188), bekommt Zugang zu immer neuen Aspekten seines Wesens, „zu den privaten und ganz individuellen Erfahrungen, die im Gegensatz zu den vorfabrizierten stehen“ (Jaeggi, S. 110). Nur so kann er zur „fully functioning person“ (ders., 1998, S. 210) werden, d.h. zur Person, die im Kontakt zu den eigenen Gefühlen und den eigenen organismischen Prozessen ist und weiß, wer sie ist und was sie will (vgl. ebd.).

Damit sind wesentliche Zielvorstellungen aufgeführt, sofern sie im Kontext der vorliegenden Arbeit relevant sind. Betrachtet man nun die Grundgedanken der Rogersschen Ideenwelt noch einmal rückblickend, dann ist abschließend herauszustellen, von wie großer Bedeutung bei Rogers die Nähe einer Person zu ihren inneren emotionalen Erfahrungen und die Verlebendigung und Ausdifferenzierung ihres Gefühlslebens ist. Anders als die Vertreter der zuvor bereits dargestellten Psychotherapierichtungen und im Einklang mit unserem heutigen Wissen über den Stellenwert des emotionalen Erlebens für die körperliche und die seelische Gesundheit betont Rogers explizit, wie sehr die Entdeckung des Selbst an die Erfahrung der Gefühle gebunden ist und diese wiederum an das organismische Erleben, an das „freie Erfahren der authentischen sinnlichen und physischen Reaktionen des Organismus“ (ders., 1976, S. 90).

Dabei liefert uns seine Theorie zugleich wichtige Hinweise darauf, dass es keineswegs den Normalfall darstellt in so tiefem Kontakt zu den eigenen Gefühlen zu stehen und so im Fluß der Erfahrungen zu leben, wie Rogers dies für die „voll sich verwirklichend(e) Person“ (ders., 1998, S. 210), die „fully functioning person“ (ebd.) beschreibt. Vielmehr steht am Anfang des Entwicklungsprozesses eine Person, die weit davon entfernt ist, ihr Leben gefühlsmäßig zu erfahren, die „lediglich über Äußeres (kommuniziert)“ (ebd. S. 205), Gefühle und persönliche Bedeutungen weder erkennt noch eingesteht (vgl. ebd.) „in einer sicheren Welt festgelegter Konstrukte, alle außerhalb ihrer selbst (lebt)“ (ebd.) und „fern vom unmittelbaren Erleben dessen (ist), was in ihr selbst vorgeht“ (ebd.). Erst im Verlauf eines lange Entwicklungs- und Selbstaktualisierungsprozesses, der noch genauer beschrieben wird – unter 6.2.1.1 auch unter Berücksichtigung seiner möglichen Grenzen –, werden die Gefühle immer gegenwärtiger, bis schließlich am Ende ein Individuum steht, welches im dauernden Kontakt mit den eigenen Gefühlen lebt, immer größeres Vertrauen zu den Prozessen gewinnt, die sich in ihm abspielen und

daraus seinen inneren Wert- und Verhaltensmaßstab bezieht. Wenn ein Mensch dann nach und nach alle Emotionen erfährt, die in seinem Organismus auftauchen, dann wird er zunehmend ganz, d.h. „dann hat er *sich* selbst erfahren in dem ganzen Reichtum, der in ihm existiert. Er hat sich zu dem entwickelt, was er ist“ (ders., 1976, S. 120; Hervorh. i. Original/ U. F.).

Für einen solchen Menschen trifft dann der Begriff der Kongruenz zu – ein Begriff, mit dem Rogers in erster Linie eine zentrale Variable des Therapeutenverhaltens beschreibt (vgl. z.B. ders., 1998, S. 201), den er aber auch auf Klienten anwendet, die den Entwicklungsprozess zur sich voll verwirklichenden Person weitgehend durchlaufen haben (vgl. ebd., S. 205). Kongruenz meint dann, dass ein Mensch seine Gefühle nicht nur immer besser kennt, sondern auch in der Lage ist, „alles von sich selbst offener auszudrücken“ (ebd.) und sich auch nach außen ohne Fassade, d.h. echt und in Übereinstimmung mit seinen Gefühlen zu zeigen (vgl. Jaeggi, S. 240 ff.). Dieses Verhaltensmerkmal bzw. diese Persönlichkeitseigenschaft „Kongruenz“ stellt nun nicht nur eine für Therapeuten wichtige Eigenschaft dar, sondern ist zugleich auch als eine wichtige Variable von Gesundheit anzusehen. Zum einen – und dies erstaunt vor dem Hintergrund dessen, was wir inzwischen über die emotionale Prozesse und ihre vielfältigen Wechselwirkungen mit Gesundheit und Krankheit wissen, kaum – verbessert „eine Therapie mit dem Ziel, Kongruenz zu vermehren, auch die psychische Gesundheit“ (Rogers, 1998, S. 224 über Studien von R. Tausch und A. M. Tausch). Zum anderen ist aufgrund einschlägiger Hinweise von Rogers auch anzunehmen, dass eine Verarbeitung und Lösung chronisch belastender Konflikte sowie die zunehmende Verankerung des Individuums in seinen Gefühlen und seinem organismischen Erleben zur Herabsetzung des körperlichen Spannungsniveaus und damit auch zur physischen Gesundheit beiträgt (vgl. Rogers, 1973, S. 440 ff.). Schließlich spielt Kongruenz auch für das Gelingen von zwischenmenschlicher Kommunikation eine sehr bedeutsame Rolle (vgl. Schulz v. Thun, S. 116 f.), so dass zu folgern ist, dass Defizite im Gefühlserleben sich auch auf die zwischenmenschlichen Beziehungen und auf den Bewältigungsstil eines Menschen beeinträchtigend auswirken, ein Aspekt, der in Verbindung mit den diesbezüglichen Erkenntnissen vorangegangener Kapitel (vgl. 3.2.4 und 5.2.1 bzw. 5.2.2) bei der Konzeption von Gesundheitsförderung berücksichtigt werden sollte.

6.1.1.4 Zielvorstellungen der kognitiven Therapieschulen

Vernachlässigt wurde bisher die Frage, welche Haltung die Vertreter der lerntheoretisch orientierten Therapien zur Frage des Therapieziels einnehmen. Die Verhaltenstherapie und die kognitive Therapie, die als Weiterentwicklung der erstgenannten Therapierichtung verstanden werden kann, bilden ja die dritte große Schule neben Psychoanalyse und humanistischer Psychologie. In ihrer Grundhaltung unterscheiden sie sich sehr von den bisher dargestellten Therapierichtungen, die ja mehr oder weniger alle davon ausgehen, dass zur Heilung und Veränderung eine Einsicht in die Sinn- und Entstehungszusammenhänge und ein inneres Sortieren der biographischen Erlebnisse gehört. Vor diesem Hintergrund wurde den Symptomen, die in der Verhaltenstherapie ja einen Hauptansatzpunkt darstellen, bisher keine besondere Aufmerksamkeit zuteil. Sie wurden eher als Spitze eines Eisbergs und als Ausdruck einer tiefergreifenden Persönlichkeitsstörung betrachtet, die sich verbessern, wenn eine Integration und Veränderung der Persönlichkeit stattfindet (vgl. Jaeggi u.a., S. 223).

Von einer solchen Sichtweise unterscheiden sich die therapeutischen Perspektiven der Verhaltenstherapie und der kognitiven Therapie fundamental. Beide Therapieformen weisen einen engen Bezug zur psychologischen Grundlagenforschung auf. Sie machen lerntheoretische Gesetze praktikabel und bringen vor allem Erkenntnisse zur Beschreibung, Erklärung und Veränderung menschlichen Verhaltens bei der Behandlung psychischer Störungen zur Anwendung (vgl. Hautzinger, S. 194 ff.). Die klassische Verhaltenstherapie orientierte sich dabei – sehr vereinfacht ausgedrückt – an einem lerntheoretischen Stimulus-Response-Modell und vernachlässigte weitgehend die Kognitionen, d.h. die inneren Prozesse der Informationsverarbeitung und deren Rolle bei der Verhaltensänderung. Systematische Desensibilisierung, Reizkonfrontation, Modelllernen oder Verfahren des operanten Konditionierens sind typische verhaltenstherapeutische Verfahren im engeren Sinne (vgl. ebd., S. 192.). In der kognitiven Therapie dagegen werden die Kognitionen, d.h. die verbalen oder bildhaften Ereignisse im Bewusstseinsstrom des Menschen, ausdrücklich berücksichtigt. Eine der allgemeinen Grundannahmen dieser Therapierichtung lautet, dass diese Kognitionen die Auffassungen des Menschen von sich selbst, seiner Welt, seiner Vergangenheit und Zukunft widerspiegeln und dass inhaltliche Veränderungen der grundlegenden, kognitiven Strukturen eines Menschen seinen Gefühlszustand und seine Verhaltensmuster beeinflussen. Im Verlauf einer Therapie kann sich ein Patient seiner Störungen bewusst werden und durch Korrektur der falschen, dysfunktionalen Konstrukte zu klinischer Besserung gelangen (vgl. z.B. Beck u. a., S. 38; vgl. a. die Ausführungen zu diesem Wirkmechanismus unter 6.2.1.4).

Vor diesem Theoried Hintergrund versteht es sich von selbst, dass von den lerntheoretisch orientierten Therapien kein allgemeines Therapieziel vorgegeben werden kann, da sich diese ja ganz an den vom Patienten vorgegebenen Symptomen orientieren. Die Vorstellung, dass jeder Mensch sein individuelles Entwicklungsziel verfolgen muss, ist den Vertretern dieser Schulen fremd. Ohne irgendein an- oder eingeborenes Prinzip ist der Mensch „zu Anfang ein unbeschriebenes Blatt, er ist eine Tabula rasa“ (Jaeggi, S. 123). Er „löst sich auf in der Geschichte seiner Konditionierungen“ (ebd.). Entsprechend geht es diesen Therapieschulen nicht darum, Selbstreflexion oder Einsicht in die eigenen Situation zu fördern und den Sinn einer Lebensgeschichte zu rekonstruieren (vgl. Jaeggi u.a., S. 231). Wichtig ist nur die Orientierung an den ganz konkreten Zielen und Problemen des Patienten. Die Frage nach den Hintergründen der Probleme oder die Orientierung an übergeordneten Zielen ist nicht Gegenstand der Therapie (vgl. Jaeggi, S. 241). Dennoch ist auch in den kognitiven Verhaltenstherapien – allerdings implizit – doch so etwas wie ein „zentrales Movens“ (ebd., S. 125) auszumachen. Rationalität ist das, was den Menschen bewegt und ihm Veränderung ermöglicht. Kognitive Therapie läuft darauf hinaus, dass Menschen wieder zu vernünftigem Verhalten finden werden, wenn man ihnen nur klar macht und wenn sie nur begriffen haben, dass ihre Einstellungen und Glaubenssätze unvernünftig sind (vgl. Jaeggi, S. 125). Das alte, dysfunktionale Wissen wird in gewisser Weise rückgängig gemacht, „so, als wäre das Irrationale mit Hilfe logischer Beweiskraft zu ‚überreden‘, sich auf die dem Menschen ‚eigentlich‘ zustehende Vernunft zu besinnen“ (Jaeggi u.a., S. 235).

Da es nun verkürzt wäre, die Darstellung der kognitiven Therapieschulen alleine bei dieser Einschätzung zu belassen, sei auch auf umfassendere Ansätze hingewiesen, die „von manchen als ‚humanistische Form der Verhaltenstherapie‘“ (Kanfer u.a., Vorwort zur 1. Aufl.) und „als Anstoß in Richtung einer schulenübergreifenden ‚Allgemeinen Psychotherapie‘“ (ebd., Vorwort zur 3. Aufl.) bezeichnet werden. In diesem Zusammenhang ist die Selbstmanagement-

Therapie von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (ebd.) zu nennen, deren Anliegen es ist, „einen einseitig auf externe Verhaltensbedingungen bezogenen Standpunkt ... zu überwinden und durch eine umfassendere 'Systemperspektive' zu ersetzen“ (Vorwort zur 1. Aufl.), die es ermöglichen soll, bedeutsame Befunde der Grundlagenforschung ebenso zu berücksichtigen wie solche Konzepte und Vorgehensweisen, die generell für therapeutisches Vorgehen und für therapeutische Veränderungen von Bedeutung sind (vgl. ebd.). Vor diesem Hintergrund finden in das Konzept der Selbstmanagement-Therapie auch neuere Forschungsbefunde zum Thema Emotionen Eingang. Die verschiedenen Techniken und Zugänge zu den Emotionen, die dort mit dem Blick auf emotionale Veränderungen angeführt und als günstig für eine Beeinflussung von emotionalen Prozessen beschrieben werden (vgl. ebd., S. 399 - 410), überschneiden sich zum Teil mit den Wirkmechanismen, die auch aus anderen Therapierichtungen beschrieben und weiter unten (vgl. Kap. 6.2) noch ausführlich dargestellt werden. Solche Überschneidungen könnten sich für eine weitere wissenschaftliche Fundierung verschiedener Therapiestrategien und Wirkmechanismen als günstig erweisen, insofern die hier beschriebenen Therapieformen beanspruchen, als einzige auf den empirisch abgesicherten Handlungsmodellen der akademischen, wissenschaftlichen Psychologie aufzubauen (vgl. ebd.).

6.1.2 Vom Sinn schmerzhafter Lebenserfahrungen und emotionalen Leids

Vor dem Hintergrund des zunehmenden Wissens um die Plastizität des Gehirns (vgl. Rüegg, 2003; vgl. a. Glomp, 2003) geht der Neurobiologe Hüther in einem seiner jüngsten Bücher (vgl. Hüther, 2002) der Frage nach, wie wir eigentlich mit unserem Gehirn umgehen müssten, damit es zur vollen Entfaltung der in ihm angelegten Möglichkeiten kommen kann. Wie können die vor allem in der frühen Entwicklung gelernten und tief im Gehirn – in Form neuronaler Verschaltungsmuster – verankerten Bewältigungsstrategien und Gefühlsstrukturen wieder gelockert werden, so dass wir tatsächlich alle Lernfähigkeit und alle Potenzen unseres Gehirns möglichst optimal für unsere eigene Weiterentwicklung und die der Gesellschaft, in der wir leben, nutzen können. Da nun die Plastizität des Gehirns in hohem Maße von seiner Nutzung, d.h. von unseren Erfahrungen abhängig ist, kann sich – so Hüther – „jeder Mensch zu jedem Zeitpunkt seines Lebens dafür entscheiden, sein Gehirn künftig etwas anders zu benutzen als bisher“ (ebd., S. 85) und dadurch „die in seinem Gehirn bis dahin entstandenen Installationsdefizite ... korrigieren“ (ebd.). Um die Möglichkeiten „zur Ausbildung einer programmöffnenden Konstruktion, zur umfassenden Nutzung und komplexen Ausformung“ unseres Gehirns (ebd., S. 119 f.) auch tatsächlich zu nutzen, stehen zwei Wege offen:

Wege zur umfassenden Nutzung unseres Gehirns

Der eine Weg besteht in der Ausbildung von Achtsamkeit, einer Haltung, die uns ermöglicht, „künftig generell mehr von all dem wahrzunehmen, was um uns herum geschieht, diese Wahrnehmungen tiefer und intensiver zu empfinden, sie komplexer zu bewerten und vor allem sorgfältiger nachzudenken, bevor wir uns entscheiden, etwas bestimmtes zu tun und dafür etwas anderes zu lassen“ (ebd., S. 120). Aus diesem Grund hält Hüther die Achtsamkeit für „eine ganz wesentliche Unterhaltungs- und Wartungsmaßnahme für ein menschliches Gehirn“ (ebd., S. 123; vgl. zur grundlegenden Bedeutung der Achtsamkeit für die Ausbildung emotionaler Kompetenz auch unten Kap. 7.2.2). Der andere Weg, der vor allem aus den Erkenntnissen abzuleiten ist, die Hüther über die biologische Funktion der Stressreaktion vorgelegt hat, besteht in einer Ausweitung unserer Bewältigungsfähigkeiten und -strategien (vgl. Hüther, 1999). Wenn wir es lernen könnten, die Angst, die mit der unkontrollierten Stressreaktion einhergeht,

anders zu bewältigen als durch Ablenkungs- und Ausweichmanöver (vgl. Hüther, 2002, S. 80 f.; vgl. hier auch das vorhergehende Kapitel 5) und die emotionale Verunsicherung stattdessen nutzen könnten, um einige längst überfällige „emotionale Scheuklappen“, „Sicherheitsvorkehrungen und Schutzeinrichtungen“ zu entfernen (ebd., S. 21), dann könnte uns dies nicht nur neue Wege abseits der alten ausgefahrenen Straßen eröffnen (vgl. Hüther, 1999, S. 76 f.), sondern auch einen Zuwachs an psychosozialer Kompetenz beschern (vgl. Hüther, 2002, S. 18). Damit eine anhaltende Stressreaktion aber tatsächlich zu einer Chance und nicht zu einer bedrohlichen Destabilisierung wird (vgl. ebd., S. 89), und damit die emotionalen Verunsicherungen und Erschütterungen auch tatsächlich zur Ausweitung unserer Persönlichkeit genutzt werden können, ist es notwendig, zu lernen, dass schmerzhaft Situationen auch eine Möglichkeit zu psychischem Wachstum und zu psychischer Integration bieten können. Dieser Aspekt soll nun etwas genauer betrachtet werden.

Das Leben – die volle Katastrophe (Alexis Sorbas)

Trotz manchmal penetranter Glücksversprechen in Werbung und Hochglanzzeitschriften sind dauerhaftes Glück und dauerhafte Zufriedenheit doch eher die Ausnahme als die Regel. Alleine die Lebenserfahrung der meisten Menschen weist darauf hin, dass sich Phasen der Zufriedenheit und des Gelingens mit schwierigeren, einsamen, unglücklichen oder einfach nur belastenden und anstrengenden Phasen abwechseln. Der Wechsel von Höhen und Tiefen und die permanente Abfolge von Ereignissen, die uns mit immer neuen Herausforderungen konfrontieren, sind ein Grundtatbestand des menschlichen Lebens. Die Welt um uns herum verändert sich immer schneller. Das Wirtschaftssystem, die Sozialstrukturen und die Arbeit, die wir verrichten, sind ständigen Wandlungsprozessen unterworfen, und die Informationen, mit denen wir uns selbst und die Welt, in der wir leben, zu erklären versuchen, explodieren in einem Maße, dass wir uns heute schon in einem ganz anderen Licht sehen als unsere Vorfahren (vgl. Flach, S. 25). Hinzu kommt, dass wir mit dem Wissen um uns potentiell bedrohende Gefahren leben müssen (ebd., S. 263). Stress wird unter diesen Bedingungen zu unserem täglichen Begleiter. Dabei sind es nicht nur die großen Lebenskrisen, die wir als besonders stressreich erfahren und die all unsere Wandlungsfähigkeit und Bewältigungskompetenz herausfordern. Es sind auch die vielen kleineren Probleme, Erfahrungen und Herausforderungen unseres Alltags, aus denen wir zu lernen haben, so dass wir uns mehr oder weniger ständig in einem Prozess der Wiederherstellung unseres Gleichgewichts befinden und notwendige Ausgleichsbewegungen vollziehen müssen.

Die Unvermeidlichkeit emotionalen Leids

„Wendepunkte und selbst kleinere Störungen im täglichen Leben sind fast immer mit emotionalem Leid verknüpft. Solches Leid ist nicht weniger real als physischer Schmerz; es ist sogar häufig noch intensiver“ (Flach, S. 49). Angst schmerzt, Ärger schmerzt, Verzweiflung tut weh und erst recht der dumpfere Schmerz, der über lange Zeit anhalten kann, wenn unsere alte Lebensordnung nicht mehr trägt und wir auf der Suche nach einer neuen Ordnung noch im Dunkeln tappen (vgl. ebd.). In solchen Situationen ist unsere Fähigkeit, mit emotionalem Leid und seelischem Schmerz umgehen zu können, von großer Bedeutung. Das Wissen darum ist allerdings den meisten Menschen weitgehend abhanden gekommen. Christliche und buddhistische Lehren betreffen zwar den Umgang mit Schmerz und Leiden. Sie sind aber häufig sehr abstrakt oder ungewohnt und jedenfalls vielen Menschen nicht vertraut (vgl. Young-Eisendrath, S. 17). So neigen wir dazu, emotionales Leid auszuklammern, und haben es darin sogar – wie die Auseinandersetzung mit dem Phänomen Sucht deutlich macht – sogar zu einer gewissen Meister-

schaft gebracht. Die stofflichen und die emotionalen Süchte helfen uns, „all den Leiden, Wunden und Unvollkommenheiten zu entgehen, die wir doch annehmen und empfinden müssen, um zu erfahren, was wir im Grunde sind und was wir geben können“ (Colegrave, S. 9).

Psychotherapeuten unterschiedlichster Schulen betonen dagegen immer wieder, wie wichtig es ist, den Schmerz nicht zu ignorieren, nicht davor wegzulaufen, sondern ihn ganz zu erleben, sozusagen durch den Schmerz hindurchzugehen. So wird der Psychiater R. Laing mit dem Satz zitiert: „In jedem Leben gibt es viel Schmerz; der einzige Schmerz, der sich vermeiden ließe, resultiert aus dem Versuch Schmerz zu vermeiden“ (zit. n. Norwood, S. 221). Carl Rogers meinte, dass ein Mensch in der Lage sein muss, den genauen Geschmack eines Gefühls, das er in sich vorfindet, wahrzunehmen, egal wie sehr es schmerzt (vgl. Rogers, 1976, S. 174), und von C.G. Jung ist bekannt, dass er zwischen nutzbringendem und unnötigem, nutzlosem Leiden, das lediglich noch mehr Leiden mit sich bringt, unterschied und die Auffassung vertrat, dass „die Neurose nichtbegegnetes Leiden (sei)“ (nach O’Donohue, 1999, S. 197). Eine Neurose ist Scheinersatz für wirkliches Leiden und „hindert uns daran, die volle Bedeutung unseres Schmerzes zu erkennen“ (Young-Eisendrath, S. 16). Sie hält uns in kindlichen Erwartungen, Idealisierungen und Trugbildern fest, die der Realität unangemessen sind, z.B. indem wir uns hilflos fühlen oder indem wir glauben, andere oder die Verhältnisse verantwortlich für unser Unglück machen zu können. Indem wir uns weigern, dem Leiden zu begegnen, sind wir ihm in doppelter Weise ausgeliefert. Zu dem notwendigen Leiden, das sich aus einer schmerzhaften Situation ergibt, kommt noch die Phantasierstellung, die Angst vor dieser Erfahrung hinzu (vgl. ebd. u. S. 36 f.). Dabei wissen nicht nur die Psychotherapeuten in der Nachfolge von Freud und C.G. Jung, dass „die Konfrontation mit dem, was uns am stärksten traumatisiert und am meisten Schmerz bereitet hat, den Beginn der Heilung darstellt“ (ebd., S. 16, vgl. a. Kap. 6.2.1.2 zur Katharsis).

Der Schmerz des Wachsens ist der Mühe wert

Zahlreiche Berichte aus Therapie und Selbsterfahrung zeigen sehr eindringlich, wie seelische Verletzungen und Schwierigkeiten in inneren Reichtum und Sinnggebung verwandelt werden können, wenn erst die Abwehrhaltungen gegenüber möglichen Schmerzen und Verwundungen und damit letztlich die Entfremdungen von der eigenen Seele überwunden werden (vgl. Colegrave, S. 182). Indem wir der Tendenz zur Verleugnung schmerzhafter Erfahrungen des Lebens begegnen und uns dem bisher verdrängten Schmerz bewusst stellen, eröffnen sich uns ganz neue Möglichkeiten, alte Sicherheiten loszulassen und uns selbst und unsere Welt neu zu erfahren. Der Psychotherapeut De Roeck (1996, S. 90) hat in diesem Zusammenhang das schöne Wort geprägt, dass „der Schmerz des Wachsens der Mühen wert“ ist.

Dabei ist uns oft das Leben selbst die wirksamste Hilfe bei der Entwicklung unseres vollen Potentials (vgl. Horney, 1974, S. 6), und häufig sind es gerade die schmerzhaften Erfahrungen, die wir am liebsten vermeiden möchten – wie kritische Lebensereignisse, Schicksalsschläge, Trennungen, Krankheit und vieles mehr –, die uns eine Gelegenheit zu Selbstbegegnung und tiefgreifender Veränderung der Persönlichkeit bieten. In der Erfahrung der Ausweglosigkeit, des „Nichts“, der „Impasse“, wo alte Rollen nicht mehr taugen und wir uns gleichzeitig noch nicht ganz trauen, aus uns selbst heraus zu leben, liegen oft besondere Chancen für das Wachstum und für die Geburt einer authentischen Persönlichkeit, die alte Abhängigkeiten hinter sich lässt und bisher ungenutzte Energien freisetzt (vgl. De Roeck, S. 56 ff.).

Lebenskrisen als Entwicklungschancen

Der Sinn solcher schmerzhaften Empfindungen und emotionalen Lebenskrisen, all dieser Erfahrungen, die von vielen Menschen geteilt werden, aber in ihrer Reichhaltigkeit und Tiefe empirisch kaum erfasst sind, gewinnt in jüngster Zeit durch die Erkenntnisse von Hirnforschern, Chaosforschern und anderen Wissenschaftlern zunehmend an Plausibilität. Vor diesem Hintergrund ist es gerade die Fähigkeit des Menschen zu fortgesetzter Wandlung, die als gesundheitsförderlich beschrieben werden kann, während neurotische Starrheit und Lernunfähigkeit eher mit Krankheit korrespondiert (vgl. Lamprecht u. Sack, S. 32). In diese Richtung weisen auch die Überlegungen des Psychotherapeuten und Psychiatrieprofessors Frederic Flach, der die Theorien des Neurobiologen Hüther aus einer klinischen Perspektive bestätigt. Für Flach ist nicht der seelische Zusammenbruch ein Zeichen von Krankheit. Viel besorgniserregender ist es, wenn ein Mensch immer gleich gut funktioniert und unfähig zur Veränderung ist (vgl. Flach, S. 59). Er sieht daher in solchen Zusammenbrüchen eine Gesetzmäßigkeit, die uns zwingt, Herausforderungen zu begegnen und unser Leben und uns selbst neu zu organisieren (vgl. ebd., S. 33). Nach seiner Sicht „brauchen“ wir Tiefs geradezu, um lernen und uns weiterentwickeln zu können (vgl. ebd., S. 41 u. 17). Sie zwingen uns, „veraltete Erkenntnisse und Ansichten zugunsten von neuen, komplexeren, homeostatischen Strukturen aufzugeben, die viel geeigneter für unser gegenwärtiges und zukünftiges Überleben sind“ (ebd., S. 33).

Vor diesem Hintergrund betont auch Flach die wichtige Funktion des Schmerzes. Er warnt davor, emotionalen Schmerz zu ignorieren oder vorschnell betäuben zu wollen, weil sich dadurch unsere Bereitwilligkeit zur Veränderung verringert und der Schmerz seine Funktion als Wegweiser verliert. Um nötige Einsichten gewinnen, die Einzelteile des Lebens neu ordnen und schließlich Probleme konstruktiv angehen und zu einem besseren Ganzen zusammensetzen zu können, ist es vielmehr wichtig, den Schmerz eine Zeit lang zu ertragen zu können (vgl. ebd., S. 54). Daher laufen Menschen, die ihren Schmerz und ihr emotionales Leid generell ignorieren, nicht nur Gefahr, dieses auf die körperliche Ebene zu verlagern. Sie berauben sich auch wichtiger Hinweise für eine notwendige Neuorientierung (vgl. ebd., S. 16).

Abschließende Bemerkungen

Vor dem Hintergrund seiner klinischen Arbeit konnte Flach nun an den Menschen, die stärker als zuvor aus ihren Krisen hervorgingen, ganz bestimmte flexible Charakterzüge beobachten. Dazu gehören solche Attribute wie die Fähigkeit, Leid zu ertragen; ein Einblick in die eigenen Gefühle und Gedanken während der gerade durchlebten, schwierigen Phase, sowie die Fähigkeit, auf angemessene Art darüber zu sprechen (vgl. ebd., S. 146); „die Unabhängigkeit des Geistes“ (ebd., S. 14); „eine starke, aber gleichzeitig auch veränderbare Art von Selbstachtung“ (ebd., S. 145), einhergehend mit einer Kenntnis der eigenen speziellen Begabungen etc.; die Fähigkeit zu stabilen wechselseitigen Beziehungen und zur Pflege eines Netzes persönlicher Freunde (vgl. ebd., S. 146.). Schließlich zeichnen sich solche Menschen auch durch die Fähigkeit zum kreativen Denken und zur konstruktiven Problembewältigung aus (vgl. ebd., S. 201).

Die Frage stellt sich nun, wie Menschen solche Fähigkeiten erwerben, die ja alles in allem einen Zustand psychischer Gesundheit charakterisieren (vgl. Flach, S. 71). Ein Schritt könnte es vor dem hier und vor allem in Kapitel 5 beschriebenen Hintergrund sein, Menschen wieder mit der Allgegenwärtigkeit von Leid vertraut zu machen und einen Kontext zu erzeugen, der ihren schmerzhaften Erfahrungen einen Sinn gibt. In einer Gesellschaft, die eine lawinenartige Nachfrage nach künstlich induzierter Fühllosigkeit und Abstumpfung erzeugt (vgl. Illich, S. 161 ff. u. S. 178

ff.) mit all den daraus resultierenden schädlichen Konsequenzen für die seelische und die körperliche Gesundheit, stellt es meines Erachtens auch eine Herausforderung für die Gesundheitsförderung dar, dem Menschen ein Rüstzeug zu vermitteln, das ihnen hilft, ihre Kompetenzen bezüglich der Bewältigung von Krisen auszweiten.

Welche Kompetenzen im Einzelnen dazu gehören könnten, ist bereits in den Ausführungen von Flach angeklungen. Einige dieser Faktoren – so das grundsätzliche Vertrauen in die eigene Problemlösefähigkeit und Selbstwirksamkeit oder die Fähigkeit zu stabilen wechselseitigen Beziehungen – sind uns bereits aus der Diskussion der verschiedenen Einflussfaktoren von Gesundheit vertraut. Andere Faktoren wie die „Unabhängigkeit des Geistes“ werden in ihrer Gesundheitsrelevanz erst in einem späteren Teil (vgl. Kap. 7.2.2) erklärlich werden. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Arbeit ist zu erwarten, dass es vor allem die Fähigkeiten zur Beeinflussung und Veränderung belastender Emotionen sind, die nicht nur für die Gesundheit, sondern auch als Krisenbewältigungskompetenz hilfreich sind. Diese Faktoren werden im nun folgenden Teil des Kapitels vorgestellt.¹¹⁶

6.2. Beiträge aus Psychotherapie- und Bewältigungsforschung zur Beeinflussung unlustbetonter, belastender Emotionen

Dieser Teil 6.2.1 gilt dem eigentlichen Hauptanliegen dieses Kapitels, nämlich herauszufinden und darzustellen, welche „Strategien“ und „Wirk- und Änderungsmechanismen“ (Kruse, 1985, S. 136) in der Psychotherapie eingesetzt werden, um unlustbetonte, belastende Emotionen und die ihnen zugrunde liegenden problematischen emotionalen Bezüge zu verändern und in eine heilsame Richtung zu beeinflussen. Die Darstellung wird sich auf einen Überblick beschränken, wobei es vor allem auch darum gehen wird, jeweils die Aspekte herausstellen, die unter anderen Vorzeichen auch für die Gesundheitsförderung relevant sein können.¹¹⁷ In der Gesundheitsförderung geht es vor allem um eine Anregung der Selbstregulationskräfte (vgl. 7.1.2) und um Empowerment (vgl. dazu 7.3.1), also um Interventionen, die „ihrem Wesen nach eher edukativ als psychotherapeutisch“ sind (Schröder, 1997, S. 162). Aus diesem Grund gilt es bei der Auswahl von geeigneten Strategien zu berücksichtigen, dass es im Kontext von Gesundheitsförderung weder um eine Aktivierung und Aufarbeitung neurotischer Erlebniskomplexe gehen kann noch um eine „Veränderung von unangepassten emotionalen Reaktionen klinischer und subklinischer Ausprägung“ (ebd.), wie z.B. Angstkrankheiten etc. Vor diesem Hintergrund werden in diesem Teil auch alternative Zugänge zu den Emotionen, sogenannte ganzheitliche Verfahren berücksichtigt, sofern ihre Wirkung wissenschaftlich begründet werden kann.

¹¹⁶ Mancher Leser wird sich wundern, dass in diesem Abschnitt Victor Frankl nicht berücksichtigt wurde, der Sinnfindungstheoretiker unter den Psychotherapeuten. Aus seiner Sicht wohnt dem Menschen ein ausgeprägter Wille nach Sinn inne, der u.a. durch das Durchleben von Krisen und das Akzeptieren von Leiden und Schicksalsschlägen gefunden werden kann (vgl. zum Beitrag Frankls zu einer Theorie der seelischen Gesundheit a. Becker, 2000). Hier wurde Frankl vernachlässigt, weil vor allem stresstheoretische Überlegungen berücksichtigt werden sollten.

¹¹⁷ Für eine ausführliche Darstellung der verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren gibt es neben der Originalliteratur und zahlreichen therapeutischen Falldarstellungen eine Fülle von Übersichtsbänden (vgl. Garfield, 1982; Grawe u.a., 1994; Jaeggi u.a., 1999; Reimer u.a., 2000; Wagner u. Becker, 1999).

Im Anschluss daran werden im Teil 6.2.2 noch einige Ergebnisse der Bewältigungsforschung vorgestellt, sofern sie für die vorliegende Arbeit wichtig sind. Dem liegt die Überlegung zugrunde, dass Bewältigungsforschung genau genommen Emotionsbewältigungsforschung ist (vgl. Weber, 1990, 1997 a), eine Aussage, die im Kontext dieser Arbeit schlüssig erscheint und die an entsprechender Stelle noch begründet wird (vgl. Kap. 6.2.2). Folglich ist zu erwarten, dass die Bewältigungsforschung ebenso wie die Psychotherapieforschung aufschlussreiche Beiträge für die genannte Fragestellung liefert.

6.2.1 Strategien zur Beeinflussung unlustbetonter Emotionen

6.2.1.1 Das Identifizieren und Benennen von Emotionen

Die Darstellung beginnt mit einem vergleichsweise „einfachen“ therapeutischen Wirkprinzip, dem Identifizieren und Benennen von Emotionen. Es handelt sich dabei um ein Basiselement und um eine Voraussetzung für die weitere Arbeit mit den Emotionen, das in fast allen Therapiearten zur Anwendung kommt (vgl. z.B. Sulz u. Lenz, 2000). In reinster Form findet sich diese therapeutische Strategie in der klientenzentrierten Psychotherapie (vgl. Rogers, 1998), für die sich in Deutschland auch der Name „Gesprächspsychotherapie“ eingebürgert hat. Im Spektrum gesprächspsychotherapeutischer Methoden (vgl. dazu: Eckert, 2000) dient besonders das „Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte“ (Schwäbisch u. Siems, S. 113) durch den Therapeuten dazu, die Gefühle und Erfahrungen eines Klienten möglichst genau zu reflektieren und ihn in einer Weise im therapeutischen Prozess zu begleiten, dass dieser immer mehr er selbst und kongruent werden kann.

Durch das spezifische, klientenzentrierte therapeutische Handeln und durch ein Beziehungsangebot, das von Empathie, bedingungsfreier positiver Zuwendung und von der Echtheit des Therapeuten gekennzeichnet ist, soll der Patient darin unterstützt werden, immer mehr das zu seinem ungehinderten Erleben zu bringen, was er in diesem Augenblick erlebt, so dass er sich allmählich von einem Stadium, in dem Gefühle unerkannt, uneingestanden und unausgedrückt bleiben, entfernt und sich zunehmend stärkerer Kongruenz nähert, indem er den inneren Gefühlen genauer zuhört und gegenüber sich selbst weniger bewertend und mehr akzeptierend wird. Schließlich bewegt er sich „auf einen Zustand des Im-Fluß-Seins hin, in dem sich ständig verändernde Gefühle augenblicklich, wissentlich und offen erfahren und genau geäußert werden können“ (Rogers, 1976, S. 77 ff.).

Für diesen therapeutischen Prozess beschreibt Rogers sieben Phasen, „die das Individuum vom starren zum bewegten Ende des Kontinuums hin durchläuft“ (ebd., S. 136 ff.; vgl. a. Rogers, 1998, S. 204 ff.). Er präzisiert diese Phasen folgendermaßen: „Dieser Prozeß schließt eine Veränderung in der Erlebnisweise ein. Anfangs ist der Klient weit weg von seiner direkten, lebendigen Erfahrung. Ein Beispiel wäre der Intellektuelle, der von sich selbst und seinen Gefühlen in Abstraktionen spricht, und einen mit der Frage zurücklässt, was sich *eigentlich* in ihm abspielt. Er bewegt sich jetzt weg von solcher Distanziertheit, hin zu einer Unmittelbarkeit des Erlebens, in der er offen in seiner lebendigen Erfahrung lebt und weiß, dass er sich ihr zuwenden kann, um ihre momentanen Sinngehalte zu entdecken. In diesem Prozeß vollzieht sich eine Auflockerung der kognitiven Erfahrungen. Der Klient hört allmählich auf, Erfahrungen rigide zu deuten und als äußerliche Tatsachen wahrzunehmen; er entwickelt jetzt wechselnde, locker

gehaltene Auslegungen der jeweiligen Erfahrungsinhalte, Deutungen, die sich durch jede neue Erfahrung modifizieren lassen. Im allgemeinen zeigt sich, daß der Prozeß wegführt von Fixierung, von Gefühls- und Erfahrungsdistanz, einem starren Konzept des eigenen Ichs, weg von Distanziertheit gegenüber Menschen und weg vom unpersönlichen Sich-Verhalten. Er entwickelt sich in Richtung auf ständige Veränderung, Flexibilität, auf Unmittelbarkeit der Gefühle und Erfahrung, Bereitschaft, sie zu akzeptieren, auf Vorläufigkeit der Deutung, auf Entdeckung eines sich verändernden Selbst in der eigenen, sich verändernden Erfahrung, auf Wirklichkeit von Beziehungen und auf Einheit und Integration des Sich-Verhaltens“ (ders., 1976, S. 77 f.; vgl. a. Jaeggi, S. 233 f.).

In Übereinstimmung mit seiner Vorstellung von einem natürlichen Wachstum und einer natürlichen Tendenz des Menschen zur Selbstaktualisierung geht Rogers davon aus, dass ein solcher Prozess „in ruhiger und selbstverständlicher Weise abläuft, wenn nur die Präsenz des Therapeuten als einer guten und gewährenden Mutter spürbar bleibt“ (Jaeggi, S. 234). Dabei ist allerdings fraglich, ob sich der von Rogers beschriebene Entwicklungsprozess unter günstigen Bedingungen tatsächlich so quasi naturwüchsig und selbstregulativ entwickelt und ob nicht doch größere Hindernisse zu überwinden sind auf dem Weg, auf dem die „gefährlichen“ und „undurchschaubaren“ Impulse allmählich zu „geruhsamen“ Mitbewohnern werden (Rogers, 1976, S. 125). Das, was sich bei Rogers so leicht anhört, dieser Prozess des immer mehr „das Selbst zu sein, das man in Wahrheit ist“ (vgl. Kap. 6.1.1.3), erfordert in der Realität nicht nur Geduld und langen Atem, sondern – wie Rogers auch sehr wohl weiß – die Überwindung von „Schichten verkrusteter psychischer Abwehrhaltungen“ (Rogers, 1976, S. 340). So soll C.G. Jung gesagt haben: „Es ist leichter, zum Mars vorzudringen, als zu sich selbst“ (zit. nach Westdeutscher Allgemeiner Zeitung vom 10.1.04, S. 1) – ein Satz, der ausdrückt, dass das Selbst und die ihm zugehörigen Gefühle häufig nicht an der Oberfläche liegen, sondern tief verborgen sind unter all den Abwehrmechanismen¹¹⁸, mit denen wir uns gegen schmerzhaft Erfahrungen schützen. Aus diesem Grund

¹¹⁸ Mit dem Begriff der Abwehrmechanismen werden in der Psychoanalyse unbewusste, automatisch ablaufende psychische Vorgänge bezeichnet, „die darauf abzielen, unlustvolle Gefühle, Affekte, Wahrnehmungen etc. vom Bewußtsein fernzuhalten bzw. sie >>in Schach zu halten<<“ (Mentzos, 1999, S. 60). In der Regel treten solche Abwehrmaßnahmen im Zusammenhang mit Inhalten und Gefühlen auf, die aus neurotischen Konflikten entstanden sind. Während sie ursprünglich sinnvolle und notwendige Schutz- und Bewältigungsaufgaben darstellten, sind diese „aus dem Bewußtsein verdrängten kognitiven und emotionalen Inhalte“, die aber „trotzdem aktiv (bleiben)“ (ebd.), für die spätere Erwachsenenpersönlichkeit und das Erwachsenenverhalten „dysfunktional, weil sie die *bewußte* Erledigung des Konfliktes verhindern“ (ebd., S. 60 f.; Hervorh. i. Original/U.F.) und die Selbstentfaltung und Selbstverwirklichung beeinträchtigen (vgl. ebd.). Die verschiedenen Abwehrmechanismen, die zuerst von A. Freud systematisch dargestellt wurden, können nach dem Grad ihrer Reife beschrieben werden. Sehr unreifen Mechanismen, wie beispielsweise dem der Projektion, bei der eigene unerwünschte Gefühle und Impulse unbewusst einer anderen Person unterstellt und zugeschrieben werden, stehen reifere Mechanismen gegenüber wie die Intellektualisierung „als Tendenz, Emotionales in formaler, affektloser Art zu behandeln“ (Mentzos, 1999, S. 64), die Rationalisierung „als sekundäre Rechtfertigung von Verhaltensweisen durch Scheinmotive“ (ebd.) oder die Sublimierung als „Umsetzen verdrängter Triebimpulse in sozial gewertete Tätigkeiten, auf die das Triebziel verschoben wird“ (ebd., S. 65; vgl. zu der Vielzahl weiterer Abwehrmechanismen ebd.). Schließlich können auch die psychosomatischen Krankheiten (im engeren Sinne) als Abwehrmechanismen verstanden werden (vgl. ebd., S. 67). Davon ausgehend, dass Gefühle sich zum Beginn der kindlichen Entwicklung zuerst als undifferenzierte körperliche Befindlichkeiten darstellen und erst später „zu den sich von den Körperempfindungen weitgehend entfernenden, bewußten und differenzierten emotionalen Zuständen werden“ (ebd., S. 247), nimmt man an, dass bei der psychosomatischen Symptombildung „ein Rückgängigmachen des ... Entwicklungsprozesses, eine Rückkehr zur ‚Körpersprache‘“ (ebd.) stattfindet, die ein Ausweichen vor konfliktreichen Belastungen und den damit verbundenen unlustbetonten Emotionen erlaubt (vgl. ebd.; vgl. a. die Fußnoten 91 u. 92). Mentzos weist darüber hinaus darauf hin, dass sich Abwehrmechanismen nicht alleine auf intrapsychischer Ebene abspielen, sondern ebenso in das Soziale hineinwirken können, wenn beispielsweise ein Partner gewählt wird, der ein

halten Therapeuten wie Tilmann Moser eine stärkere Berücksichtigung bzw. Integration körpertherapeutischer Verfahren für notwendig, um „auch jene Schichten und Gefühle von Patienten zu erreichen, die mit Sprache allein unbeantwortet oder sogar unentdeckt blieben“ (Nuber, 1990, S. 40; vgl. a. Erb, 1990; Maaser u.a., 1994; Wilke, 2000 a). Darüber hinaus wird eine „Stimulierung der emotionalen Erlebnisfähigkeit“ (Kruse, 1985, S. 147) in der Gestalttherapie und anderen humanistischen Schulen auch durch den Einsatz sogenannter erlebnisaktivierender Methoden zu erreichen gesucht, ein Vorgehen, das sich im Übrigen im Rahmen einer großen Psychotherapiestudie als weiterer „sehr gut bestätigter therapeutischer Wirkfaktor“ (Grawe u.a., S. 736) erwiesen hat.

Im Kontext von Gesundheitsförderung wird es also erst einmal darum gehen, die Aufmerksamkeit der Beteiligten überhaupt auf das Gefühlserleben zu richten und Wege zu finden, wie dieses gefördert werden kann. Vor dem eben dargestellten Hintergrund, wonach Gefühle häufig unter Schutzmechanismen verborgen sind, dürfte es dabei schon einen Fortschritt und ein realistisches Interventionsziel darstellen, wenn Menschen es zumindest ansatzweise lernen, eigene Gefühlszustände wahrzunehmen, zu beschreiben und in einer Gefühlssprache auszudrücken – und wenn sie in diesem Zusammenhang eine Bereitschaft entwickeln, auch diffusen, unklaren Stimmungen, latenten Spannungen und Gefühlen der Leere oder der Langeweile so lange Aufmerksamkeit entgegenzubringen und diese auszuhalten, bis die darunter verborgenen Wünsche, Sehnsüchte und Anliegen wahrnehmbar werden (vgl. Keen, 1993).

Eine wichtige Voraussetzung dafür ist die Schulung der Körperwahrnehmung. Da die Emotionen sich in einer Vielfalt von Körperreaktionen äußern, stellt die „Alphabetisierung des Körpers“ (Herzog, S. 293) so etwas wie eine Grundvoraussetzung für jede Sensibilisierung des Gefühlserlebens dar. Dies bedeutet mit Blick auf die Gesundheitsförderung, dass vor allem auch solche Methoden berücksichtigt werden sollten, die der Körperwahrnehmung große Bedeutung beimessen und auf diese Weise für die Entdeckung der eigenen Gefühlslandschaften und -vielfalt förderlich sind (vgl. z.B. Nidiaye, 2003). Für Menschen, die sich darüber hinaus tiefergehend mit ihren emotionalen Prozessen auseinandersetzen und „der Stimme des Körpers folgen“ wollen (Cornell, 1997), ist das Erlernen des Focusing ein möglicher Weg. Dabei handelt es sich um eine ursprünglich im therapeutischen Kontext entstandene Technik, die aber zugleich auch einen Weg zur Selbsthilfe bietet (vgl. ebd.).

6.2.1.2 Klärung der Motive und Selbstklärung

Legt man die Metaanalyse aller jemals durchgeführten Psychotherapiestudien von Grawe u.a. zugrunde, dann gilt die sogenannte „Klärungsperspektive“ (Grawe u.a., S. 752) als eine der ganz zentralen Wirkprinzipien von Therapie. Hierbei geht es darum, dass der Patient „sich über sich selbst klarer wird, sich besser verstehen lernt, um sich besser annehmen und/oder sich bewusst

komplementäres neurotisches Bedürfnis hat (vgl. ebd., S. 256 f., vgl. a. Willi, 1991), oder wenn Institutionen „Abwehr- und kompensatorische Funktionen erfüllen“ (Mentzos, 1999, S. 259), indem die von einer „Institution angebotenen Rollen vom Einzelnen zum Zwecke der individuellen neurotischen Abwehr benutzt werden“ können (ebd.). Aus psychoanalytischer Sicht ist daher ein tiefergehender und dauernder Kontakt zu den eigenen Gefühlen und zum eigentlichen Selbst nicht so leicht zu erlangen, ein Einwand, der aufgrund der neurowissenschaftlichen Erkenntnisse und nicht zuletzt auch aus eigener Erfahrung gewiss jedem einleuchten wird.

anders verhalten zu können als bisher“ (ebd.). Wenn Psychotherapie dem Individuum helfen soll, seine Lebenspraxis mehr im Sinne seiner eigentlichen Bedürfnisse und positiven Ziele zu gestalten, so besteht eine ihrer wichtigsten Aufgaben darin, dass sich der Patient ein zutreffendes Bewusstsein seiner selbst erarbeitet und „vom Gesagten dem Gemeinten näher kommt“ (ebd., S. 772). „Sich nichts vorzumachen bedeutet, ein zutreffendes Bewußtsein davon zu haben, was wirklich das eigene Tun und Erleben bestimmt“ (ebd., S. 761) und allmählich durch den neurotischen, emotionalen Schleier hindurchzusehen, der sich zwischen das Subjekt und die realen Eigenschaften des Objekts schiebt (vgl. 4.3), d.h. auch „den Unterschied zwischen den realen Eigenschaften eines Objekts und deren emotionalen Bewertungen zu erkennen“ (Kruse, 1985, S. 89).

In allgemeiner Form findet eine Klärung und Deutung in den verschiedensten Therapieformen statt, wobei sich die Art und Tiefe der Klärung sehr unterscheidet. Am intensivsten und tiefsten wird dieser Aspekt aber sicherlich von der Psychoanalyse verfolgt, für die die Deutung der unbewussten Motive eines ihrer wesentlichen Wirkprinzipien darstellt. Damit Einsicht bzw. eine aufdeckende Analyse dessen, was sich in der therapeutischen Beziehung abspielt, geschehen kann, ist die Herstellung einer Übertragungsbeziehung von zentraler Bedeutung (vgl. 6.1.1.1). Übertragungen treten in einem gewissen Ausmaß zwar in allen zwischenmenschlichen Begegnungen auf. Unter den besonderen Bedingungen der therapeutischen Situation, in der sich der Therapeut neutral und für den Patienten unbestimmt verhält, treten sie jedoch besonders stark hervor. In der Übertragung werden die ursprünglichen, unbewältigten, neurotischen Konflikte wiederbelebt und damit für den Analytiker beobachtbar und für den Patienten bewusst erlebbar. Dabei sollten die Übertragungsgefühle, die mit großer Intensität auftreten, allerdings „nicht nur als *Wiederholungen* dessen, was früher gewesen ist“, verstanden werden, „sondern auch als *erst jetzt mögliche Erlebensweisen*“ (Mentzos, 1999, S. 269), als „authentische, echte Gefühle, die so zu erleben der Patient womöglich früher *nie* die Möglichkeit hatte und die erst unter den spezifischen Bedingungen der Therapie entstehen und erlebt werden können“ (ebd.; Hervorh. i. Original/U.F.). Diese Übertragungen bilden neben anderem (Träume, freie Assoziationen, Fehlleistungen, Widerstände etc.) das Material, das der Therapeut analysiert und deutet. Dadurch wird dem Patienten eine direkte Selbstbeobachtung und Einsicht in die eigenen unbewussten Motivationen ermöglicht.

Nach dem hier Dargestellten macht es nun einen offensichtlich großen Unterschied, ob eine Klärung vor dem Hintergrund der komplexen Konflikt- und Neurosentheorie der Psychoanalyse stattfindet, ob sie den Patienten zur Selbstklärung anregt, wie es Rogers und die klientenzentrierte Psychotherapie anstreben, oder ob Klärung nur oberflächlich konzipiert wird, wie dies in der Verhaltenstherapie und den kognitiven Therapien der Fall ist (vgl. Jaeggi u.a., S. 197 ff.).

Wenn man das mit der Klärungsperspektive verbundene Anliegen nun auf die Gesundheitsförderung überträgt, dann bedeutet dies für die Beteiligten zunächst einmal, im Sinne des Vorschlags von Hüther Achtsamkeit zu entwickeln und – wie bereits ausgeführt – „künftig generell mehr von all dem wahrzunehmen, was um uns herum geschieht, diese Wahrnehmungen tiefer und intensiver zu empfinden, sie komplexer zu bewerten und vor allem sorgfältiger nachzudenken, bevor wir uns entscheiden, etwas bestimmtes zu tun und dafür etwas anderes zu lassen“ (Hüther, 2002, S. 120). Hier, in diesem Zusammenhang, würde das Ziel dabei vor allem im „Erkennen der Quellen und Motive eigener Gefühle“ bestehen (Schröder, 1997, S. 157) bzw. darin, „den Informationsgehalt von Gefühlen entschlüsseln und nutzen (zu) lernen“ (ebd.; vgl. a. Goleman, 1998 a, S. 355). Diesbezügliche Übungen zur Sensibilisierung der Selbst- und der Fremdwahrnehmung müssten dabei ergänzt werden um entsprechende theore-

tische Instruktionen und Übungen zu relevanten Fragestellungen. Beispielsweise könnte die zentrale Bedeutung der Emotionen beleuchtet bzw. das erweiterte Stressmodell eingeführt und auf dieser Grundlage erläutert werden, wie es zur Entstehung von belastenden Emotionen kommt, welche Rolle die subjektiven Bewertungen dabei spielen, wie vor diesem Hintergrund die Entstehung von Gesundheit und Krankheit zu erklären ist etc. Dabei würde es ein pädagogischer Kontext „lebendigen Lernens“ (Langmaack, S. 15; vgl. a. Cohn u. Terfurth, 1993; Langmaack u. Braune-Krickau, 1989) ermöglichen, die Vermittlung von gesundheitsrelevanten Themen und von Theoriebausteinen so zu gestalten, dass die Einbeziehung von Erfahrungen der Beteiligten und deren Austausch miteinander gefördert wird.

6.2.1.3 Veränderung dysfunktionaler Denkmuster

Dieses Wirkprinzip basiert auf den therapeutischen Techniken des kognitiven Modells, einer Richtung, die hier am Beispiel der kognitiven Therapie von Aron T. Beck, einem ihrer renommiertesten Vertreter, dargestellt werden soll (vgl. zu den Ansätzen von Ellis u. Meichenbaum, weiteren prominenten Vertretern der kognitiven Therapie, a.: Wilken, 1998). Beck hat diesen kognitiven Therapieansatz zunächst für Menschen, die unter Depressionen leiden, entwickelt und später auch auf Patienten mit Ängsten und Persönlichkeitsstörungen ausgeweitet.

Die Therapie knüpft an den vorfindbaren Gedanken, am inneren Sprechen und an den inneren Bildern des Patienten an und zielt darauf, Fehlannahmen, irrige Überzeugungen, negative Gedanken und falsche Glaubenssätze eines Menschen zu identifizieren, an der Realität zu überprüfen und durch ein stärker an der Realität orientiertes Verständnis zu ersetzen (vgl. Beck u.a., S. 34). So sollte beispielsweise ein depressiver Patient, der sich aufgrund seines reduzierten Aktivitätsniveaus als unfähig bezeichnet und in einem Teufelskreis zunehmender Entmutigung, Unbeweglichkeit und mangelnder Selbstachtung gefangen ist, durch Änderung bestimmter Verhaltensweisen zu der Erkenntnis gelangen, dass ein kognitiver Fehler die Ursache seines Problems ist. Da der Patient „(irrtümlich) glaubt, dass er unfähig, schwach und hilflos ist“ (ebd., S. 158; Hervorh. i. Original/U.F.), und „diese Überzeugungen seine Motivation und sein Verhalten ernsthaft einschränken“ (ebd.), hat der Therapeut nun die Aufgabe, ihm „die Unrichtigkeit seiner negativen, übergeneralisierten Schlußfolgerungen“ (ebd.) aufzuzeigen und ihm bei der Veränderung seines Verhaltens zu helfen. „Nach der Veränderung bestimmter Verhaltensweisen kann der Therapeut dem Patienten zeigen, daß er in Wirklichkeit nicht die Fähigkeit verloren hat, so wie früher zu handeln, sondern, daß es ihm wegen seiner Mutlosigkeit und wegen seines Pessimismus schwer fällt, seine Reserven zu mobilisieren und die nötigen Anstrengungen auf sich zu nehmen“ (ebd.).

Die Bearbeitung von Kognitionen, der „gestörte(n) Selbst- und Weltsicht“ (ebd., S. 52), erfolgt durch verschiedene kognitive Techniken, z.B. kann ein Patient Tagesprotokolle der negativen Gedanken und der Ereignisse, die den unangenehmen Gefühlen vorausgingen, führen (vgl. ebd., S. 391). Eine solche Aufzeichnung von Kognitionen und Reaktionen ist eine Möglichkeit, mit der Überprüfung, Bewertung und Modifizierung der Kognitionen zu beginnen. Der Patient lernt seine negativen, automatischen Gedanken kennen und auf ihren Realitätsgehalt hin einzuschätzen. Durch den Zugang zur kognitiven Organisation des Patienten wird für Therapeut und Patient verständlich, wie der Patient seine Realität organisiert. Dysfunktionale, unvernünftige Annahmen und Denkfehler können erfasst und in der Therapie systematisch durch alternative Erklärungen und vernünftige Reaktionen ersetzt werden (vgl. ebd., S. 206 ff.).

Wie trägt die kognitive Therapie nun zur Veränderung negativer Emotionen bei? Die Grundannahme besteht ja darin, dass automatische Gedanken und dysfunktionale Annahmen „unangenehme Gefühle und andere depressive Symptome verursachen, aufrecht erhalten oder intensivieren“ (ebd., S. 209). Daher liegt das Ziel der kognitiven Therapie „in der Entlastung von emotionaler Not und anderen Symptomen der Depression“ (ebd., S. 68). Dabei ist es, nach all dem, was wir inzwischen über die Entstehung und Beharrlichkeit mancher chronisch belastender Emotionen wissen, allerdings fraglich, wieweit ein solcher Ansatz, der alleine an den Kognitionen ansetzt, reichen kann. So sieht auch Beck selber die Grenzen dieses Ansatzes. Negative Kognitionen sind nicht leicht zu verändern, da sie ganz spezifische Eigenschaften haben. Sie sind „automatisch“ und „treten wie ein Reflex auf ohne Vorüberlegung“. Sie sind „unvernünftig“, „dysfunktional“, für den Patienten „völlig plausibel“ und von ihm „kritiklos anerkannt“ (ebd., S. 208). Außerdem sind sie „unfreiwillig“, und der Patient kann große Schwierigkeiten haben, sie „auszuschalten“ (ebd., S. 209). In diesem Fall, wenn der Patient so sehr in seine negativen Vorstellungen verstrickt ist, dass er sich auf nichts anderes konzentrieren kann, muss er, so Beck, „zunächst lernen, diese Kognitionen zu ignorieren und sich auf die nächstliegende Aufgabe zu konzentrieren“ (ebd.). In diesem Zusammenhang sei nur am Rande erwähnt, dass Beck selber auch ein Beispiel anführt, bei dem offensichtlich pure Katharsis (vgl. dazu den folgenden Abschnitt) ausschlaggebend für eine unmittelbare Heilung von einer langdauernden Depression war (vgl. ebd., S. 73).

Das hier dargestellte Wirkprinzip, die „Veränderung dysfunktionaler Denkmuster“, wurde in der genannten Psychotherapiestudie am Beispiel der kognitiven Therapie von Beck beurteilt, die als eine „sehr potente Therapie zur Behandlung depressiver Patienten“ (Grawe u.a., S. 465) bewertet wurde. Betrachtet man diesen Wirkungsmechanismus nun mit dem Blick auf die Gesundheitsförderung, dann ist das Grundprinzip der kognitiven Umstrukturierung für diesen Kontext offensichtlich sehr gut nutzbar zu machen. Entsprechende Anleitungen finden sich daher in einer Vielzahl von Gesundheitsförderungsprogrammen (vgl. Kaluza, 1996; Franke u. Möller, 1993; vgl. für die klinische Anwendung a.: Benson u. Baim, 2002).¹¹⁹ Legt man dabei ein so einfaches Schema wie das ABC-Modell von Ellis zugrunde (vgl. Wilken, S. 39 u. 43 f.; vgl. Abb. 8), dann lassen sich auch deutliche Bezüge zum transaktionalen Stressmodell herausarbeiten.

A: Auslösende Situation	B: Gedanken über A	C: Gefühle, Verhaltensweisen
Mein Chef kommt zu mir und sagt: „.....“	So ein blöder Hund! ...	Ich bin verärgert, sage nichts
	Hoffentlich wirkt sich das ... nicht negativ aus ...	Angst, versuche mich zu rechtfertigen oder mich zu entschuldigen
	Der Chef hat heute mal wieder ganz schön schlechte Laune ...	Ich bin ruhig, vergesse den Vorfall rasch.

Abb. 8: Beispiel für ein ABC-Schema (Wilken, S. 48)

¹¹⁹ In sehr vereinfachter Form findet sich das Prinzip „der Arbeit an Pessimismus, Selbstkritik und negativen Gedanken“ auch in den Behandlungsrichtlinien wieder, die die WHO den Hausärzten für die Depressionstherapie an die Hand gegeben hat (vgl. ICD-10 Primary Health Care, zit. n. Linden, 2002, S. 27).

Wie an der Abb. 8 deutlich wird, bestehen 1. Parallelen zwischen der auslösenden Situation (A) und dem potentiellen Stressauslöser, 2. zwischen den Gedanken über (B) und dem appraisal bzw. der Bewertung und 3. zwischen den Gefühlen bzw. Verhaltensweisen (C) und der Stressreaktion bzw. der emotionalen Reaktion. In einem daran anschließenden vierten Schritt D (Diskussion) können dann die stressauslösenden Gedankenmuster hinterfragt und modifiziert werden.

Vor dem Hintergrund der großen Bedeutung der subjektiven Bewertungen für die Entstehung von Stress und den damit verbundenen Emotionen ist nun davon auszugehen, dass es als ein wichtiger Beitrag zur Steigerung der Selbstwirksamkeit angesehen werden kann, wenn Menschen erst einmal begreifen, wie ihr Denken ihre Gefühle beeinflusst, sie also umgekehrt ihren belastenden Gefühlen nicht mehr so ausgeliefert sind, wenn sie ihre Denkweisen verändern. Norman Cousins, der sich mit einer Kombination aus Lachen und Ascorbinsäure selber von einer Kollagenose (vgl. Cousins, S. 36 ff.) geheilt hat, drückt diesen Zusammenhang folgendermaßen aus: „Die größte Kraft im menschlichen Körper ist seine Fähigkeit zur Selbstheilung. Aber diese Kraft hängt von unseren Gedanken und Einstellungen ab, von Erwartungen und Meinungen, die sich in physiologische Veränderungen übersetzen“ (zit. n. Ernst, 1993, S. 11).

Um diesen Wirkungsweg – die heilsamen physiologischen Effekte des Mentalen auf die Emotionen – für die Gesundheitsförderung nutzen zu können, steht noch eine Reihe weiterer Methoden zur Verfügung, die gerade auch im pädagogischen Kontext und in der Gesundheitsförderung gut geeignet sind. Dazu gehört zum einen eine Vielzahl von Phantasie- und Märchenreisen, die zusammen mit Entspannungsmethoden eingesetzt werden können (vgl. z.B. Müller, 1994). Zum anderen liegen aus dem NLP, dem neurolinguistischen Programmieren, zahlreiche methodische Anregungen vor, mit deren Hilfe dysfunktionale Denkmuster, Haltungen und Stimmungen – zumindest in einem gewissen Umfang – in eine gesundheitsförderliche Richtung beeinflusst werden können (vgl. z.B. McDermott u. O’Connor, 1997; Schmid-Oumard u. Nahler, 1993). Viele sehr hilfreiche Anregungen finden sich auch in einer Veröffentlichung, die der Psychotherapeut und Psychologieprofessor Tausch ausdrücklich mit dem Blick auf Möglichkeiten der Selbsthilfe im „Umgang mit belastenden Gefühlen“ verfasst hat (Tausch, 1989), oder in einschlägigen Selbsthilfebüchern, von denen hier als ein Beispiel der Titel „Raus aus dem Gedankenkarussell“ (Lauterbach, 2004) erwähnt sei. Eine wichtige Rolle spielt schließlich auch die Meditation, die wegen ihrer großen Bedeutung in einem gesonderten Abschnitt (vgl. Kap. 6.2.1.7) besprochen wird. Abschließend ist noch zu erwähnen, dass sich der Umgang mit belastenden Gedanken auch bereits im Kontext betrieblicher Gesundheitsförderung als hilfreich erwiesen hat (vgl. Polenz u. Becker, S. 44).

6.2.1.4 Die Auflösung emotionaler Blockaden (Katharsis)

Im vorangegangenen Abschnitt wurde schon angedeutet, dass eine Veränderung belastender Emotionen durch eine Beeinflussung der zugrunde liegenden dysfunktionalen Denkmuster nicht einfach ist und der Versuch, dies zu tun, an seine Grenzen stoßen kann. In diesem Zusammenhang sei an die Beobachtung des Hirnforschers LeDoux erinnert, dass die Verbindungen von der Amygdala zum Kortex, also zum „denkenden“ Gehirn, weit stärker sind als die Verbindungen von den kortikalen Bereichen zur Amygdala, so dass es „leicht möglich (ist), dass Gedanken Emotionen auslösen (indem sie die Amygdala aktivieren)“ (LeDoux, S. 325), wir uns jedoch „schwer (tun,) willentlich Emotionen abzuschalten, indem wir die Amygdala deaktivieren“ (ebd.). Nun

spricht die Tatsache, dass „die kortikalen Verbindungen zur Amygdala bei den Primaten weit stärker sind als bei den übrigen Säugern“ (ebd.), zwar für die Möglichkeit, auch mithilfe des Denkens mehr und mehr Kontrolle über die Amygdala zu gewinnen und die Emotionen auf diesem Wege zu beherrschen. Für eine Veränderung von tiefsitzenden emotionalen Mustern scheint es aber wirkungsvoller zu sein, wenn die Emotionen direkt angesprochen werden und es zu einer starken emotionalen Beteiligung kommt. So hält Roth einen erwachsenen Menschen in seinen Persönlichkeitsmerkmalen nur noch für wenig veränderbar, „es sei denn, er hat starke positive oder negative emotionale Erlebnisse“ (Roth, 2001, S. 452) und ist bereit, „sich emotional erschüttern“ (Roth im Gespräch mit Geuter, in: Geuter, 2002, S. 49) und „in einen emotionalen Aufruhr“ versetzen zu lassen (ebd.).

So lässt sich nun mit Hilfe von Erkenntnissen der jüngeren Hirnforschung erklären, warum starke emotionale Beteiligung und Erschütterung in der Psychoanalyse, der Verhaltenstherapie und anderen therapeutischen Richtungen einen so wichtigen Wirkmechanismus für eine emotionale Veränderung darstellen. Die Psychoanalytiker sprechen in diesem Fall von Katharsis, wobei sie davon ausgehen, dass die Wiederherstellung des verlorenen Sinnzusammenhangs – die bereits beschriebene Klärungsperspektive (vgl. 6.2.1.2) – eine wichtige Voraussetzung für den therapeutischen Erfolg darstellt, diese alleine aber noch nicht die Heilung, den entscheidenden therapeutischen Durchbruch bewirkt. „Vielmehr muß ... ein schwieriger, schmerzlicher innerer Prozeß hinzukommen, der fast obligatorisch einen Trennungsprozeß und Trauerarbeit impliziert. Nicht umsonst hat der Patient seine Abwehrsysteme errichtet und über Jahre aufrechterhalten; nicht umsonst widersetzt er sich der Aufhebung der Verdrängung. Er tut dies, um diesen Schmerz und diese Trauer zu vermeiden“ (Mentzos, 1999, S. 275 f.). So geht es im vielleicht schwierigsten Teil des therapeutischen Prozesses ganz wesentlich darum, dass der Patient *eine emotionale relevante Einsicht* in die eigenen unbewussten Motivationen gewinnt (vgl. ebd., S. 272). Er muss „innerhalb der therapeutischen Beziehung (*Erfahrungen*) machen, die einer praktikablen Lösung der ‚Versteifung‘, von der oben die Rede war, gleichzusetzen sind“ (ebd., S. 276; Hervorh. i. Original/U.F.). Vor diesem Hintergrund gilt das Aufbrechen, die Lösung emotionaler Blockaden, die sogenannte Katharsis, als bedeutsames Moment für eine tiefgehende Heilung (vgl. ebd., S. 276 f.).¹²⁰ Dabei betonen Psychoanalytiker in teilweiser Abgrenzung zu anderen Verfahren, die auch katharsisauslösende Techniken verwenden (z.B. Bioenergetik, Gestalttherapie, Primärtherapie), dass Erlebnisse von solcher Bedeutung einen sicheren therapeutischen Rahmen benötigen (vgl. ebd., S. 287) und sowohl der Vorbereitung durch zunehmende Aufdeckung und Bewusstmachung bedürfen wie der nachträglichen Reflexion, Durcharbeitung und Integration neuer Einsichten (vgl. ebd., S. 272).

¹²⁰ Eine eindruckliche Beschreibung einer Katharsis findet sich in dem Roman *Und Nietzsche weinte* von Irvin Yalom. Yalom ist Therapeut und Lehrender an der Stanford-Universität und macht in seinen Romanen psychoanalytische Theorie und Therapie auf eindruckliche Weise lebendig. Josef Breuer, der angesehene Arzt und Mentor Freuds, soll auf Bitten von Lou Salomé ihren Freund Friedrich Nietzsche von seiner Obsession für sie kurieren. Breuer willigt ein und unterzieht N. einer neuartigen Heilungsmethode, deren Ausgang für beide recht unerwartet ist. Während der letzten Begegnung mit Breuer kann Nietzsche seine Tränen nicht zurückhalten, und Breuer ermutigt ihn: „Es ist gut so, Friedrich. Starke Tränen sind läuternd, kathartisch.“ Nietzsche, das Gesicht in den Händen vergraben, nickte. „Seltsam, aber im nämlichen Augenblick, da ich – zum ersten Male in meinem Leben – meine Einsamkeit in ihrer ganzen Bodenlosigkeit und ihrem ganzen Schrecken zu erkennen gebe, in diesem selben Augenblick schmilzt die Einsamkeit weg! Im nämlichen Augenblick, da ich Ihnen sagte, mich habe noch nie jemand berührt, in eben diesem Augenblick ließ ich mich erstmals berühren. Ein unbeschreiblicher Augenblick, als wäre eine dicke innere Eiskruste plötzlich gerissen und in tausend Stücke gesprungen.“ (Yalom, 1996, S. 435).

Interessanterweise besteht – bei allen sonstigen Differenzen – zwischen Psychoanalytikern und Verhaltenstherapeuten in Bezug auf die Bedeutung des Wirkmechanismus der Katharsis weitgehende Übereinstimmung (vgl. Kanfer u.a., S. 401 u. S. 405 ff.). So könnte die gute Wirkung einiger verhaltenstherapeutischer Vorgehensweisen, etwa der Erfolg einer Reizkonfrontationsbehandlung, auch damit zusammenhängen, dass die „bisher mit allen Mitteln vermiedene aversive Emotion zum vollen Erleben gebracht (wird)“ (Grawe u.a., S. 768) und „mit allen damit zusammenhängenden Kognitionen und Vermeidungsplänen aufs Höchste aktiviert (wird)“ (ebd.; vgl. a. LeDoux, S. 285 f.; Traue, S. 380 ff.). In dem Maße, in dem ein Patient die reale Erfahrung macht, dass er die angstauslösenden Situationen aushalten kann, ohne aus ihnen zu fliehen, entsteht eine bestimmte Art der kognitiven Umbewertung, nämlich die „Selbstwirksamkeitserwartung“, das Zutrauen: „Ich kann diese Situation bewältigen“. Dies setzt einen „sich positiv aufschaukelnden Entwicklungsprozess in Gang, der zur Herausbildung eines neuen Bewältigungsschemas anstelle des alten negativen emotionalen Schemas führt“ (Grawe u.a., S. 770). So kann die konkrete Veränderung eines spezifischen Problems weitergehende Veränderungen im Selbstbild, im zwischenmenschlichen Bereich und im allgemeinen Wohlbefinden und insgesamt „erstaunlich umfassende Veränderungen des Verhaltens, der Emotionen und der Kognitionen“ (ebd., S. 769) nach sich ziehen.

Auch die oben bereits eingeführte Psychotherapiestudie betont die entscheidende Bedeutung einer tiefgehenden emotionalen Beteiligung. Wichtig ist nicht alleine das, was der Patient sagt. Wichtig ist vor allem auch, dass sich der Patient einen „gefühlten anderen Umgebungsbezug“ erarbeitet (ebd., S. 772). Aus diesem Grund gilt es als „empirisch gut gesicherte Tatsache, dass erfolgreiche Psychotherapien durch eine stärkere affektive Beteiligung des Patienten gekennzeichnet sind als weniger erfolgreiche“ und „dass wirksame Therapie in der Regel, jedenfalls zeitweise, von starken Emotionen begleitet ist“ (ebd.; vgl. für einen Überblick a. Traue, Kap. 12).

Die Bedeutung des Themas für die Gesundheitsförderung

Nun steht die Anwendung oder besser die Provokation dieses Wirkmechanismus in der Gesundheitsförderung sicher nicht zur Diskussion. Aber wie ein Blick in die Selbsthilfeliteratur zeigt, gibt es auch in diesem Bereich eine Reihe von Selbsthilfestrategien, die anhand psychoedukativer Methoden vermittelt werden und dann dazu beitragen können, die Selbstwirksamkeit der Betroffenen zu erhöhen. Hier sind beispielsweise Ansätze zur Selbsthilfe für Menschen mit Angststörungen zu nennen, wie sie auch von entsprechend fortgebildeten Hausärzten an ihre Patienten vermittelt werden (vgl. Erazo u. Greil, 2002) oder in der einschlägigen Literatur (vgl. Schröder, 2000) bzw. in den Medien veröffentlicht sind (vgl. Brigitte-Dossier, 2000; Trippel, 2003). Weiter dürfte es im Kontext des Themas „Katharsis“ für die Gesundheitsförderung auch eine relevante Aufgabe darstellen, zur Enttabuisierung des Weinens beizutragen, ein Forschungsthema, das „bis vor kurzem auf bemerkenswerte Weise vernachlässigt“ wurde (Lutz, T., S. 11; vgl. a. Kropiunigg, 2003).¹²¹

¹²¹ Da der Gegenstand hier nicht vertieft werden kann, soll wenigstens ein Zitat auf die weitreichende therapeutische Bedeutung des Weinens aufmerksam machen: „Tränen sind die Lösungsmittel unserer neurotischen Abwehrmechanismen gegen das Leben. Weinen Sie um die Liebe, die Sie sich ersehnten und nicht bekamen. Verspüren Sie die Traurigkeit all dessen, was hätte sein können, aber nicht geschah. Erleben Sie die zutiefst tragischen Beschränkungen und Widersprüche Ihres Lebens – und im Nu wird der Zauber wirken. Leise und still beginnen die drei großen Heiler ihre Arbeit: Einfühlungsvermögen, Mitleid und Mitgefühl. Je tiefer die Gefühle, die Sie für sich selbst hegen, desto tiefer können sie ins Leben ihrer Mitmenschen eindringen. „Ja,

Darüber hinaus gilt es in diesem Zusammenhang zu überlegen, wie Menschen in Bezug auf eine Ausweitung ihrer Krisenbewältigungskompetenzen unterstützt werden können. Da „unser Leiden und unser Verhalten sehr davon ab(hängen), welche Bedeutungen wir in einer schwierigen Situation sehen, welchen Sinn wir ihr geben“ (Tausch, 1989, S. 201), ob wir sie nur als Schmerz und Niederlage oder auch „als Herausforderung zum Lernen und zur persönlichen Fortentwicklung ansehen“ (ebd.), kann alleine schon die Vermittlung alternativer Bewertungen und eine Erweiterung von Sicht- und Herangehensweisen (vgl. dazu 6.1.2) zu einem anderen Umgang mit leidvollen Erfahrungen beitragen. Daneben sollte in einem Kontext lebendigen, erfahrungsbezogenen Lernens aber auch das gesundheitsförderliche Potenzial des sozialen Rückhalts zum Voneinanderlernen und zum solidarischen Austausch über hilfreiche Formen des Umgangs mit belastenden Gefühlen genutzt werden. Ein solcher Austausch wiederum kann Menschen dazu ermutigen, ihren Ängsten und Traurigkeiten nicht länger auszuweichen, sondern eine Bereitschaft zu entwickeln, sich dem Belastenden und Schmerzhaften in ihrem Leben mehr und mehr zu stellen (vgl. Keen, S. 152 ff.; vgl. a. Tausch, 1989). Auch besteht die Chance, am Modell anderer zu lernen, wie hilfreich es sein kann, sich die unterdrückten Gedanken und die verschwiegenen Probleme und Konflikte auch einmal von der Seele zu reden (vgl. Ernst, 1990; vgl. a. Pennebaker, 1990).

Eine in diesem Zusammenhang sehr hilfreiche Methode ist das Tagebuchschreiben, eine Methode, deren gesundheitsförderliche Effekte in einer Reihe von Untersuchungen intensiv erforscht wurden. So konnte Pennebaker, ein amerikanischer Psychologe und Forscher, anhand verschiedener Gesundheitsdaten (Rückgang beim Besuch medizinischer Einrichtungen, verbesserte Immunfunktionen, Stimmungsaufhellung) nachweisen, dass es die Gesundheit verbessert, wenn Menschen ihre tiefsten Gedanken und Gefühle und die Ereignisse, die sie am meisten belasten und bewegen, unzensuriert, d.h. ohne auf Grammatik, Rechtschreibung etc. zu achten, aufschreiben bzw. ihrem Tagebuch anvertrauen. Obwohl die Forscher bei der ersten Sichtung der Ergebnisse erschrocken waren über die Verbreitung traumatischer Erlebnisse, die schon bei einer täglichen Schreibdauer von nur 15 bzw. 20 Minuten innerhalb von 4 aufeinanderfolgenden Tagen zutage traten, konnten sie feststellen, dass ihre Probanden sich zwar möglicherweise kurzfristig belasteter fühlten, aber oft schon nach einer Stunde bzw. spätestens nach ein bis zwei Tagen Gefühle von Erleichterung, Zufriedenheit und Freude verspürten (vgl. Pennebaker, 1991; vgl. für eine ausführliche Darstellung diesbezüglicher Studien a.: Traue, S. 384 f. sowie: Verres u. Bader, 2000). So berichteten Teilnehmer an diesen Experimenten u.a. Folgendes: „Das hat mir geholfen, über meine Gefühle von damals nachzudenken. Ich habe vorher garnicht bemerkt, wie sehr mich das beeinflusst hat“ (Pennebaker, zit. n. Traue, S. 385). „Ein Ergebnis des Experiments ist eine gedankliche Ruhe und eine Möglichkeit, mich von emotionalen Erlebnissen zu befreien. Das Schreiben über Gedanken und Gefühle hat mir geholfen die Gefühle zu verstehen“ (ebd.). „Obwohl ich nie mit jemandem über das Aufgeschriebene geredet habe, war ich schließlich in der Lage, damit umzugehen, den Schmerz zu durchleben anstatt ihn abzublocken. Es ist jetzt nicht mehr so schmerzhaft, daran zu denken“ (ebd.).

jetzt sehe ich: Du bist wie ich.‘ Auch Du hast Wunden davon getragen. Auch Du bist erfüllt von Einsamkeit und Sehnsucht. Auch Du bist strahlend und ängstlich, stark und schwach...“ (Keen, S. 164 f.).

Freilich hängen die Wirkungen des Ausdrucks bzw. Nichtausdrucks von Gefühlen auch von den jeweiligen Umständen und Konsequenzen im sozialen Umfeld ab (vgl. dazu: Vingerhoets u. Nyklicek, 2001).

Vor dem Hintergrund der Tagebuchstudien von Pennebaker wird deutlich, dass heilsame kathartische Erfahrungen im Umgang mit belastenden und schmerzhaften Emotionen nun keineswegs immer und allein an den Kontext von Therapie gebunden sind. Wie die Verbreitung einschlägiger Selbsthilfebücher zeigt, sind offensichtlich viele Menschen auch auf der Suche nach Wegen der Selbstheilung und Selbsttherapie (vgl. z.B. Chopich u. Paul, 1998; vgl. a. Jenson, 2003).

Schließlich gilt es am Ende dieses Teils (6.2.1.4) noch zu betonen, dass alle hier angesprochenen Aspekte auch im Kontext von Gesundheitsförderung wohl nur von Menschen zu vermitteln sind, die aufgrund eigener Erlebnisse und Erfahrungen auch „im Atmosphärischen“, „Nonverbalen“ und „scheinbar Nebensächlichen“ (Mentzos, 1999, S. 276) glaubhaft die Sicherheit und die Überzeugung vermitteln können (vgl. ebd.), dass der Schmerz des Wachsens die Mühen tatsächlich lohnt (vgl. De Roeck, 1996).

6.2.1.5 Problembewältigung

Ein weiterer wesentlicher Aspekt wirksamer Therapieverfahren besteht darin, dass sie „aktive Hilfe zur Problembewältigung“ leisten, ein Aspekt, dessen Beitrag zur Emotionsbewältigung auf der Grundlage einer emotionsfundierte Stresstheorie unmittelbar einleuchtet. Diese sogenannte „**Problembewältigungsperspektive**“ (Grawe u.a., S. 751) gilt als das besondere Anliegen der behavioralen und der kognitiv-behavioralen Therapien, findet sich in Teilaspekten aber natürlich auch in anderen Therapieformen, z.B. in Langzeitpsychoanalysen (vgl. ebd., S. 750). Ganz allgemein suchen Menschen letztlich immer dann einen Psychotherapeuten auf, wenn sie Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Probleme suchen.

Allerdings richten sich Ansätze, die der hier gemeinten Problemlösungsperspektive zuzuordnen sind, nicht auf die Person des Patienten, sondern konzentrieren sich ausdrücklich auf Zielsymptome und deren Veränderung. Dabei gehen die Vertreter dieser therapeutischen Strategie davon aus, dass der „Therapeut die Schwierigkeiten des Patienten als ein Nicht-Können (ernstnimmt) und dem Patienten aktiv (hilft), diese Schwierigkeiten besser bewältigen zu können als bisher“ (ebd., S. 750). Vor diesem Hintergrund werden bei Grawe unter der Problemlösungsperspektive eine Vielzahl von Interventionstechniken zusammengefasst, die im Rahmen von Verhaltenstherapie und kognitiver Therapie eingesetzt werden können, um erwünschtes Verhalten aufzubauen oder unerwünschtes, störendes Verhalten zu löschen (vgl. für einen Überblick über die hier angesprochenen Verfahren a.: Hautzinger, 2000).

Einige dieser Techniken und Verfahren, wie beispielsweise die Techniken der Desensibilisierung und der Reizkonfrontation oder die Methoden der kognitiven Umstrukturierung, wurden in den vorangegangenen Abschnitten zumindest erwähnt, wobei zu bemerken ist, dass das „aktivere und direktivere Vorgehen der verhaltens- und kognitionsorientierten Therapien“ (Mundt, S. 192) unter anderem bei antriebsgeminderten, depressiven Patienten und bei Angstpatienten gute Erfolge vorweisen kann. Darüber hinaus finden im Rahmen der kognitiv-behavioralen Therapien verschiedene verhaltensübende Strategien Anwendung, die den Aufbau von Aktivitäten, das gezielte Lösen von Problemen, die Erledigung gestufter Aufgaben, die persönliche Zeitplanung, das Training von Selbstsicherheit etc. zum Ziel haben. Weitere Komponenten im Rahmen solcher Strategien dienen dem Aufbau sozialer Kompetenzen und einer Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit im sozialen Umfeld (vgl. Beck u.a., S. 157 ff.; Hautzinger, S. 266 ff.).

Dieser zuletzt genannte Aspekt ist nun für die vorliegende Arbeit von besonderer Bedeutung, weil sich eine Beeinträchtigung der kommunikativen und anderer interpersoneller Fähigkeiten als besonders nachteilig für die Gesundheit erwiesen hat (vgl. insbesondere Kap. 3.2.4 u. 5.2.2), ein Zusammenhang, der auch von Traue aufgrund seiner Analysen der sozial-behavioralen Pfade von Gesundheit (Kommunikation, sozialer Austausch, soziale Unterstützung) unterstrichen wird (vgl. Traue, Kap. 4). Daher erstaunt es nicht, dass das Training sozialer Kompetenz „bei Patienten mit einem großen Spektrum von Störungen hilfreich“ ist (Traue, S. 377), u.a. „bei Patienten mit Depressionen, Psychosen, Alkoholismus, Anpassungsstörungen und psychosomatischen Erkrankungen“ (ebd.). Obwohl dabei „nicht unmittelbar an körperliche Symptomen angesetzt wird“ (ebd., S. 378), bewirkten Trainings sozialer Kompetenz „eine Stabilisierung der körperlichen Erregbarkeit, verbesserte(n) die Fähigkeit, sich in der Welt der Arbeit zurechtzufinden, aber vor allem waren die zwischenmenschlichen Aktivitäten nach der Therapie ungestörter, was mit einer erheblichen Steigerung des Wohlbefindens einherging“ (ebd.).

Grawe u.a., auf deren Psychotherapiestudie sich diese Einschätzung bezieht, äußern sich in diesem Zusammenhang zwar überrascht darüber, dass solche Trainings „auch bei Symptomen wie Migräne, Depressionen, sexuellen Störungen u.s.w. in der Hälfte der untersuchten Behandlungsgruppen bedeutsame Symptomverbesserungen bewirkte(n)“ (Grawe u.a., S. 303). Vor dem Hintergrund eines Stressmodells, dem die Vorstellung zugrunde liegt, dass Emotionen mehrere Komponenten, u.a. eben auch eine Ausdrucks- und Verhaltenskomponente umfassen, sind diese Befunde aber kaum erstaunlich. Wenn „ein Mangel an sozialen Fertigkeiten, ein Mangel an emotionaler Expressivität und ein Mangel an Wahrnehmung der eigenen Emotionen als ursächlich für die Probleme der Patienten in ihrer Hauptsymptomatik angenommen werden können“ (Traue, S. 377 f.), dann ist es nur folgerichtig, wenn sich eine Schulung diesbezüglicher Kompetenzen in gesundheitsförderlicher Weise auswirkt. In diesem Zusammenhang weist Traue darauf hin, dass die Kombination mit kognitiven Methoden der Verhaltenstherapie die Wirksamkeit der genannten Trainings noch steigert (vgl. ebd.).

Weitere auch für die Gesundheitsförderung relevante Anregungen sind von seiten der Selbstmanagement-Therapie zu erwarten, die sich u.a. die Vermittlung von Selbstregulationsfähigkeiten zum Ziel gesetzt hat (vgl. Kanfer u.a., S. 412 ff.), ein Aspekt, dessen Relevanz für die vorliegende Arbeit in Kap. 7.1.2 noch herausgearbeitet werden wird. Der Selbstmanagement-Therapie geht es wesentlich um eine Vermittlung allgemeiner Strategien, die betroffenen Menschen als Hilfestellung auf dem Weg zur Selbsthilfe dienen sollen (vgl. ebd.). Grundlegende Voraussetzungen für das Selbstmanagement und die Selbstregulation bestehen u.a. darin, dass eine „Person selbst lernt, die Beziehungen zwischen dem eigenen Verhalten und den vorausgehenden sowie nachfolgenden Beziehungen zu analysieren“ (ebd., S. 411) und dass sie „selbst Verantwortung für den Veränderungsprozeß übernimmt“ (ebd., S. 416). Vor diesem Hintergrund gehören Fähigkeiten zur Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung ebenso zu den allgemeinen Selbstmanagement-Bausteinen und -Fertigkeiten wie beispielsweise die Fähigkeit zur Entspannung oder zum Genuss (vgl. ebd., S. 412 ff.).

Zum einen, also zur Verbesserung der Fähigkeit zur Beobachtung des eigenen Verhaltens, die auch die Fähigkeit zum Wahrnehmen von therapeutischen Fortschritten einschließt, werden in der Selbstmanagement-Therapie vor allem Selbstaufzeichnungen (vgl. ebd., S. 413) und verschiedene Varianten von Tagebüchern, oft in Verbindung mit Hausaufgaben, genutzt (vgl. ebd., S. 416 ff.; vgl. a. Fehm u. Fehm-Wolfsdorf, 2001). Zum anderen, zur Entwicklung von Genussfähigkeit, sind an erster Stelle verschiedene Strategien und Übungen von Lutz u. Kopp-

höfer (vgl. 1983) zu erwähnen, die einen grundlegenden Baustein der Selbstmanagement-Therapie bilden und sich „besonders für den Umgang mit Personen (eigenen), denen der Sinn und die Erfahrung positiver Erlebnisse weitgehend abhanden gekommen ist und die nurmehr ihre störenden Probleme im Blickfeld haben“ (Kanfer u.a., S. 430). Diese Akzentsetzung erscheint vor dem Hintergrund des Kapitels 2.5.4 zur Neurobiologie positiver Emotionen außerordentlich relevant und ist daher auch mit dem Blick auf die Konzeption gesundheitsförderlicher Maßnahmen besonders hervorzuheben (vgl. 7.3.2.1). Da eine weitergehende Berücksichtigung dieses Ansatzes und entsprechender Übungen aber den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde, wird für darüber hinausgehende Überlegungen auf die Literatur verwiesen (vgl. Lutz, 1983). Die Entspannungsmethoden, die schließlich auch noch zu den Bausteinen des Selbstmanagements gehören, werden wegen ihrer Bedeutung für die Gesundheitsförderung in einem der folgenden Unterkapitel (6.2.1.7) gesondert behandelt.

6.2.1.6 Bewegung

Dieser Aspekt, die heilsamen Wirkungen von Bewegung auf das Gefühlsleben, taucht nach meinem Wissen in den psychotherapeutischen Lehrbüchern bisher nicht auf.¹²² Zugleich liegen aber unübersehbare Hinweise vor, dass Bewegung auf vielfältige Weise mit der Regulierung von Emotionen verknüpft ist. Ein Übersichtsartikel von Pahmeier (1998) macht deutlich, dass „ein regelmäßiges und individuell angemessen dosiertes Training der konditionellen Fähigkeiten“ (Pahmeier, S. 355) in gesundheitsförderlicher Weise nicht nur das Herz-Kreislauf-System und den Bewegungsapparat beeinflusst.¹²³ Zahlreiche Arbeiten zeigen auch, dass sich sportliche Aktivität sowohl kurz- als auch langfristig positiv auf das subjektive Wohlbefinden und auf unterschiedliche Indikatoren der psychischen Gesundheit auswirkt. So führt Pahmeier die Ergebnisse einer amerikanischen Metaanalyse und weiterer Untersuchungen an, die „nachhaltig die These (stützen), daß unterschiedliche sportliche Aktivitäten jeweils spezifische Auswirkungen auf das kurzfristige psychische Erleben haben“ (ebd., S. 347). Sportliche Aktivitäten „(beeinflußten) das aktuelle Wohlbefinden signifikant positiv“ (ebd., S. 346) und trugen „zur Abnahme von Spannungszuständen, Angstzuständen, Depression, Müdigkeit und Verwirrtheit, sowie einem Anstieg der Vitalität“ bei (ebd.). Darüber hinaus wurden auch positive Zusammenhänge zwischen sportlicher Aktivität und dem längerfristigen Wohlbefinden aufgezeigt (vgl. ebd., S. 347 f.). In diesem Zusammenhang sind etwa Analysen zur Stressresistenz zu erwähnen, die darauf hindeuten, dass „sportliche Aktivität einerseits negativ empfundene Spannungszustände verringern und andererseits positiv erlebte Gefühle von Ruhe, Entspannung und allgemeiner Vitalität fördern kann“ (ebd., S. 348).

Schließlich können durch die Ausübung einer sportlichen Aktivität auch verschiedene Merkmale der psychischen Gesundheit verändert werden (vgl. ebd., S. 355). So zieht Pahmeier auf der Basis einer umfangreichen Sekundäranalyse von vier großen nationalen Surveys aus den

¹²² Zu erwähnen ist allerdings eine gesundheitspsychologische Untersuchung, die das Sporttreiben ausdrücklich in den Kontext des Umgangs mit – auch gedanklichen – Belastungen stellt und anregt, dies verstärkt als Ansatzpunkt für die Gesundheitsförderung zu nutzen (vgl. Polenz u. Becker, 1997).

¹²³ Nur der Vollständigkeit wegen sei hier erwähnt, dass regelmäßige Bewegung und maßvoller Ausdauersport auch das Immunsystem stärken (vgl. Hennig, S. 178 ff.; vgl. für einen Überblick über die gesundheitsförderlichen Wirkungen von Bewegung a. Bös u. Brehm, 2003).

USA und Kanada das Fazit, dass „eine negative Beziehung zwischen dem Aktivitätsniveau und Depression sowie Angst besteht. In allen vier Populationen wiesen körperlich aktivere Personen ein hochsignifikant besseres psychisches Befinden auf, d.h. sie hatten geringere Angst- und Depressionswerte und eine gehobenere Stimmungslage“ (ebd., S. 344). Ein großer Teil der Studien konzentrierte sich auf den Faktor Depression, wobei festgehalten werden kann, dass „sportliche Aktivierung, vorwiegend Ausdauertraining in ähnlichem Maße therapeutische Wirkungen wie andere Behandlungsformen z.B. Psychotherapie (hat)“ (ebd., S. 350). In dieselbe Richtung weisen auch die Ergebnisse dreier Laufstudien, die an der Freien Universität Amsterdam durchgeführt wurden. Im Vergleich mit herkömmlichen Psychotherapieverfahren erwies sich Lauftherapie als gleich gut oder sogar besser. Auch konnten bei der Behandlung der Major Depression keine Effizienzunterschiede zu einer wirkungsvollen medikamentösen Behandlung festgestellt werden (vgl. die ausführlich Darstellung der Studien bei: van der Mei u.a., 1997).

Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang auch eine Studie von Babyak u.a. (2000), bei der 156 Patienten mit einer Major Depression randomisiert einer Gruppe, die nur Medikamente erhielt, einer, die nur Sport trieb (schnelles Walken bzw. Joggen), und einer gemischten Gruppe zugeteilt wurden. Erstaunlich war nun, dass sich zwar der Zustand aller Patienten nach 4 Monaten signifikant verbessert hatte, dass sich aber nach weiteren 6 Monaten bei den nur Sport treibenden Patienten geringere Depressionsraten (30 %) zeigten als in den beiden anderen Gruppen (52 % bzw. 55 %) und insgesamt nur acht Prozent der Sport treibenden Patienten wieder depressiv wurden, verglichen mit 38 % derjenigen, die nur Medikamente einnahmen, und 31 % in der Kombinationsgruppe. Diese Beobachtung, dass die Einnahme von Medikamenten im Zusammenhang mit positiven Aktivitäten wie z.B. Sport – entgegen allen Vorannahmen – sogar zu einer größeren Rückfallhäufigkeit führt, soll u.a. dazu geführt haben, dass das National Institute of Mental Health (NIMH), das U.S.-Institut für seelische Gesundheit, drei Millionen Dollar für die Fortführung der Studien bereitgestellt hat (vgl. Seelen, S. 3).

Weniger gut abgesichert ist der Einfluss sportlicher Aktivität auf Angst, wobei sich „allerdings auch hier für generalisierte Angstzustände und leichte Phobien (positive Effekte zeigen)“ (Pahmeier, S. 350), „Sport anderen Behandlungsverfahren gegenüber aber nicht überlegen (ist)“ (ebd.). In einem Review über 159 Arbeiten, die von Landers u. Petruzzello vorgenommen wurde, wurde der Forschungsstand u. a. folgendermaßen zusammengefasst: Anfangs körperlich wenig trainierte und hochängstliche Personen erzielten durch sportliche Betätigung die deutlichste Angstminderung. Dabei treten die angstlösenden Wirkungen bei state-Angst beinahe unmittelbar mit Übungsbeginn und für mindestens 2 Stunden anhaltend ein, während trait-Angst eher abnimmt, wenn die Länge des Trainingsprogramms über 10 Wochen liegt. Bei beiden Formen von Angst tritt Angstminderung eher im Zusammenhang mit kontinuierlicher Ausdauerbelastung als bei intermittierendem, kraftbetonten Training ein (vgl. Landers u. Petruzzello, S. 878; zur Unterscheidung von trait- und state-Angst vgl. vorne Fußnote 73).

In ihrer Literaturübersicht weist Pahmeier darauf hin, dass sich in einigen der genannten Studien zum Teil auch Hinweise auf geschlechtsspezifische Aspekte finden lassen. So zeigte sich beispielsweise, dass „die Beziehung zwischen sportlicher Betätigung und der psychischen Gesundheit bei Frauen enger ist als bei Männern“ (Pahmeier, S. 343) oder dass sich sportliche Aktivität bei Frauen weniger als bei Männern auf Angstzustände und Ängstlichkeit auswirken (vgl. ebd., S. 350). Vor diesem Hintergrund sollte der Kategorie ‚Geschlecht‘ in Zukunft noch mehr Aufmerksamkeit zukommen (vgl. ebd., S. 356). Ebenso werden Forschungslücken für die

Frage konstatiert, welche Art und Form sportlicher Aktivität unter einer gesundheitspsychologischen Perspektive besonders zu empfehlen ist (vgl. ebd., S. 355). Nicht endgültig geklärt sind schließlich auch die Wirkungsmechanismen, von denen die Entstehung positiver psychischer Effekte aufgrund sportlicher Aktivität ausgehen soll. Physiologische Aspekte wie die Erhöhung der Endorphin- oder der Katecholaminausschüttung können offensichtlich nur Teilaspekte erklären. Daneben wird angenommen, dass auch psychologische Prozesse zu berücksichtigen sind. So hat Bartmann mit Blick auf das Joggen eine Vielzahl verhaltenstherapeutischer Prinzipien beschrieben, die eine sehr einleuchtende Erklärung für die therapeutischen Effekte dieser und wahrscheinlich auch anderer sportlichen Aktivitäten bieten (vgl. Bartmann, S. 54 ff.; vgl. für einen Überblick a.: Pahmeier, S. 353 ff.; van der Mei u.a., S. 399 ff.).

Gesundheitsförderliche Aspekte des Yoga

Unbedingt zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch das Yoga. Streng genommen stellt dieses zwar eine philosophische Schule und eine Form der Meditation dar (vgl. Ebert, 1986), wird aber wegen seiner populären Verbreitung als eine gesundheitsförderliche Bewegungsform (vgl. z.B. Trökes, 2000) an dieser Stelle eingeordnet. Da eine eingehende Berücksichtigung der Körper, Geist und Seele umfassenden Wirkungen des Yoga hier nicht möglich ist (vgl. dazu bspw: Sriram, 2004), werden nur einige gesundheitsförderliche Aspekte betont, insbesondere solche, die auf eine Beeinflussung des emotionalen Erlebens durch Yoga hindeuten. Ganz allgemein kann Yoga als ein „methodisches System zur Erlernung der bewußten Steuerung und Regelung motorischer, sensorischer, vegetativer und psychischer Funktionen“ (Ebert, 1986, S. 18) beschrieben werden, wobei bei dieser Schulung „die bewußte Einflussnahme auf somatische und psychische Funktionen einher(geht) mit der bewußten Selbsterfahrung“ (ebd.) und der möglichst „intensiven und exakten Erforschung der Innenwelt des Menschen“ (vom Scheidt, zit. n. Ebert, ebd.). Da die Yogaschulung Körper und Geist in umfassender Weise einbezieht, sind vom regelmäßigen Üben des Yoga sehr positive Auswirkungen auf die Selbstregulation des ganzen Systems „Mensch“ zu erwarten (vgl. ebd., S. 119 f.).

Ein Literaturüberblick über die psychophysiologischen Effekte des Hatha-Yoga zeigt, dass Yogaschulung ganz allgemein zur Beweglichkeit und zur Stärkung des Körpers und bei gesunden Menschen in jedem Fall zur Verbesserung verschiedener Herz-Kreislauf- und Lungenfunktionen beiträgt (vgl. Raub, 2002; vgl. für eine ausführliche Diskussion der vielfältigen Wirkmechanismen des Yoga a.: Ebert, 1986 u. Stück, 1998). Darüber hinaus profitieren aber auch Patienten mit verschiedenen anderen Erkrankungen, vor allem solche mit cardiopulmonalen und kardiovaskulären Störungen, von entsprechenden Yogaübungen. Auch ist Yoga – wie kaum anders zu erwarten – besonders für die Vorbeugung und Behandlung von Beschwerden des Bewegungsapparates geeignet (vgl. Ebert, 1986, S. 119 ff.; Raub, 2002). Schließlich zielt Yoga „in erster Linie“ (Ebert, 1986, S. 132) auf die psychosomatischen Leiden. Da das Anliegen des Yoga ganz zentral darin besteht, „die Beziehungen zwischen Psyche und Körper enger zu knüpfen, die Einheit herzustellen“ (ebd.), werden vom Yoga zahlreiche Vorzüge für die „psychosomatische Integration“ und für die Erlangung eines „optimalen Homöostasezustandes“ erwartet (ebd., S. 136). Aus diesem Grund wird in Indien bereits seit vielen Jahrzehnten Yoga-therapie betrieben, so dass inzwischen Therapiepläne zu einer Vielzahl von psychosomatischen Krankheiten vorliegen. Zu den mit Erfolg behandelten Krankheitsbildern gehören u.a. Angstsyndrome, depressive Zustände, Nervosität, Kopfschmerzen, Hypo- und Hypertonie, Asthma bronchiale, Hyperazidität des Magens, Frühstadien von Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni und viele andere Erkrankungen mehr (vgl. ebd., S. 132 f.). Ebert kommt vor diesem

Hintergrund zu dem Schluss, dass es die hiesige Physiotherapie und Psychotherapie bereichern würde, wenn sie ihr Methodenangebot um das Yoga ergänzte (vgl. ebd.) – ein Aspekt, der zumindest an dieser Stelle weiterer Forschung vorbehalten bleiben muss.

Die hier zuletzt angesprochenen umfassenden therapeutischen Wirkungen des Yoga dürften allerdings erst dann nachzuvollziehen sein, wenn auch dem – erst im folgenden Abschnitt diskutierten – Aspekt Rechnung getragen wird, dass Yoga keine Bewegungstechnik, sondern eine Form der Meditation und einen Weg der Selbstschulung im umfassendsten Sinne darstellt.¹²⁴

6.2.1.7 Entspannung, Meditation

Entspannungsverfahren gehören einerseits „zu den ältesten Psychotherapieformen überhaupt“ (Wilke, 2000 b, S. 270) und sind andererseits aufgrund ihrer großen Bedeutung für die Selbstregulation (vgl. dazu: Kap. 7.1.2) als unabdingbare Grundlage jeder Form von Gesundheitsförderung zu betrachten. Zu den bekanntesten heute zur Verfügung stehenden Verfahren gehören die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, das Autogene Training, das Biofeedback, die Hypnose und die Meditation. In der Psychotherapiestudie von Grawe u.a. werden die ersten beiden Verfahren „wohl in Übereinstimmung mit ihrem Selbstverständnis als reine Entspannungsverfahren“ (Grawe u.a., S. 579) betrachtet, wohingegen Hypnose und Meditation als Verfahren eingeordnet werden, die zwar mit der Progressiven Muskelentspannung und dem Autogenen Training mehr gemein haben als mit anderen Therapieverfahren, „nach Ziel und Vorgehen aber mehr als nur Entspannung anstreben“ (ebd.). Im Kontext dieser Arbeit werden von den genannten Verfahren die Progressive Muskelentspannung und die Meditation berücksichtigt, weil nur diese einen Bestandteil der Gesundheitsförderungs- und Stressbewältigungsprogramme bilden, die im 7. Kapitel eingehend besprochen werden (vgl. für alle anderen Verfahren: Payne, 1998; Vaitl u. Petermann, 2000).

Die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, abgekürzt PME, gilt wohl als das am meisten verbreitete Verfahren und als „eine vergleichsweise sehr gut untersuchte“ Methode“ (Grawe u. a., S. 580). Es handelt sich dabei um eine Entspannungstechnik, die auf einer systematischen Anspannung und Entspannung bestimmter Muskelgruppen beruht. Ihr Begründer Jacobson hatte beobachtet, dass Angst zwangsläufig zu Muskelkontraktionen führt, und daraus den Umkehrschluss gezogen, dass „eine muskuläre Entspannung zur Angstminderung beitragen könne“ (Wilke, 2000 b, S. 278). Vor diesem Hintergrund bestand für Jacobson das Hauptziel der PME in einer „Kultivierung der Muskelsinne“ (zit. n. Hamm, S. 306), bei der eine Person lernt, immer genauer zu unterscheiden, welche ihrer Muskeln verspannt sind und wie sie diese Verspannungen abbauen kann. Durch kontinuierliche Übung ist sie schließlich in der Lage, auch feinste Kontraktionen wahrzunehmen und diese auszugleichen. Mit dem Blick auf diese Zielsetzungen entwickelte Jacobson seine – sowohl beim Erlernen der PME als auch in der Durchführung sehr zeitaufwendige – Methode, bei der systematisch und detailliert eine Vielzahl von Muskeln der äußeren Gliedmaßen, des Rumpfes, des Gesichts und des Nackens einbezogen werden (vgl. ebd., S. 306 ff.).

¹²⁴ Aus der hier angedeuteten Perspektive wären in diesem Abschnitt sicher auch die chinesischen Varianten von Gesundheitsförderung, das Qi Gong oder das Tai Chi zu berücksichtigen, eine Untersuchung, die in dem hier gesetzten Rahmen aber nicht mehr erfolgen kann, so dass auf die einschlägige Literatur verwiesen werden muss (vgl. dazu z.B.: Altner, 1998).

Verbreitung fand die Methode insbesondere durch ihren Einzug in die Verhaltenstherapie, wo sie vor allem „als erworbene Fertigkeit (skill) zur aktiven Bewältigung von angst- oder streßauslösenden Situationen eingesetzt (wurde)“ (Hamm, S. 311). Auf diesem Wege wurde die von Jacobson entwickelte Originalmethode aber mehrfach verändert, so dass mittlerweile verschiedene Varianten der PME vorliegen (vgl. für eine detaillierte Darstellung: ebd., S. 310 ff.). Vor diesem Hintergrund erstaunt es wenig, dass die Forschungsergebnisse vor allem im Bereich der Grundlagenforschung inkonsistent sind und eine Evaluation der Wirksamkeit dieses Verfahrens schwer fällt (vgl. ebd., S. 314 f.). Darüber hinaus sind auch die genauen Wirkmechanismen des Verfahrens noch ziemlich unklar, so dass eine Rückbesinnung auf die Originalarbeiten von Jacobson empfohlen wird (vgl. ebd., S. 330). Dagegen ist die klinische Effektivität für eine Reihe von Störungsbildern belegt, wobei sich die Progressive Muskelentspannung als besonders erfolgreich bei der Behandlung der essentiellen Hypertonie und des Spannungskopfschmerzes erwiesen hat (vgl. ebd.). Über positive Effekte der PME wird darüber hinaus auch bei koronarer Herzerkrankung, Diabetes, Dysmenorrhoe, Krebserkrankungen, Asthma, Tinnitus, Colon irritabile und anderen Störungsgruppen berichtet (vgl. ebd.). Insgesamt herrscht die Einschätzung vor, dass es sich bei der Progressiven Muskelentspannung um eine „somatisch orientierte“ Methode handelt (Vaitl u. Petermann, S. 22), deren therapeutische Effektivität für eine Vielzahl von Krankheitsbildern belegt ist (vgl. Hamm, S. 318 ff.). In Bezug auf eine emotionale Störung wie die Angststörung, gilt es dagegen festzuhalten, dass die PME sich zwar positiv auf das aktuelle Befinden auswirkt, dass jedoch „überdauernde klinische Effekte ...nur dann auf(treten), wenn das Entspannungstraining mit weiteren verhaltenstherapeutischen Maßnahmen kombiniert wird“ (ebd., S. 322).

Die vielfältigen Wirkungen von Meditation

Im Unterschied zur Progressiven Muskelentspannung, aber auch im Unterschied zum Biofeedback und zum Autogenen Training werden der Meditation nicht nur physiologische, sondern auch psychologische Wirkungen zugeschrieben (vgl. Vaitl, S. 30 f.). Da meditative Verfahren im weitesten Sinne nicht nur das Gewahrsein bzw. das Gewahrwerden des Körpers, sondern auch die Wahrnehmung der eigenen Denkweisen und Gefühle, des Verhaltens und des Umgangs mit anderen immer weiter verfeinern (vgl. Payne, S. 203 ff.) und so zu immer tiefer reichender Selbsterkenntnis beitragen, machen sie schließlich auch deutlich, dass wir mehr Möglichkeiten haben, uns selbst und unser Leben zu beeinflussen und zu meistern, als wir im Allgemeinen vermuten (vgl. ebd.).

Als Technik betrachtet kann Meditation ganz grob in zwei Formen unterteilt werden: in die konzentrativen Formen der Meditation, bei denen versucht wird, ablenkende Reize, Gedanken und Körperempfindungen durch Fokussierung auf ein Objekt, einen Klang, ein Mantra (Klänge oder Wortfolgen) möglichst „auszuschalten“ – und die rezeptiven Varianten der Meditation, bei denen das Feld der Aufmerksamkeit für alles, was von Augenblick zu Augenblick auftaucht, offen ist und der Meditierende eine offene, annehmende Grundhaltung einnimmt, die es ihm erlaubt, die Dinge – seien dies Körperempfindungen, Gedanken oder Gefühle – ohne Beurteilung kommen und gehen zu lassen (vgl. Linden, 2000, S. 256 f.; Payne, S. 262).

Betrachtet man nun die gesundheitsförderlichen Wirkungen von Meditation, dann kann zunächst einmal angenommen werden, dass vor dem Hintergrund stresstheoretischer Überlegungen schon die passiv-rezeptive Grundhaltung und die Übung des Die-Dinge-Geschehen-Lassens, ohne gleich zu reagieren und einzugreifen, von großem therapeutischen Wert und von langfristigem Nutzen sind, da sie mit großer Wahrscheinlichkeit auf andere Lebensbereiche übertragen werden (vgl.

Linden, 2000, S. 256 ff.). Dabei gehen die Vorteile, die ein Praktizieren der Meditation für Übende haben soll (vgl. Payne, S. 262), allerdings weit über die Entspannungsreaktion hinaus.

Ein zusammenfassender Blick auf die Vielfalt der Untersuchungen, die von Engel (1999) in einem Grundlagenwerk zur Geschichte, Systematik, Forschung und Theorie der Meditation zusammengetragen wurden, soll dies verdeutlichen. Bisherige Forschung konzentrierte sich vor allem auf die stressreduzierende und beruhigende Wirkung von Meditation (vgl. ebd., S. 200). So konnten in einer großen Zahl von Arbeiten verschiedene physiologische Veränderungen aufgezeigt werden, die auf die entspannende Wirkung des Meditierens hinweisen. Neben den allgemeinen Parametern (Senkung der Atem- und Herzfrequenz, hirnelektrischer Alpha-Rhythmus u.a.; vgl. dazu ebd., S. 200 ff.) sind im Zusammenhang mit der hier verfolgten Fragestellung vor allem die Hinweise auf biochemische Veränderungen interessant, beispielsweise auf eine Senkung von Adrenalin und Kortisol, die eine „Verminderung von Streß und Angst durch meditative Praxis zu bestätigen“ scheinen (ebd., S. 204) oder auch ein Befund von Harte, wonach bei langjährig geübten Yoga-Meditierenden ähnliche hormonale Veränderungen und positive emotionale Wirkungen vorzufinden waren wie bei hochtrainierten Marathonläufern (zit. n. Engel, ebd., S. 204; vgl. in diesem Zusammenhang a. die Befunde aus 2.5.4, nach denen durch Meditation einerseits die linksfrontale Hirnaktivität gesteigert und andererseits die Aktivität des Immunsystems positiv beeinflusst wird). Schließlich führt Engel auch Befunde an, die auf eine Verlangsamung von Alterungsprozessen bei langjährig Meditierenden hindeuten.

Im klinischen Bereich liegt mittlerweile ebenfalls eine Reihe von Untersuchungen vor, die eine heilsame und der Gesundheit förderliche Wirksamkeit von Meditation für eine ganze Reihe von Krankheits- und Störungsbildern annehmen lassen. Besonders häufig wurden die Effekte verschiedener Formen von Meditation bei Bluthochdruck und bei Ängsten und Phobien untersucht, wobei der überwiegende Teil der Studien von einer Reduktion in diesen beiden Bereichen berichtet (vgl. Engel, S. 222 ff.). Dann liegen auch einige Arbeiten mit positiven Ergebnissen bei verschiedenen „psychosomatischen“ Krankheitsbildern vor, wie z.B. Schlafstörungen, Herzrhythmusstörungen, Zustand nach Herzinfarkt, Hautkrankheiten, primäre Dysmenorrhoe und Kopfschmerzen sowie Migräne (vgl. ebd., S. 225 ff.). In einigen Fällen, so bei koronarer Herzkrankheit und spastischer Kolitis, hat sich ein therapiebegleitender Einsatz von Meditation als günstig erwiesen, wobei es schwierig ist, den Anteil von Meditation hieran genau zu bestimmen. Viele dieser Arbeiten gelten als unzureichend, weil es sich zumeist nur um klinische Fallberichte oder um Pilotstudien handelt, die zudem häufig ohne Kontrollgruppen durchgeführt wurden (vgl. ebd., S. 228). „Von dieser Kritik nicht mehr erreicht“ (ebd.) werden allerdings umfangreiche Arbeiten, die im Zusammenhang mit einem auf Achtsamkeitsmeditation basierenden Stressbewältigungsprogramm durchgeführt wurden (vgl. dazu ausführlich Kap. 7.2.2). Mit Erfolg eingesetzt wurde Meditation auch bei Krebskranken (vgl. ebd., S. 231), bei Alkoholkranken (vgl. ebd., S. 245) und bei Patienten mit Drogenabhängigkeit (vgl. ebd., S. 223 f.), wobei zu der letztgenannten Problematik einige Retrospektivstudien gehören, die eine Beurteilung des Forschungsstandes erschweren. Schließlich wurden auch im Rahmen der bereits genannten Psychotherapiestudie 15 Studien zu den Effekten von Meditation bei verschiedenen Krankheitsbildern überprüft. Dabei kamen Grawe u.a. zu der Einschätzung, dass die „methodische Qualität der Studien eher überdurchschnittlich (ist)“ (Grawe u.a., S. 618) und „die festgestellte Wirksamkeit der Meditation (in Anbetracht der

geringen Dauer und Intensität der Behandlung) als überraschend gut angesehen werden (muss)“ (ebd.).¹²⁵

Aus den meisten dieser Untersuchungsbefunde lassen sich nur indirekte Hinweise auf die Wirkung von Meditation auf das emotionale Erleben, insbesondere auf das belastende emotionale Erleben ableiten. Zwar liegen aus ganz verschiedenen Richtungen (Untersuchungen von Gefängnisinsassen und Büroangestellten) Hinweise darauf vor, dass Meditation zumindest langfristig Angst- und Depressionswerte verbessern kann (vgl. Ebert, S. 244 f.) und dass sie zur Verbesserung des betrieblichen Arbeitsklimas und der Stimmung unter den Mitarbeitern sowie zu einer Verringerung des Alkohol- und Zigarettenkonsums (vgl. ebd., S. 246) beitragen kann. Unter allgemeinen gesundheitsförderlichen Zielsetzungen sind auch die Untersuchungen an Kindern und an älteren Menschen aufschlussreich (vgl. ebd., S. 240 ff.). Ein Großteil dieser Untersuchungen gilt allerdings als methodisch unzureichend oder unter verschiedenen anderen Aspekten als kritikwürdig.

Im Kontext der hier verfolgten Fragestellung sind schließlich auch Untersuchungen anzuführen, die die Hypothese stützen, dass Meditierende eine größere Feldunabhängigkeit, d.h. ein höheres Maß an Eigensteuerung gegenüber ihrer Umwelt entwickeln (vgl. ebd., S. 247). Ebenso aufschlussreich sind vor dem Hintergrund der weiter vorne dargestellten Zielvorstellungen verschiedener psychotherapeutischer Schulen auch die Befunde, wonach Meditation unter anderem zur Öffnung gegenüber den eigenen Gefühlen, zur Selbstaktualisierung und zur emotionalen Reife beiträgt (vgl. ebd., S. 249) und das Durcharbeiten immer tieferer psychischer Schichten in der Meditation die Fähigkeit zur Integration früherer Erlebnisse verbessert (vgl. ebd., S. 250). In diesem Zusammenhang ist der Hinweis von Engels hervorzuheben, dass „die Aufhebung früher Fixierungen als ein wesentliches Ziel vertiefter Meditation (gilt)“ (ebd.).

Hier deutet sich bereits an, wie komplex die Wirkungen langfristiger, kontinuierlicher Meditation sein können. Dabei sind noch nicht einmal die erweiterten und veränderten Bewusstseinszustände, die „higher states of consciousness“ (Engel, S. 255) berücksichtigt, die für viele Menschen die große und eigentliche Faszination von Meditation als „Weg zur Bewußtseinsveränderung“ (ebd.) ausmachen. Vor diesem Hintergrund betrachten die verschiedenen Meditationsschulen und -systeme die entspannenden und beruhigenden Wirkungen von Meditation zwar als Schlüsselfaktoren, nicht aber das eigentliche Ziel von Meditation. Ihr Anliegen reicht sehr viel weiter und beinhaltet ebenso Aspekte der Heilung und Selbstheilung wie insbesondere auch der Transzendenz und der höheren Bewusstseinszustände. In diesem Zusammenhang weist Engel auf zahlreiche aus der buddhistischen Tradition stammende Aussagen und Gleichnisse hin, die veranschaulichen sollen, dass einem Einstieg in die vertiefende Meditation erst Phasen der Reinigung und Bearbeitung der

¹²⁵ Nur am Rande – weil die Thematik dieses Teils nicht unmittelbar berührend – seien hier auch die sehr beeindruckenden Ergebnisse aus einer 5-Jahres-Feld-Studie von Orme-Johnson erwähnt, bei der 2000 Praktizierende der transzendentalen Meditation einer Vergleichsgruppe von 600.000 in der gleichen Versicherungsgesellschaft Versicherten in Bezug auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten und in Bezug auf die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung gegenübergestellt wurden. Die Meditierenden hatten nicht nur *weniger Krankenhaustage* vorzuweisen (die 19-39jährigen 15,1% und die über 40-Jährigen 69,4% weniger), sondern auch eine *geringere Zahl von Arztbesuchen* (bei den gleichen Altersgruppen: 46,8 bzw. 73,7% weniger). Auch die Zahlen der Krankheitsneumeldungen waren deutlich erniedrigt: 87,3% für Herzkrankheiten; 30,4% für Infektionskrankheiten; 30,6% für psychische Erkrankungen, 55,4% für gut- und bösartige Neubildungen und 87,3% für Erkrankungen des Nervensystems (vgl. Engel, S. 238).

individuellen Probleme vorangehen müssen (vgl. ebd., S. 254). In der Sprache der Jungschen Tiefenpsychologie ausgedrückt, „(hat) erst die Bearbeitung des individuellen Unbewußten zu erfolgen, dann kommen die Erfahrungen des kollektiven Unbewußten...“ (ebd.).

Zusammengefasst hat dieser Abriss über den sehr komplexen Gegenstand Meditation (inklusive des Yoga) gezeigt, dass regelmäßig durchgeführte Meditation wahrscheinlich in bedeutsamer Weise zur physischen und zur psychischen Gesundheit beitragen kann (ein Aspekt, der in Kap. 7.2.2 noch vertieft wird), dass sie allerdings „auf keinen Fall auf eine Gesundheitsmaßnahme reduziert werden sollte“ (Piron, 2002, S. 33). Auch wenn in der Meditationsforschung dabei die Frage nach einer gesundheitsförderlichen Beeinflussung von Emotionen bisher kaum direkt fokussiert wurde, ergaben sich doch einige aufschlussreiche Hinweise, die auf eine mögliche „emotionale Breitbandwirkung“ schließen lassen.¹²⁶ Dieser Gedanke wird in einem späteren Teil noch ausgeführt und begründet (vgl. insbesondere Kap. 7.2.2.2).

6.2.1.8 Verschiedene weitere Wirkfaktoren

In den vorangegangenen Abschnitten wurden einige psychotherapeutische Schulen danach befragt, welche Strategien sie für den kompetenten Umgang mit schwierigen Gefühlen vorschlagen. Wenn die verschiedenen Wirkmechanismen dabei idealtypisch einzelnen Therapieschulen zugeordnet wurden, dann ist dies zwar – legt man die historische Entwicklung der Schulen zugrunde – durchaus zutreffend. Zugleich muss aber betont werden, dass in der Ära der wissenschaftlich basierten Emotionsforschung einige Annäherungen zwischen den verschiedenen Therapierichtungen zu registrieren sind und verschiedentlich die Hoffnung auf deren zunehmende Integration geäußert wird (vgl. Greenberg u. Paivio, 1997; vgl. a. Fliegel u. Kämmerer, 2002).

Hier sollen nun ergänzend zu den vorhergehenden Unterkapiteln noch einige übergeordnete Wirkfaktoren angesprochen werden. In der Psychotherapiediskussion besteht eine sehr weitgehende Einigkeit darüber, dass das „zwischenmenschliche Geschehen“ (Grawe u.a., S. 778) und die „Qualität der Therapiebeziehung“ (ebd., S. 781) das Therapieergebnis außerordentlich beeinflussen. So gelten in der bereits mehrfach erwähnten Psychotherapiestudie (vgl. ebd.) die Aspekte des Beziehungsgeschehens als „diejenigen Merkmale des Therapieprozesses, deren Einfluss auf das Therapiegeschehen am besten gesichert ist“ (ebd., S. 775; vgl. a. ebd., S. 717 f.). Vor diesem Hintergrund messen die meisten Therapieschulen bzw. Therapieausbildungen nicht nur der therapeutischen Technik, sondern auch der Selbsterfahrung große Bedeutung bei. Erst dadurch werden die **Therapeutenvariablen** Kongruenz, Empathiefähigkeit und bedingungslose positive Wertschätzung ausgebildet, die nicht nur von Gesprächstherapeuten (vgl. Rogers, 1998, S. 192 ff.) sondern auch von Therapeuten vieler anderer Richtungen (vgl. z.B.

¹²⁶ In diese Richtung weist auch ein Zitat des Dalai Lama: „Für einen Dharma-Praktizierenden (vereinfacht gleichzusetzen mit: für einen die Meditation als Weg Praktizierenden/U. F.) besteht die größte Herausforderung darin, den uns Störenden Gefühlen zu begegnen und uns schließlich von ihnen zu befreien. Was das so schwierig macht, ist einfach die Tatsache, daß Störende Gefühle schon seit anfangloser Zeit der Grund dafür sind, daß wir allerlei von Leiden erdulden müssen.....Was einen Dharma-Praktizierenden also wirklich ausmacht, ist unter diesem Gesichtspunkt zu sehen: Werden unsere Störenden Gefühle vermindert, dann sind unsere Übungen wirksam gewesen. Das ist das Hauptkriterium, das den wahren Praktizierenden auszeichnet, ganz gleich wie fromm wir nach außen erscheinen mögen“ (Dalai Lama, S. 23 f.).

Mentzos, 1999, S. 276 f. u. 14 f.; vgl. a. Yalom, 2001, S. 67) als so wesentlich erachtet werden. Dagegen mussten die kognitiven Therapieschulen aufgrund ihrer die Emotionen weitgehend vernachlässigenden Vorannahmen diesem Aspekt bisher wenig Aufmerksamkeit zukommen lassen, so dass der kognitive Therapeut Beck seine Kollegen sogar ausdrücklich davor warnte, „wie Roboter ... `Tricks` anzuwenden“ (Beck u. a., S. 60) oder „Therapie `nach einem Kochbuch` durchzuführen“ (ebd., S. 61; vgl. a. S. 79 ff.).¹²⁷

Ein weiterer, auch für die Wirksamkeit von Therapie sehr relevanter Faktor ist der Aspekt des sozialen Rückhalts, dessen allgemein gesundheitsrelevante Bedeutung in dieser Arbeit ja schon ausführlich besprochen wurde. Vor diesem Hintergrund erstaunt es wenig, dass das **Gruppensetting** Unterstützungsfaktoren enthält, „die über die der Einzeltherapie hinausgehen und die die geringere Beachtung, die den Problemen des einzelnen Patienten geschenkt werden kann, ausgleichen“ (Grawe u.a., S. 706). Therapien, die „in einem erweiterten zwischenmenschlichen Setting stattfinden, (bewirken) mehr Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich als Einzeltherapien“ (ebd., S. 718). Als Ursache dafür, dass die Gruppe selber zu einer so wirksamen therapeutischen Kraft werden kann, stellt Yalom die Gruppenkohäsion heraus, die er auch als „Anziehungskraft, die eine Gruppe auf ihre Mitglieder ausübt“, definiert (Yalom, 2001, S. 68). Diese „bezieht sich auf den Zustand, daß Mitglieder in der Gruppe Wärme und Trost finden, sich dazugehörig fühlen, die Gruppe schätzen und ihrerseits fühlen, daß sie geschätzt, bedingungslos angenommen und von den anderen Mitgliedern unterstützt werden“ (ebd.). In diesem Zusammenhang betont Yalom die Interdependenz verschiedener therapeutischer Faktoren. In der Gruppe lernen die Mitglieder nicht nur vieles voneinander (vgl. ebd., S. 35 ff.). Sie haben auch die Möglichkeit, zu entdecken, dass sie mit ihrem Elend nicht alleine stehen und „die Probleme anderer unseren eigenen ähnlich sind“ (ebd., S. 69), ein Vorgang, den Yalom als das Erlebnis „der Universalität des Leidens“ bezeichnet (ebd., vgl. a.: S. 25 ff.).

Schließlich rückt Yalom als weiteren therapeutischen Faktor auch die Bedeutsamkeit des Mitteilens von Informationen und des Faktors **Psychoedukation** ins Blickfeld (vgl. ebd., S. 27 ff.). Ganz allgemein schließt er dabei sowohl didaktische Unterweisungen, Informationen und Anleitungen durch den Therapeuten bzw. den Gruppenleiter als auch Ratschläge und Erfahrungen durch die anderen Gruppenmitglieder mit ein. Dabei stellt er anhand zahlreicher Beispiele vor, wie solche Informationsmitteilungen und Unterweisungen aussehen können. Diese reichen von Selbsthilfeprogrammen, derer sich manche Betroffene eigenständig bedienen, über Gruppen, die sich von Fachleuten zu spezifischen Fragen informieren lassen, bis hin zu gezielten psychoedukativen Maßnahmen, bei denen Betroffene von einem Gruppenleiter über die Art ihrer Krankheit und über entsprechende Hilfestellungen aufgeklärt werden. Als ein Beispiel unter anderen nennt er Patienten mit Angststörungen, die über die physiologischen Ursachen von Angst, über die Auswirkungen von Stress und Erregung etc. informiert werden und Möglichkeiten des Umgangs mit Angst erlernen. Aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang die Erwähnung eines Seminars, das

¹²⁷ Vor diesem Hintergrund ist zweifelhaft, ob die angestrebte Integration der verschiedenen Therapierichtungen unter dem Dach einer kognitiv-behavioral geprägten „Allgemeinen Psychotherapie“ erfolgen sollte, wie Grawe u.a. (vgl. S. 749 ff.; vgl. zur Kritik a.: Mertens, 1994) dies vorschlagen. Ein solches Vorhaben ist insofern kritisch zu befragen, als gerade die Therapeuten dieser Richtung sich jahrelang „darin einig (waren), daß die Entfernung von diesen Gefühlen zur Lösung des Problems führt“ (Sulz u. Lenz, S. 3). Zumindest müsste – wenn die moderne Verhaltens- und die kognitive Therapie nun die Emotionen in den Mittelpunkt ihres Interesses stellen – auch die Ausbildung der für eine emotionsfundierte Therapie so notwendigen Therapeutenvariablen (einschließlich der dafür zwingend erforderlichen Selbsterfahrung) gesichert sein.

die Funktion hatte, Patienten in 15 zweistündigen Sitzungen auf die Gruppenpsychotherapie vorzubereiten, indem z.B. wichtige Gründe für seelische Fehlfunktionen erklärt wurden und eine Einführung in Methoden der Selbsterforschung (Aufmerksamkeit gegenüber Träumen und Phantasien) stattfand. Überraschenderweise hatte sich nach Beendigung des Seminars der Zustand vieler Patienten so verbessert, dass sich eine weitere Behandlung erübrigte. Vor diesem Hintergrund betont Yalom, dass Erklärung und didaktische Unterweisung „in unserem Repertoire therapeutischer Werkzeuge einen Platz“ (ebd., S. 30) verdienen, weil sie Ängste und Befürchtungen verringern können, die aus der Unwissenheit über Ursachen, Bedeutung und Schwere der jeweiligen Krankheit resultieren (vgl. ebd.; vgl. a. Tausch, 1992, S. 61).

Keht man vor diesem Hintergrund nun noch einmal zur mehrfach erwähnten Psychotherapiestudie zurück, dann findet sich der zuletzt genannte Faktor dort nicht erwähnt. Vor dem Hintergrund der Überlegungen von Yalom wird daher die bereits im Kapitel 1 aufgeworfene Frage, ob es nicht sinnvoll wäre, im Vorfeld von bzw. in Ergänzung zur Psychotherapie die Möglichkeiten von Gesundheitsförderung und Psychoedukation auszuschöpfen, noch einmal unterstrichen.¹²⁸ Berücksichtigt man darüber hinaus die zahlreichen Strategien zur Beeinflussung belastender Emotionen, die auch im Kontext von Gesundheitsförderung zu vermitteln wären, so ist anzunehmen, dass alleine durch aufklärende Information und Schulung von Kompetenzen viele bisher brachliegende Ressourcen und Selbsthilfepotenziale erschlossen werden könnten. Es wäre zudem denkbar, dass Gesundheitsförderung auch dazu beitragen könnte, den potentiellen Klienten die Vielfalt und Breite des psychosozialen Versorgungsnetzes zu erschließen.

6.2.2 Der Beitrag der Bewältigungsforschung

An dieser Stelle soll die Diskussion um das Bewältigungsverhalten – das Coping – noch einmal aufgegriffen werden, nachdem in dieser Arbeit bereits verschiedentlich die Rede davon war und daher zu erwarten ist, dass diese Forschungsrichtung wesentliche Erkenntnisse zur Bewältigung belastender Emotionen beitragen kann. Zunächst waren die Funktion und die Formen von Bewältigung, von Coping, im Zusammenhang mit dem Stressmodell von Lazarus dargestellt worden. Coping bezieht sich danach auf jene Vorgänge, die einsetzen, wenn innere und äußere Anforderungen die Reaktionskapazität eines Individuums „beanspruchen oder übersteigen“ und damit Stress vorliegt (Lazarus u. Launier, S. 244). Später wurden dann auch Suchtverhalten und Abhängigkeit in ihrer Funktion für die Bewältigung von Stress und unlustbetonten Emotionen thematisiert. Nach Weber (1997 a, S. 285) „hat sich der Begriff der Bewältigung mittlerweile jedoch (vom Streßkonzept) gelöst“, so dass „auch die strenge Definition – die Reaktionskapazität ist ausgereizt oder überfordert – unbeachtet (bleibt)“ (ebd.). Stattdessen „(hat sich) im wissenschaftlichen Sprachgebrauch eingebürgert, den Begriff Bewältigung ganz allgemein auf die Auseinandersetzung mit *belastenden Situationen* zu beziehen“ (ebd., Hervorh. i. Original/U. F.). So wird Coping mittlerweile nicht mehr alleine im Kontext der Stressforschung untersucht. Das Coping-Konzept fand

¹²⁸ Die Psychotherapiestudie von Grawe u.a. hat sehr deutlich gemacht, dass die verschiedenen therapeutischen Strategien und Schulen keineswegs für alle Patienten gleichermaßen geeignet sind, so dass die Psychotherapieforschung vor der Notwendigkeit steht, weitere Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Form der Therapie und welche der in den vorangegangenen Abschnitten dargestellten Strategien für welchen Patienten die jeweils bestgeeignete darstellt (vgl. Mertens, 1994, S. 73). Zum Beispiel hatte sich gezeigt, dass „bei anlehnungsbedürftigen, submissiven Patienten ... die eher direktive Breitspektrumverhaltenstherapie ... besonders gute Erfolge erzielte“ (Grawe u.a., S. 723), während gut ausgebildete und erfolgreich im Leben stehende Menschen eher durch klärungsorientierte Psychotherapien angesprochen werden (vgl. ebd., S. 753).

auch große Beachtung in der Forschungsrichtung der Krankheitsverarbeitung, in der es um Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen geht (vgl. Beutel, 1988). Vor diesem Hintergrund verwundert es kaum, wenn in einem Übersichtsartikel zum Coping-Erkenntnisstand der 90er Jahre die Begriffe „Coping“, „Bewältigung“ und „Krankheitsverhalten“ gleichsinnig gebraucht werden (vgl. Heim, S. 321).¹²⁹

6.2.2.1 *Einteilungs- und Ordnungsversuche*

Um die vielfältigen Möglichkeiten der Bewältigung zu ordnen, wurden in der Literatur unterschiedliche Klassifikationssysteme vorgeschlagen. Ein einheitliches, allgemein akzeptiertes Klassifikationsschema existiert bisher allerdings nicht. Sehr verbreitet ist die Unterscheidung zwischen problemfokussierten und emotionsfokussierten Bewältigungsformen bzw. zwischen problemorientierter und emotionsorientierter Bewältigung (vgl. a. Kap. 2.4.2), die vordergründig auch sehr einleuchtend erscheint.

Problemorientierte Bewältigungsformen zielen auf die Lösung konkreter Probleme und auf eine Änderung der sachbezogenen Aspekte einer Belastung. Die Person handelt in einer Weise, die direkt zur Beseitigung oder Minderung des Problems und zur Veränderung der gestörten Person-Umwelt-Beziehung führt, z.B. indem sie sich auf eine Prüfung vorbereitet, Kontakte herstellt, ein Gespräch führt.

Demgegenüber steht bei den **reaktions-** oder **emotionsorientierten Bewältigungsformen** die palliative Linderung bzw. die Regulation der belastenden Emotionen im Vordergrund. So kann z.B. durch Selbstgespräche, Uminterpretationen, Bagatellisierung, Ablenkungsversuche, Veränderungen von Kognitionen, Beruhigungsmittel, Rauchen, Alkohol trinken oder mit Hilfe von Entspannungsübungen etc. versucht werden, Belastungssymptome zu lindern und Emotionen zu regulieren (vgl. Kaluza, 1996, S. 33 f.; Schwarzer, 2000, S. 34 f.; Weber, 1997 a; vgl. a. Heim, 1998).

Wie bereits Lazarus und Launier (1981) gezeigt haben, kann jede Bewältigungsform in einem Fall der Problemlösung und im anderen der Emotionsbeeinflussung dienen. Eine Entspannungsübung kann „das eine Mal zur kompensatorischen Erholung, das andere Mal zur Bewältigung einer bevorstehenden Leistungsanforderung eingesetzt werden. Ein Gespräch mit Freunden kann zur emotionalen Entlastung, zur Ablenkung oder auch mit dem Ziel einer Problemlösung geführt werden“ (Kaluza, 1996, S. 33 f.). Selbst ein Gefühlsausbruch kann problemlösezentriert sein, wenn er z.B. mit der Absicht verbunden wird, den anderen zur Verhaltensänderung zu bewegen (vgl. Weber, 1990, S. 283). Entscheidend für eine Zuordnung ist das Ziel, mit dem die jeweilige Bewältigungsreaktion eingesetzt wird. Außerdem wählen Personen je nach Problem und Zeitpunkt unterschiedliche Copingstrategien. Es müssen also keine konsistenten Muster abhängig von stabilen Persönlichkeitsmerkmalen auftreten (Schwarzer, 2000, S. 35 ff.).

¹²⁹ Welche Ausweitung das Coping-Konzept erfahren hat, zeigt sich auch daran, dass die Stress-Coping-Perspektive in den vergangenen Jahren zahlreiche Forschungsgebiete der psychosomatischen Medizin, der medizinischen Psychologie, der medizinischen Soziologie sowie der Persönlichkeits- und klinischen Psychologie unter jeweils unterschiedlichen Fragestellungen und Gewichtungen beeinflusst hat (vgl. Beutel, 1988, S. 2; vgl. a. Rüger u.a., 1990).

Problematisch wird die Unterscheidung dann, wenn Autoren, mehr oder weniger explizit, problemlösendes, aktiv handelndes Coping als der emotionsorientierten innerpsychischen Bewältigung überlegen bewerten und dabei wichtige Strategien innerpsychischer Bewältigung übersehen (vgl. zur Kritik: Franke u.a., 2001, S. 43 ff.). Zumindest auf den ersten Blick erscheint demgegenüber die folgende Einteilung unmissverständlicher, die Bezug nimmt auf die Reaktionsebene, auf der die Bewältigungsbemühungen primär ablaufen (vgl. Weber, 1990; 1997 a; vgl. a. Laux u. Weber, 1990).

Die **aktionalen Formen** beinhalten offenes Verhalten, zu dem so heterogene Bewältigungsstrategien gehören wie Problemlöseverhalten, aktives Vermeidungs- oder Fluchtverhalten, aktionale Formen der Ablenkung, das Bemühen um soziale Unterstützung, Techniken der Entspannung und schließlich der Konsum von Genussmitteln und Pharmaka.

Die **expressiven Bewältigungsformen** umfassen die unterschiedlichen Formen des Emotionsausdrucks, zu denen sowohl der offene, agitierte Ausdruck von Emotionen gehört wie auch Versuche, den Ausdruck zu kontrollieren oder zu unterdrücken. Wichtig für die Zuordnung unter diese Kategorie ist es, dass es sich um offene, prinzipiell sichtbare Formen des Verhaltens handelt.

Die **intrapyschischen Bewältigungsformen** schließlich beinhalten – ebenfalls sehr heterogene – nicht sichtbare, verdeckte Wahrnehmungs-, Denk-, Vorstellungs- und Interpretationsprozesse. Dabei wird angenommen, dass sich Emotionen dadurch ändern, dass sich die Situationsbewertung ändert (vgl. Weber, 1997 a, S. 287 f.). Diese Gruppe der intrapsychischen Bewältigungsformen lässt sich wiederum unterteilen in *defensive Bewältigungsformen* (z.B. Verdrängung, Verneinung, Bagatellisierung, Ablenkung), in *selbstzentrierte*, im Besonderen selbstabwertende Formen intrapsychischer Bewältigung (z.B. Selbstmitleid, Selbstbeschuldigung), und schließlich in *positiv konnotierte* Bewältigungsformen (z.B. positive Selbstinstruktion, Humor, Sinngebung, Glaube, Hoffnung) (vgl. Laux u. Weber, S. 570 ff.).¹³⁰

Letztlich aber – so Weber in einem Übersichtsartikel – bleibt auch die Analyse von Bewältigung mit Hilfe der hier beschriebenen Bewältigungsformen unbefriedigend. Zum einen, weil „die Zusammenstellung beliebig wirkt“ (Weber, 1997 a, S. 288), zum anderen „empirisch, da man mit zu vielen Variablen zu tun hat“ (ebd.). Aus ihrer Sicht und im Einklang mit der in dieser Arbeit eingenommenen „emotionszentrierten“ Perspektive handelt es sich bei jeder Form der Bewältigung letztlich um Emotionsbewältigung, so dass folgerichtig alle Prozesse, die nach gängigen Theorien Bestandteil einer Emotion sind (Physiologie, subjektives Erleben, kognitive Bewertung, expressive Reaktionen und Handlungsimpulse, vgl. Kap. 2.1.), Gegenstand von Bewältigung sein können (ebd., S. 285). Ebenso kann die Regulation von Emotionen prinzipiell „über alle Formen der

¹³⁰ Die intrapsychischen Formen sind v.a. unter dem Einfluss der psychoanalytischen Theorie der Abwehrmechanismen weiter ausdifferenziert worden. In diesem Zusammenhang stellt sich allerdings wieder das Problem der Bewertung. Beispielsweise unterscheidet Haan zwischen Abwehr als „realitätsverzerrende, rigide und irrationale Reaktion“ und Bewältigung bzw. Coping als „reife, realitätsbezogene und situationsangemessene Reaktion“ (Haan, zit. n. Widmer, S. 35). Viele Autoren distanzieren sich von solch wertenden Taxonomien und weisen demgegenüber auf die potenzielle Effizienz realitätsverzerrender Bewältigungsformen für das Wohlbefinden hin (vgl. zum Überblick: Laux u. Weber, S. 572; vgl. a. Franke u.a. 2001, S. 41 ff.). Auch dominiert nach Schwarzer die Auffassung, dass es sich beim Coping um bewusstseinsfähige Prozesse handelt (vgl. Schwarzer, 2000, S. 36; vgl. zur Unterscheidung von Abwehr und Bewältigung auch: Kächele u. Stefens, S. 41 ff.). Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die Unterscheidung, die der Hirnforscher Hüther vornimmt. Im Zusammenhang der „normalen“ Bewältigungsstrategien nicht traumatisierter Kinder“ (Hüther, 2002, S. 92) spricht er von „Schutzmechanismen“, von denen er die „Abwehrstrategien“ (ebd.) derer unterscheidet, die Traumata zu verarbeiten hatten.

Bewältigung, gerade auch über Problemlöseverhalten (erfolgen)“ (ebd., S. 289). Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass Emotionsbewältigung keineswegs eine nur vermeidende, resignative und – verglichen mit Problemlösungsversuchen – defensive Reaktion ist (vgl. ebd.). Vielmehr sind die Wahrnehmung und die Fähigkeit zur konstruktiven Regulation von Emotionen in all ihren Komponenten genaugenommen die entscheidende Variable für erfolgreiches Coping.

6.2.2.2 Zur Effizienz der verschiedenen Bewältigungsformen

Eine im Zusammenhang dieses Kapitels wichtige Fragestellung ist die nach der Effizienz der verschiedenen Bewältigungsformen und nach ihrem Beitrag für die psychische und physische Gesundheit (vgl. Weber, 1990, S. 284). Damit ist allerdings wieder ein so umfangreiches Forschungsfeld angesprochen, dass nur eine sehr oberflächliche Klärung anhand einiger zusammenfassender Ergebnisse aus einschlägigen Übersichtsartikeln möglich ist. In der Literatur verbreitet ist die Auffassung, dass „problemlöseorientierte und von optimistischer Grundhaltung getragene Bewältigung, bei der negative Emotionen nach Möglichkeit ausgeblendet, zumindest aber kontrolliert bleiben, gegenüber einer passiv resignativen, vermeidenden und emotionszentrierten Bewältigung die effizientere ist“ (Weber, 1997 a, S. 292). Vor diesem Hintergrund führt Weber eine Reihe von Studien an, die zeigen, dass „sich problemlöseorientiertes Handeln und positive Interpretationen von Belastungen als effiziente Bewältigungsformen erweisen, während Resignation, eskapistische Strategien, aggressives Ausagieren, Selbstbeschuldigung und Selbstabwertung als ineffizient auffallen“ (ebd.). Diese Aussage muss allerdings mit dem Blick auf Umstände, die gar keine Beeinflussung der Situation erlauben, eingeschränkt werden. So können vermeidende und verleugnende Strategien angesichts so gravierender Ereignisse wie dem Verlust eines Lebenspartners oder der Diagnose einer schweren Erkrankung „zumindest kurzfristig effektiv sein, indem sie den Betroffenen vor einem Zusammenbruch angesichts überwältigender Gefühle von Schmerz oder Trauer bewahren“ (Kaluza, 1996, S. 50).

Ein wichtiges Argument gegen vermeidende Formen der Bewältigung sind solche Befunde, die zeigen, dass sie mit einer erhöhten physiologischen Aktivierung einhergehen. „Bei chronisch vermeidender Bewältigung kann das zu einem Risiko für die körperliche Gesundheit werden“ (Weber, 1997 a, S. 292), wie ja bereits die Überlegungen von Mitscherlich zu den gesundheitsschädlichen Konsequenzen langfristiger physiologischer Überaktivierung deutlich gemacht hatten (vgl. Kap. 4.3). In diese Richtung weisen auch die vielfältigen Befunde, die von Traue (1998) zum Zusammenhang zwischen repressivem Copingstil und unterdrückender bzw. gehemmter Emotionsverarbeitung auf der einen Seite und verschiedenen körperlichen Symptomen bis hin zur manifesten Erkrankung auf der anderen Seite vorgelegt wurden.

Die Problematik „defensiver Strategien“ fasst Kaluza ganz allgemein dahingehend zusammen, dass für „unterschiedlichste Diagnosegruppen gezeigt werden (konnte), dass erkrankte Personen stärkere Vermeidungstendenzen zeigen als Gesunde. Dadurch gelingt es ihnen wahrscheinlich seltener, Quellen der Belastung letztlich aufzuheben oder Kontrolle über sie zu erlangen“ (Kaluza, 1996, S. 50). Nicht so eindeutig sind allerdings die Befunde, wenn es um die Wirksamkeit „expressiver Strategien“ (ebd., S. 51) geht, d.h. um die Frage, ob es günstig ist, belastende Gefühle auszudrücken oder sie zu unterdrücken. Eine grundlegende These lautet zwar, dass das Nichtäußern von negativen Emotionen einen Risikofaktor darstellt, weil Unterdrückung ebenfalls zu andauernder physiologischer Aktivierung führt, während offener Ausdruck sie auflöst (vgl.

Weber, 1997 a, S. 293). Allerdings finden sich auch hier widersprüchliche Ergebnisse, wie die Forschung zum Ärgerausdruck bereits gezeigt hat (vgl. Kap. 3.1.1 u. Fußnote 47).

Kaluza, der sich mit dem Blick auf diese Fragestellung auf Forschungsergebnisse aus vielen Krankheitsbereichen bezieht, findet dort „übereinstimmend, daß erkrankte Personen in frustrierenden oder ärgererregenden zwischenmenschlichen Situationen eine verringerte Tendenz zur Äußerung von Ärger oder Aggression oder auch ganz allgemein einen Mangel an emotionaler Ausdrucksbereitschaft zeigen“ (Kaluza, 1996, S. 51). „Mangelnder Gefühlsausdruck könne einerseits der Vermeidung antizipierter zwischenmenschlicher Konflikte dienen, etwa weil die Person sich selbst zu unsicher ist, um eine solche Auseinandersetzung zu wagen, oder weil sie Gegenangriffe des anderen befürchtet, die sie zusätzlich belasten würden“ (ebd.). Auf diese Weise können gefürchtete Auseinandersetzungen zwar kurzfristig vermieden werden. Wenn aber Ärger und Verletzung nicht gezeigt und die zugrunde liegenden Konflikte und Probleme nicht gelöst werden, bleiben „erregungssteigernde Belastungsquellen weiter bestehen“ (ebd.), so dass schließlich „immer mehr Lebens- und Erlebnisbereiche `wie vermint` (erscheinen)“ (ebd.).

Demgegenüber ist der sozialkommunikative Charakter von Gefühlsäußerungen zu betonen (vgl. Kaluza, 1996, S. 51). In diesem Zusammenhang bestätigen die von Kaluza vorgelegten Befunde (vgl. ebd., S. 51 ff.) die bereits im Kapitel 3.2.4 vorgenommene Einschätzung, wonach die soziale Geschicklichkeit eines Menschen sehr weitgehend beeinflusst, ob er den sozialen Rückhalt und die der Gesundheit förderliche Unterstützung erhält, die er benötigt. Vor diesem Hintergrund ist nicht nur der zusammenfassenden Einschätzung von Kaluza zuzustimmen, dass „die erfolgreiche Bewältigung (sozialer Belastungssituationen) soziale Kompetenzen voraussetzt, die die Person in die Lage versetzt, eigene Gefühle realitätsangepaßt auszudrücken, eigene Interessen angemessen zu vertreten, Konflikte aktiv zu lösen“ (Kaluza, 1996, S. 51). Mit Blick auf die Gesundheitsförderung ist auch noch einmal die Dringlichkeit entsprechender Kompetenzschulungen zu betonen.

Insgesamt macht ein knapper Überblick über die Diskussion deutlich, dass effektive Emotionsbewältigung „nicht an einzelnen Formen festgemacht werden (kann)“ (Weber, 1997 a, S. 293), sondern auch in Abhängigkeit von Situation und Zielen einer Person zu bemessen ist (vgl. ebd., vgl. a. Franke u.a., 2001, S. 40 ff.; vgl. a. vorne: Fußnote 121). Zusammenfassend – und im Einklang mit den vorne (vgl. Kap. 3.2.3) ausführlich dargestellten Hypothesen Antonovskys – kann daher „als wichtigstes Kennzeichen erfolgreichen Bewältigungsverhaltens.....dessen *Flexibilität* angesehen werden (Kaluza, 1996, S. 52; Hervorh. i. Original/U. F.). „Weder generalisierte Vermeidungshaltungen noch ein generalisiertes Kontrollbedürfnis sind der Gesundheit zuträglich“ (ebd., S. 52 f.). Gesunde Personen zeichnen sich vielmehr „durch die Fähigkeit aus, in belastenden Situationen eine großen Anzahl von Lösungsalternativen generieren zu können und die – im Hinblick auf die jeweilige Situation – jeweils optimale Alternative auszuwählen“ (ebd.; vgl. mit dem Blick auf Krankheitsverhalten a. Heim, 1998).

Für die Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass ein breites Repertoire von Bewältigungskompetenzen und ein möglichst flexibler und „kontextsensibler Umgang“ (Franke u.a., 2001, S. 47) mit ihnen vermittelt werden sollte. Dabei sind entgegen solchen Ansätzen in der Bewältigungsforschung, die zur Bevorzugung von problemlösungsorientiertem Coping neigen, gerade auch die in den vorhergehenden Teilen des Kapitels dargestellten explizit emotionsorientierten Bewältigungsstrategien zu berücksichtigen.

6.3 Zum Zusammenhang von psychischer und körperlicher Gesundheit

Ursprünglich, zu Beginn dieser Arbeit, habe ich normative Vorgaben zum Gesundheitsbegriff vermieden, um die Argumentation zum Zusammenhang von körperlichen, seelischen und sozialen Faktoren der Gesundheit alleine vom Emotionskonzept her zu entwickeln. Inzwischen sind vor dem Hintergrund des erweiterten und emotionstheoretisch fundierten Stressmodells die Wechselwirkungen zwischen physiologischen, psychologischen und sozialen Aspekten von Gesundheit sehr weitgehend nachzuvollziehen, so dass sich jetzt die Frage stellt, ob das vorliegende Wissen über die Emotionen nicht auch dazu genutzt werden kann, den Zusammenhang zwischen psychischer und physischer Gesundheit zu erhellen, eine Fragestellung, die in der Forschung bisher recht stiefmütterlich behandelt wurde (vgl. Franke, 1993 b, S. 172). Obwohl nach allem hier Gesagten „ein Modell, das Teilgesundheit auf einer Ebene abkoppeln will, widersinnig ist“ (ebd., S. 172), und obwohl in der sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung heute weitgehende Einigkeit besteht, dass zur Gesundheit neben körperlichem Wohlbefinden auch Freude, Lebenszufriedenheit, Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung gehören (vgl. Bengel u.a., S. 16), werden diesbezügliche Aspekte eher selten thematisiert, so dass die Bereiche physischer und psychischer Gesundheit häufig unverbunden nebeneinander stehen (vgl. Franke, 1993 b, S. 171 f.). Vor diesem Hintergrund sollen die bisherigen Überlegungen nun mit Befunden aus der empirischen Persönlichkeits- und Gesundheitspsychologie gestützt werden, die eine Antwort auf die Frage zu geben suchen, ob nicht eine verbesserte psychische Gesundheit auch zu verbesserter körperlicher Gesundheit beiträgt.

Seelische Gesundheit als Schutz vor psychischen und physischen Erkrankungen

Dass und wie die beiden Ebenen der psychischen und körperlichen Gesundheit zusammenhängen, dies zu erklären und möglichst empirisch nachzuweisen, ist das Anliegen des Trierer Psychologen Peter Becker. Nachdem sich die wichtigsten Störungs- und Therapiemodelle weitgehend ohne Anschluss an die empirische Persönlichkeitsforschung entwickelt haben (vgl. Becker u. Minsel, 1986, S. 1 f.), hat Becker eine Theorie seelischer Gesundheit entwickelt, die als Versuch einer Synthese von neueren Befunden der empirischen Persönlichkeitsforschung, von tiefenpsychologischen Theorien und von systemtheoretischen Modellvorstellungen verstanden werden kann (vgl. Becker 1997 a, Becker u. Minsel, 1986). Die Kerngedanken dieses Versuchs, die verschiedenen Dimensionen psychischer Gesundheit zu erfassen (vgl. zur Kritik: Franke, 1993 b, S. 171), sind später in das ebenfalls von Becker stammende, weiter vorne (vgl. Kap. 1.5.3) bereits dargestellte Anforderungs-Ressourcen-Modell der Gesundheit bzw. Krankheit eingegangen. Im Rahmen dieses Modells, das der Erklärung des aktuellen körperlichen Gesundheitszustandes gilt, nimmt die „seelische Gesundheit“ (abgekürzt: SGE) eine Schlüsselstellung ein.¹³¹

¹³¹ Unter seelischer Gesundheit wird ganz allgemein die individuelle „Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner (psychischer) Anforderungen“ verstanden (Becker, 1995, S. 188). Zu den wichtigsten Indikatoren, anhand derer zu unterscheiden ist, ob jemand im Sinne eines Kontinuums mehr oder weniger gesund oder krank ist, gehören die folgenden: **positive vs. negative emotionale** (inkl. körperl.) **Befindlichkeit**; **hohes Energieniveau** bzw. Energiefülle **vs. Antriebschwäche**; **Expansivität** (u.a. Selbstverwirklichung, Selbstbehauptung) **vs. Defensivität** (extreme Abwehrmechanismen, Vermeidungstendenzen); **körperliche und psychische Leistungsfähigkeit vs. Funktionsstörungen**; **Selbsttranszendenz** (Liebesfähigkeit sowie Engagement für u. verstärktes Interesse an der Umwelt) **vs. Selbstzentrierung** (verstärkte Aufmerksamkeit auf den Körper und die eigene Person); **Autonomie** (kein Bedürfnis nach ärztl. u. psychol. Hilfe) **vs. Hilfsu-**

In guter Übereinstimmung mit den Aussagen der vorliegenden Arbeit nimmt Becker an, dass sich seelische Gesundheit direkt über seltenere und weniger starke negative Emotionen angesichts belastender Ereignisse und indirekt über ein effizienteres, aktuelles Bewältigungsverhalten sowie über ein besseres Gesundheitsverhalten auf die körperliche Gesundheit auswirkt (vgl. Becker, 1992 b, S. 70). Vor diesem Hintergrund fasst er „seelische Gesundheit“ als eine personale Ressource bzw. als eine „zentrale protektive Persönlichkeitseigenschaft“ (ebd.) auf, der in einem umfassenden Bedingungsmodell von Gesundheit / Krankheit eine zentrale Bedeutung zukommen sollte (vgl. ebd., S. 64 ff.). Seiner Ansicht nach handelt es sich bei der SGE allerdings um ein sehr breites Konstrukt, das zwar positive Beziehungen zu verschiedenen anderen gesundheitsrelevanten Persönlichkeitsvariablen (beispielsweise zum Kohärenzgefühl) aufweist, diesen engeren Konzepten aber noch übergeordnet ist (vgl. ebd., S. 68). Daher schlägt er vor, die „seelische Gesundheit“ „im Sinne eines generellen Schutzfaktors vor (psychischen und physischen) Erkrankungen zu konzipieren“ (ebd., Hervorh. i. Original/U. F.).

Inzwischen liegt eine Reihe von Befunden zu Teilaspekten des Modells vor, die wesentliche Hypothesen bestätigen. So ergaben Validitätsstudien zum Trierer Persönlichkeitsfragebogen (einem Fragebogeninstrument, das zur diagnostischen Erfassung von seelischer Gesundheit dient), dass seelisch Gesunde u.a. „weniger zu Depressionen, Ängstlichkeit, Besorgtheit, Erregbarkeit, innerer Gespanntheit, allgemeiner Befindlichkeitsbeeinträchtigung und 'anger in' neigen“ (ebd., 1992 b, S. 73; vgl. a. Becker, 1989). Ebenso kommt eine Untersuchung, die Becker zum Zusammenhang von Bewältigungsverhalten und seelischer Gesundheit durchführte, zum Ergebnis, dass seelisch Gesunde weniger mit starken negativen Emotionen reagieren, während seelisch weniger Gesunde zu negativ getönter Emotionalität und zu resignativem sowie zu – im Sinne der vorliegenden Arbeit – ausweichendem Bewältigungsverhalten neigen (vgl. Becker, 1985). Schließlich ergab auch eine Untersuchung von Perrez zu den Zusammenhängen von Belastungsverarbeitung mit seelischer Gesundheit, dass seelische Gesundheit signifikant negativ mit Unruhe, Deprimiertheit und Gefühlen der Verlassenheit bei der Bewältigung von Alltagsbelastungen korrelierte (vgl. Perrez, S. 300 f.). Darüber hinaus führt Becker (vgl. 1992 b, S. 72 f.) einige weitere Studien an, die darauf hinweisen, dass seelisch Gesunde sich durch einen flexiblen und situationsadäquaten Einsatz verschiedener Bewältigungsformen und durch ein besseres habituelles Gesundheitsverhalten auszeichnen. Als ein weiteres Ergebnis ist hervorzuheben, dass eine pfadanalytische Überprüfung des vereinfachten Anforderungs-Ressourcen-Modells von Becker signifikante Pfade von der seelischen Gesundheit zur körperlichen Gesundheit erbrachte (Becker u.a., 1994, S. 25), ein Befund, der allerdings in einer neueren Untersuchung von Polenz u. Becker (vgl. 1997, S. 43) nur eingeschränkt bestätigt werden konnte. Dennoch kann das Resümee der beteiligten Forscher bestehen bleiben, dass „sich die körperliche Gesundheit (nicht zuletzt) durch eine Förderung der *seelischen Gesundheit* positiv beeinflussen“ lässt (Becker u.a., 1994, S. 45; Hervorh. i. Original/U. F.).

Aufschlussreich sind schließlich auch Bezüge zwischen dem Persönlichkeitsfaktor „seelische Gesundheit“ und anderen in der Persönlichkeitspsychologie erforschten und für den hier diskutierten Zusammenhang relevanten Eigenschaften. So ergab auch die Gegenprobe, ein Ver-

chen u. Abhängigkeit; hohes vs. niedriges Selbstwertgefühl (vgl. Becker u. Minsel, S. 7 ff.; vgl. a. die ausführlichen Erläuterungen ebd., S. 420 ff.). Von diesen Indikatoren ausgehend, wurde später der Trierer Persönlichkeitsfragebogen entwickelt (vgl. Becker, 1989), wobei die Skalen noch ausdifferenziert und ergänzt wurden (vgl. ebd., S. 22 ff.; vgl. a. die Kurzcharakterisierung in: Becker, 1995, S. 35)

gleich von SGE mit der von Eysenck operationalisierten Persönlichkeitseigenschaft „Neurotizismus“, Konsens darüber, dass „sich emotional 'In-stabile' und Menschen mit geringer seelischer Gesundheit durch die Häufigkeit und Intensität negativer emotionaler Zustände (wie z.B. Ängstlichkeit, Depressivität, Gereiztheit, Nervosität) auszeichnen“ (Becker u. Minsel, S. 48).¹³² Für die hier relevante Fragestellung ist dabei vor allem auch der Hinweis von Eysenck relevant, dass Menschen, die sich durch einen hohen Grad an Neurotizismus, d.h. an emotionaler Labilität bzw. Instabilität (vgl. Becker u. Minsel, S. 19 ff.) auszeichnen, „häufig diffuse somatische Beschwerden (beklagen)“, über „viele Sorgen, Ängste und andere unangenehme Gefühle (berichten)“ und „zur Entwicklung neurotischer Krankheiten unter Streß disponiert (sind)“ (zit. n. Becker u. Minsel, S. 48). Dabei dürften solche Dispositionen allerdings nicht mit einer akuten neurotischen Störung verwechselt werden (vgl. ebd.). Neuere Untersuchungen von Polenz u. Becker (vgl. 1997, S. 7) sowie von Becker u.a. (vgl. 2004) bestätigen den hier angedeuteten Zusammenhang zwischen Neurotizismus und aktuellem körperlichen Gesundheitszustand.

Die grundlegende Bedeutung von Selbstwert- und Kompetenzgefühlen

Dieser Blick auf Beiträge der empirischen Persönlichkeitsforschung zu einer Theorie der seelischen Gesundheit unterstreicht nun aber nicht nur die grundlegende Bedeutung der Emotionalität bzw. der emotionalen Befindlichkeit für die Gesundheit. In diesem Zusammenhang werden auch andere Faktoren noch einmal ins Licht gerückt, deren Bedeutung für die Gesundheit in dieser Arbeit bereits mehrfach deutlich wurde. So betont Becker, dass das Selbstwertgefühl am höchsten mit allen anderen Indikatoren der seelischen Gesundheit (vgl. Fußnote 131) korreliert, „mithin ein sehr vielversprechender Indikator für seelische Gesundheit zu sein (scheint)“ (Becker u. Minsel, S. 15). Das Selbstwertgefühl hängt wiederum eng mit dem Kompetenzgefühl zusammen, dem Becker aus hier leicht nachvollziehbaren Gründen (vgl. vorne: Kap. 3.2.1, 3.2.2 u. 3.3) ebenfalls ein besonderes Gewicht für die seelische Gesundheit beimisst (vgl. Becker u. Minsel, S. 74 ff. u. 85). Dazu Becker: Erfolgreiches Handeln wird von Kompetenzgefühlen begleitet, „die sich auf einem Kontinuum, das sich von Genugtuung und Zufriedenheit über Freude bis zu Triumphgefühlen erstreckt, einordnen lassen. Eine solche Person erhält im allgemeinen soziale Anerkennung und sie wird für ihre Leistung belohnt, was zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls ..., zu Vertrauen in die eigene Kompetenz und zur Förderung von

¹³² Der Faktor Neurotizismus gilt als einer von möglicherweise 5 grundlegenden Dimensionen, anhand derer Persönlichkeitspsychologen die menschliche Persönlichkeit zu erfassen und empirisch zu begründen versuchen. Ihm werden u.a. solche Untereigenschaften bzw. Facetten wie „Angst“, „ängstliche Feindseligkeit“, „Depression“, „Befangenheit“ bzw. „Selbstunsicherheit“, „Impulsivität“ und „Verletzlichkeit“ zugeordnet bzw. Aspekte des Gegenpols „emotionale Stabilität“ gegenübergestellt (Paulus, 1999, S. 46 u. 48; Becker, 1995, S. 13 f. u. 17). Als die vier weiteren relevanten Persönlichkeitsdimensionen werden die Faktoren „Extraversion“, „Verträglichkeit“, „Gewissenhaftigkeit“ und „Offenheit für neue Erfahrungen“ (Paulus, 1999, S. 46; vgl. a. Becker, 1995, S. 17) diskutiert, wobei Becker darauf hinweist, dass es sich dabei nicht um unabhängige Faktoren handelt, sondern dass diese häufig als „Big Five“ bezeichneten Faktoren „eine gewisse Ähnlichkeit untereinander aufweisen“ (Becker, 1995, S. 26) und zum Teil „signifikant interkorrelieren“ (ebd.). Anlässlich einer faktorenanalytischen Überprüfung verschiedener Persönlichkeitsinventare ergaben sich darüber hinaus aber auch neue, bisher wenig beachtete Persönlichkeitsdimensionen wie beispielsweise die der „dependency“ bzw. „Abhängigkeit“ mit ihren verschiedenen Unterfacetten (vgl. Becker u. Kupsch, 2002). Dabei bleibt noch offen, ob diese Dimensionen ebenfalls zu „großen“ Faktoren avancieren sollten oder ob sie den schon etablierten zuzuordnen sind, wie beispielsweise die Abhängigkeit zum Neurotizismus (vgl. ebd.). Betrachtet man die diesbezüglichen Skalen des Trierer Persönlichkeitsinventars und anderer Erhebungsinstrumente vor dem Hintergrund der im Kap. 5 erarbeiteten Zusammenhänge, dann spiegeln diese recht eindrücklich einige der dort beschriebenen Eigenschaften der „abhängigen Persönlichkeit“ wider.

von Autonomie beiträgt“ (Becker u. Minsel, S. 67). „Im Gegensatz dazu treten im Falle eines Unvermögens zur Lösung eines persönlich bedeutsamen Problems mehr oder weniger unangenehme **Insuffizienzgefühle** auf, die sich von leichtem Unmut bis zu ausgeprägtem Ärger, von Gefühlen der Unsicherheit bis zu solchen der Hilflosigkeit und Angst und von Gefühlen der Niedergeschlagenheit bis zu schwerer Depressivität steigern können“ (ebd., S. 75; Hervorh. i. Original/U. F.). Vor diesem Hintergrund ist es „psychohygienisch äußerst bedeutsam, Menschen die Gelegenheit zum Erleben von Kompetenzgefühlen zu bieten“ (ebd., S. 85; vgl. hierzu a. die Bemerkungen zum Zusammenhang von erfolgreicher Bewältigung und positiver emotionaler Befindlichkeit in Kap. 4.2.5).

Becker betont aber – und auch dies ist vor dem Hintergrund des in dieser Arbeit bereits Gesagten nur zu unterstreichen –, dass es falsch wäre, Kompetenz nur auf die Bewältigung externer Anforderungen zu beziehen, auch wenn dies einen großen Stellenwert hat. In Übereinstimmung mit tiefenpsychologischen Grundpositionen sind die internen Anforderungen, die ein Individuum erfüllen muss, „von vergleichbarer, wenn nicht sogar von größerer Bedeutung“ (ebd., S. 70).

Allgemeine Überlegungen zum Gesundheitsbegriff

Nachdem sich nun ein großer Teil von Einzelbefunden der Gesundheitsforschung recht schlüssig in ein emotionsbasiertes Bild von Gesundheit und von Krankheit einfügen ließ und darüber deutlich wurde, dass es ein lohnenswertes Unterfangen personenzentrierter Gesundheitsförderung sein kann, sich auf die Frage zu konzentrieren, wie Menschen einen besseren Umgang mit belastenden Emotionen erlernen können, sollen abschließend noch einige allgemeinere Aspekte betont werden.

Ausgangspunkt für diese Überlegungen soll eine von Badura vorgeschlagene – stresstheoretisch begründete – Definition sein, nach der Gesundheit eine „Kompetenz bzw. Befähigung zur schädigungsfreien Bewältigung von Herausforderungen und Risiken“ ist (Badura, 1993, S. 76). Diese Formulierung wendet er an anderer Stelle positiv und ergänzt sie folgendermaßen: Gesundheit ist eine „*Kompetenz bzw. Befähigung zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives Selbstbild, ein positives seelisches und somatisches Befinden erhalten oder wiederhergestellt wird*“ (ebd., S. 77; Hervorh. i. Original/U.F.).

Die hier von Badura angesprochenen Kompetenzen, die vor dem Hintergrund einer emotionstheoretisch fundierten Stresstheorie unschwer als Kompetenzen zur Emotionsregulierung bzw. zur Emotionsbewältigung zu identifizieren sind (vgl. 6.2.2), sind nun – wie im Verlauf der vorangegangenen Kapitel deutlich geworden sein sollte – keineswegs leicht zu erlangen. Viele Menschen verfügen über kein positives Selbstbild und werden Mühe haben, ein solches zu erhalten oder wiederherzustellen. Auch hat sich gezeigt, dass schädigungsfreie Bewältigung oft durch tiefsitzende neurotische Fixierungen und abhängigkeitsverursachende Persönlichkeitsmuster verhindert und erschwert wird. Vor diesem Hintergrund sind auch die möglichen Problematiken und die Grenzen einer auf das Individuum und dessen Kompetenzen bezogenen Gesundheitsförderung im Auge zu behalten.

Dies soll zunächst am Beispiel des Selbstwertgefühls als einem Faktor, der sehr eng mit dem emotionalen Erleben verknüpft und von offensichtlich grundlegender Bedeutung für die Gesundheit ist, verdeutlicht werden. Im Kapitel 4 und 5 dieser Arbeit hatte sich gezeigt, wie leicht es im Verlauf der kindlichen Entwicklung zur Grundproblematik des beschädigten Selbst

und zu Selbstwertbeeinträchtigungen kommen kann, die dann im späteren Erwachsenenleben unter Umständen zur verbreiteten Ursache für die unterschiedlichsten „Störungsbilder“ (Suchte, Depression, Typ-A-Muster, Helferproblematik etc.) werden.

Betrachtet man nun umgekehrt die Wege, auf denen es zu einer Selbstwertverbesserung kommen kann, dann zeigt sich hier, dass nicht nur Bemühungen des Individuums, sondern vor allem auch gesellschaftliche Fördermaßnahmen gefragt sind. Da die Entwicklung des Selbstwertgefühls auch an die Geschichte von Erfolg und Misserfolg im Lebenslauf gebunden ist (vgl. 4.2.4), ist anzunehmen, dass frühkindliche Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls zumindest teilweise eher von Menschen kompensiert werden können, die in ihrer schulischen und beruflichen Entwicklung Anerkennung und Ausgleich erfahren und größere Möglichkeiten zur Kontrolle ihrer Lebensbedingungen haben.

Vor diesem Hintergrund sollte es in der Gesundheitsförderung ganz besonders darum gehen, das Wissen um die außerordentliche Bedeutung des Kompetenzerlebens und dessen positive Auswirkungen gerade auch auf das Selbstwertgefühl nutzbar zu machen und in den unterschiedlichen Settings die Umweltbedingungen so zu gestalten, dass den Menschen Kompetenzerwerb und Kompetenzerleben auch tatsächlich möglich werden. Die Relevanz solcher Bemühungen zeigt sich nicht nur, wenn man das komplexe Bedingungsgefüge von Burnout (vgl. 5.2.4) oder die Auswirkungen von niedriger beruflicher Statuskontrolle (vgl. 3.1.1) analysiert. Sie wird auch anlässlich eines Befundes von Rimann u. Udris (vgl. 1998) deutlich, der zeigt, dass das Kohärenzerleben in einem „fast ‚linearen‘ Zusammenhang“ (ebd., S. 359) mit dem Tätigkeitsspielraum bzw. der betrieblichen Position einer Person steht.¹³³ Solche Befunde unterstreichen, wie wichtig es ist, der Mahnung von Lazarus u. Launier (vgl. S. 222 ff.) zu folgen und die Persönlichkeitsfaktoren nicht aus dem transaktionalen Zusammenhang herauszulösen, sondern konsequent beides – die Persönlichkeits- und die Umweltfaktoren – gleichermaßen zu berücksichtigen.

Darüber hinaus ist ein zweiter Aspekt hervorzuheben. Nachdem sich im Vorangegangenen herausgestellt hat, dass positive Emotionalität und psychisches Wohlbefinden keinen überflüssigen Luxus, sondern zentrale Bedingungen von Gesundheit darstellen, gilt nicht nur die Förderung von Kompetenzen und Fähigkeiten zur Bewältigung externer Anforderungen als Leitidee von Gesundheitsförderung, sondern es sollten auch Fähigkeiten zur Gefühlsregulierung (vgl. Badura, 1993, S. 77) und zur Bewältigung der von Becker so genannten internen Anforderungen vermittelt werden (vgl. Becker u.a., 1994, S. 45). Mit dem Blick auf dieses Ziel wurden nun im Teil 6.2 dieses Kapitels all die vielfältigen Wirkfaktoren und Strategien vorgestellt, die für eine Beeinflussung und Veränderung belastender „negativer“ Emotionen hilfreich sein können. Dabei zeigte sich, dass ein großer Teil dieser Strategien zwar vor einem psychotherapeutischen Hintergrund entwickelt wurde, dennoch aber unter anderen Vorzeichen durchaus auch im Kontext von Gesundheitsförderung vermittelt werden kann. Zugleich wurde aber auch deutlich, dass sich Persönlichkeitsmuster, die tief in der emotionalen Geschichte eines Menschen

¹³³ In diesem Zusammenhang ist allerdings einschränkend zu bemerken, dass zwar vermutet wird, dass das Kohärenzgefühl mit dem betrieblichen bzw. gesellschaftlichen Status eines Berufs bzw. einer Tätigkeit assoziiert ist, dass aber auch Selektionseffekte nicht ganz ausgeschlossen werden können, wonach sich Personen mit ausgeprägterem Kohärenzerleben in höheren Positionen befinden als solche mit niedrigerem SOC (vgl. Rimann u. Udris, S. 359; vgl. zu dieser Hypothese auch die Diskussion zum Verhältnis von Person- und Umweltfaktoren bei Lazarus u. Launier, S. 225).

verankert sind, nicht leicht beeinflussen und verändern lassen. In der Regel – darauf weist auch die Hirnforschung der jüngsten Zeit hin – erfolgt eine tiefgreifende Veränderung nur, wenn Menschen bereit sind, sich durch emotionale Erlebnisse so erschüttern zu lassen, dass die Abwehrmechanismen, die vor Verletzungen schützen sollen, durchdrungen werden und dadurch Katharsis und Heilung möglich werden.

Da dieser Weg für die Gesundheitsförderung versperrt ist, geraten Bemühungen zur Förderung von Kompetenzen im Umgang mit inneren Anforderungen zwangsläufig an ihre Grenzen. Gesundheitsförderung kann zwar Kompetenzen fördern und zur Entdeckung von Ressourcen beitragen oder brachliegende Ressourcen mobilisieren. Sie kann Menschen auch für den Umgang mit schmerzhaften Lebenserfahrungen stärken, indem sie ihnen den Sinn und die Chancen von Krisen vermittelt (vgl. 6.1.2) und – wie Becker u.a. es fordern – ihre Fähigkeiten zur Sinnfindung fördert (vgl. Becker u. a., 1994, S. 45). Zugleich muss sich Gesundheitsförderung aber auch die Grenzen ihrer Bemühungen vor Augen halten. Die Analyse der tieferliegenden Ursachen gesundheitsriskanter Verhaltensweisen und Persönlichkeitsfaktoren zeigt, dass es bei allen Bemühungen um Empowerment und Hilfe zur Selbsthilfe auch gilt, Respekt und Mitgefühl vor den Bewältigungsmöglichkeiten und Grenzen anderer Menschen zu entwickeln. In diesem Zusammenhang erinnere ich eine Feststellung, die – wie ich meine – von der Bremer Gesundheitswissenschaftlerin A. Keil stammt, wonach es niemanden gibt, der „freiwillig“ 40 Zigaretten am Tag raucht. Die Arbeits- und Lebensverhältnisse sind häufig so belastungsreich und bieten so wenig Möglichkeiten und Chancen zur Ressourcenmobilisierung und zum Ausgleich, dass sich alleine aus diesen Gründen jede Art von normativem Gesundheitsverständnis und von vordergründiger psychischer oder psychosomatischer Etikettierung verbietet. Vor diesem Hintergrund sollte – wie es ein indianisches Sprichwort sagt – niemand über eine andere Person urteilen, der nicht selber einmal „in deren Mokassins gestanden hat“.

Angemessener ist es, sich gesundheitsbezogene Defizite und Beeinträchtigungen in einem Kontinuumsmodell vorzustellen, an dessen Extrempolen nur wenige Menschen, in dessen Mittelfeld aber ganz viele einzuordnen sind. Ein Mensch ist im Allgemeinen nicht entweder krank oder gesund, sondern mehr oder weniger gesund bzw. mehr oder weniger krank, mehr oder weniger abhängig, fühlt sich psychisch und emotional mehr oder weniger wohl. Gesunde und kranke Anteile können in den unterschiedlichsten Variationen vorliegen und verändern sich über die Zeit ständig. Eine solche Sichtweise wird nicht nur dem Sachverhalt gerecht, dass sehr viele Menschen sich in irgendeiner (stoff- oder stoffungebundenen) Weise abhängig und gesundheitsschädlich verhalten oder stressbedingte und psychosomatische Symptome zeigen, ohne dass diese gleich als Störungen oder gar als Krankheit zu klassifizieren sind. Sie könnte auch dazu beitragen, einen realistischen Blick auf Gesundheit zu bekommen, der Raum für viele psychische, physische und soziale Teilgesundheiten lässt, ohne Menschen an irgendwelchen Normen zu messen oder sich selbst als distanzierten Beobachter außen vor zu lassen.

Offensichtlich ist Gesundheit im Sinne von vollkommenem körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefinden sehr viel schwerer zu erreichen, als es die bekannte WHO-Definition vermuten lässt. Kaum ein Mensch in unserer Gesellschaft wird über die Dauer von sich sagen können, dass er rundum gesund ist. Wenn Menschen diesen Zustand überhaupt ab und zu erreichen, dann sind die Wege dahin so unterschiedlich wie die Menschen selber. Manchmal – und mit Blick auf die gesamte Gesellschaft wohl eher selten – bringen Menschen unter günstigen Sozialisationsbedingungen sehr gute Voraussetzungen für Gesundheit im Sinne der WHO mit. In diesem Zusammenhang täuscht allerdings ein nur körperliches Verständnis von Ge-

sundheit leicht über die tatsächlichen Verhältnisse hinweg. Legt man nämlich die Zahlen zugrunde, die zum Beginn dieser Arbeit vorgelegt wurden, dann sind vor allem auch – zahlreiche nicht so offensichtliche – Zustände psychischen Leidens sehr verbreitet, die sich nicht unbedingt auch in körperlichen Symptomen ausdrücken oder nur auf vermittelten Wegen und über längere Zeit. Vor diesem Hintergrund wird zumindest die psychische und soziale Gesundheit für viele Menschen häufig erst am Ende von langen und oft schmerzhaften Entwicklungsprozessen zu erreichen sein, eine Sichtweise, die nicht nur durch viele Therapieschulen, sondern auch durch religiöse und spirituelle Lehren nahegelegt wird.

Der Weg zu einem umfassenden Verständnis von Gesundheit ist also immer noch weit, vor allem auch wenn man bedenkt, dass hier Wechselwirkungen mit genetischen und umweltbedingten Faktoren vollständig ausgeklammert wurden. Das, was wir bisher über die psychischen und sozialen Bedingungen von Gesundheit wissen, reicht allerdings, um oberflächliche Risikofaktorenkonzepte (vgl. 1.5.1) gründlich in Frage zu stellen. Wenn man die tieferen Wurzeln von Risikoverhalten versteht und die komplexen emotionalen Bedingungen und Hintergründe von Krankheit und Gesundheit in Rechnung stellt, dann ist offensichtlich, warum es letztlich jedem Menschen überlassen bleiben muss, wieweit er sich solchen in der Regel schmerzhaften Lern- und Entwicklungsprozessen stellen und innere und äußere Hindernisse überwinden will, die ihm möglicherweise auf dem Weg zu mehr Gesundheit und Wohlbefinden im Wege stehen. Gesundheitsförderung kann dafür das Werkzeug zur Verfügung stellen, indem sie über die Zusammenhänge aufklärt und Strategien eines gesundheitsförderlichen Umgangs mit den Emotionen vermittelt. Dass dabei im „System Mensch“ trotz seiner ausgeprägten „Strukturdeterminiertheit“ häufig dennoch mehr Wandel und Veränderung möglich ist, als nach dem hier Gesagten zunächst zu erwarten ist, das wird im folgenden Kapitel 7 noch deutlich werden.

6.4 Fazit und Ausblick

Im ersten Teil des vorliegenden Kapitels (**6.1/6.1.1**) wurden zunächst die Zielvorstellungen der wichtigsten psychotherapeutischen Schulen im Überblick vorgestellt. Fasst man diese nun mit Bezug auf die Bedeutung der Emotionen in der Psychotherapie bzw. für die Gesundheit zusammen, dann sind – sehr verkürzt – vor allem die folgenden Aspekte hervorzuheben. Zunächst einmal ist – wie Rogers dies so anschaulich herausgearbeitet hat – die Nähe einer Person zu ihren emotionalen Erfahrungen und die Verlebendigung und Ausdifferenzierung ihres Gefühlslebens von ganz zentraler Bedeutung, weil nur so eine Orientierung am ständig sich verändernden Fluss der Gefühle und an der daraus resultierenden inneren Bewertungsinstanz des organismischen Erlebens überhaupt möglich wird. Ein solcher Zustand der emotionalen Lebendigkeit und Erlebnisfülle, die Fähigkeit, vielfältige Gefühle – Freude ebenso wie Schmerz – unbeeinträchtigt empfinden zu können, wird dabei wohl nicht nur von humanistischen, sondern gleichermaßen von tiefenpsychologischen und psychoanalytischen Therapeuten als ein wesentliches Merkmal psychischer Gesundheit angesehen.

Dieser ungetrübte Zugang zur organismischen Orientierungsfunktion (vgl. Scherer, 1981, S. 310 f.) und zur damit verbundenen Fülle emotionalen Erlebens kann aber nach allem, was wir aus den vorhergehenden Kapitel über die Verbreitung von Neurosen und Süchten wissen, keineswegs als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Vielmehr muss das, was gerade die natürliche Funktion der Emotionen charakterisiert, nämlich den inneren Orientierungs- und

Verhaltensmaßstab eines Menschen zu bilden, viel häufiger erst entdeckt und in oft krisen- und schmerzhaften Prozessen entwickelt werden. In diesem Zusammenhang kann wohl als ein weiterer gemeinsamer Nenner der betrachteten Therapieansätze auch herausgestellt werden, dass es psychische Gesundheit und die damit verbundene Fülle emotionalen Erlebens nur geben kann, wenn auch die – häufig unbewussten – negativen, unangenehmen Seiten, die ein Mensch gerne verbergen möchte – der Schatten, wie Jung es ausdrückt –, in das Bewusstsein und in die Persönlichkeit integriert werden. Dabei besteht allerdings zwischen den Protagonisten der verschiedenen therapeutischen Schulen Uneinigkeit in der Frage, wie eine solche Integration erfolgen kann. Während beispielsweise Rogers, als ein Vertreter der humanistischen Richtung, in der Grundtendenz eher von einem sich relativ naturwüchsig entfaltenden Entwicklungsprozess ausgeht, durch den ein Mensch zum bewussten Erleben aller in ihm auftauchenden Emotionen gelangt, betonen Psychoanalytiker, wie sehr die Lebendigkeit und Fülle des emotionalen Erlebens unter unbewussten Abwehrmechanismen vergraben sein kann, die dem Schutz vor weiteren Verletzungen dienen. Eine Reihe weiterer Positionen wäre überwiegend zwischen diesen beiden genannten einzuordnen.

Das „klassische“ Wissen über die Abwehrmechanismen wird nun in jüngster Zeit auch durch Befunde aus der Gehirnforschung erhellt und unterstrichen (**vgl. 6.1/6.1.2**). Gehirnforscher wie Hüther oder Roth gehen nämlich davon aus, dass die Bewältigungsstrategien und Gefühlsstrukturen beim Erwachsenen tief im Gehirn verankert sind und eigentlich nur dann noch grundlegend beeinflusst werden können, wenn es zu heftigen, aufrührenden und erschütternden emotionalen Erlebnissen kommt. In diesem Zusammenhang ist es von großer Bedeutung, dass Menschen den Umgang mit Krisen, d.h. mit schmerzhaften Lebenserfahrungen und mit emotionalem Leid, erlernen, damit sie die damit verbundenen Erschütterungen und Destabilisierungen auch als Chance zu psychischem Wachstum und zur Erweiterung ihrer Bewältigungsmöglichkeiten verstehen und nutzen können. In der Sprache der modernen Hirnforschung ausgedrückt: Damit Menschen die umfassenden Möglichkeiten, die ihnen die Plastizität des Gehirns bietet, auch tatsächlich nutzen können, sind Wandlungsfähigkeit und Krisenbewältigungskompetenz notwendig. Diese setzen sich wiederum genau betrachtet aus all den Facetten zusammensetzen, die im Weiteren noch unter dem Stichwort „emotionale Kompetenz“ diskutiert werden.

Das Wissen darüber, wie Emotionen in gesundheitsförderlicher Weise beeinflusst und verändert werden können, stammt im Wesentlichen aus der Psychotherapie- und aus der Bewältigungsforschung (**vgl. 6.2**). Sehr wertvolle Anregungen sind aber auch aus sog. ganzheitlichen Richtungen (Meditations- und Yogaforschung) zu beziehen. Fasst man nun zunächst die Ergebnisse der Bewältigungsforschung (**vgl. 6.2.2**) zusammen, dann ergeben sich erst einmal eher allgemeine Hinweise. Die Bewältigungsforscher gehen zumeist davon aus, dass vor allem solche Formen von Bewältigung günstig sind, bei denen es gelingt, die zugrunde liegenden Probleme aktiv in Angriff zu nehmen bzw. zu lösen oder – wo das nicht möglich ist – die Belastungen möglichst positiv und als Herausforderung zu interpretieren und die negativen Emotionen zu kontrollieren. Demgegenüber gelten passiv resignative, problemvermeidende und eskapistische Strategien, Formen der Selbstabwertung und Selbstbeschuldigung sowie aggressives Ausagieren als wenig hilfreich und effizient, weil unter diesen Umständen erregungssteigernde Belastungsquellen und Konflikte bestehen bleiben und schließlich vermittelt über eine erhöhte physiologische Aktivierung zu einem Risiko für die Gesundheit werden können (vgl. Weber, 1997 a, S. 292). Eine Ausnahme bilden so außerordentliche Belastungssituationen wie beispielsweise der Tod eines nahen Angehörigen, in denen vermeidende Strategien kurzzeitig hilf-

reich sein können, weil sie den Betroffenen vor einem Zusammenbruch bewahren. Insgesamt aber gilt die Fähigkeit zum Ausdruck auch schwieriger Gefühle als gesundheitsförderlich nicht nur aus physiologischen Gründen, sondern auch, weil sie zum Aufbau vertrauensvoller sozialer Beziehungen beiträgt und damit zum sozialen Rückhalt, der seinerseits eine wichtige Gesundheitsressource darstellt (vgl. Kaluza, 1996, S. 51).

Schließlich ist im Einklang mit der hier vertretenen emotionszentrierten Perspektive auch zu betonen, dass es sich bei jeder Form der Bewältigung letztlich um Emotionsbewältigung handelt, so dass prinzipiell alle Komponenten, die nach gängigen Theorien Bestandteil einer Emotion sind, Gegenstand von Bewältigung sein können: die physiologischen Reaktionen, die kognitive Einschätzung einer Situation, die subjektiven Gefühle und schließlich die Handlungsimpulse bzw. Verhaltenstendenzen (vgl. Weber, 1997 a, S. 285; vgl. a. vorne Kap. 2.1). Vor diesem Hintergrund ist es nicht nur als gesundheitsförderlich anzusehen, wenn Menschen über flexibles Bewältigungsverhalten und eine große Anzahl von Bewältigungsalternativen verfügen. Diese allgemeine Aussage der Copingforschung ist vielmehr zu ergänzen. Entgegen all den Ansätzen in der Bewältigungsforschung, die zur Bevorzugung von problemlösungsorientiertem Coping neigen, sind gerade auch die umfassende Wahrnehmung der Emotionen und die Fähigkeit zur konstruktiven Regulation **all ihrer Komponenten** als entscheidende Variablen für erfolgreiches Coping anzusehen. Diese von Seiten der Bewältigungsforschung vorgelegten Resultate und Überlegungen können nun mithilfe des aus der Psychotherapie und aus alternativen Forschungsrichtungen (der Meditationsforschung und nicht zuletzt auch der Hirnforschung) stammenden Wissens über die emotionsbeeinflussenden Strategien ergänzt und differenziert werden (vgl. 6.2.1). Dabei werden diese „Wirk-„ bzw. „Änderungsmechanismen“ (Kruse, 1985, S. 136), deren Erarbeitung ein Hauptanliegen des vorliegenden Kapitels war, hier in der Zusammenfassung nun aus dem Gliederungszusammenhang des Kapitels herausgelöst. Stattdessen erfolgt nun eine Zuordnung der verschiedenen Änderungsstrategien zu den einzelnen Emotionskomponenten. Auch wenn eine solche Zuordnung nicht in jedem Fall ganz eindeutig möglich ist, so erscheint dieses Vorgehen aus Gründen der Übersichtlichkeit und mit dem Blick auf das in Kapitel 7 zu entwickelnde Modell doch hilfreich. Darüber hinaus ist zu bemerken, dass der Fokus nun direkt auf die für das zu entwickelnde Gesundheitsförderungskonzept relevanten Aspekte gerichtet wird und psychotherapeutische Gesichtspunkte dabei vernachlässigt werden.

Mit Blick auf die **physiologische Komponente** sind zunächst die verschiedenen Entspannungsmethoden zu nennen. Diese werden einerseits „zu den ältesten Psychotherapieformen überhaupt“ (Wilke, 2000 a, S. 270) gerechnet und sind andererseits aufgrund ihrer großen Bedeutung für die Selbstregulation (vg. 7.1.2) als unabdingbare Grundlage jeder Form von Gesundheitsförderung zu betrachten. Im Kontext dieser Arbeit wurden die Progressive Muskelentspannung und die Meditation berücksichtigt, weil diese die Hauptbestandteile der Gesundheitsförderungs- und Stressbewältigungsprogramme bilden, die im 7. Kapitel noch eingehend besprochen und in Bezug auf ihre Eignung zur Vermittlung emotionaler Kompetenz geprüft werden. Zu beiden Verfahren liegen vielfältige Wirkungsnachweise auch in Bezug auf verschiedene klinische Störungen und Krankheitsbilder vor. Dabei wurde allerdings deutlich, dass die Meditation weit mehr als nur physiologische Effekte hervorbringt: Sie kann auch eine Reihe psychologischer Veränderungen für sich reklamieren, die in einigen Aspekten durchaus mit den weiter vorne formulierten Zielen der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen zu vergleichen sind. Auch wenn in der Meditationsforschung dabei die Frage nach einer gesundheitsför-

derlichen Beeinflussung von Emotionen bisher kaum direkt fokussiert wurde, ergaben sich doch einige aufschlussreiche Hinweise, die auf eine mögliche „emotionale Breitbandwirkung“ schließen lassen. So soll Meditation beispielsweise sowohl zur Öffnung gegenüber den eigenen Gefühlen und zur Selbstaktualisierung beitragen als auch zu einem flexibleren Umgang mit dysfunktionalen Denkmustern, Aspekten also, die nicht nur die physiologische, sondern auch die subjektive und die kognitive Komponente betreffen, die in den folgenden Abschnitten im Vordergrund stehen.

Im Zusammenhang mit der physiologischen Komponente sind unbedingt auch Bewegungsaspekte zu berücksichtigen. Zahlreiche Arbeiten zeigen, dass sich Bewegung sowohl kurz- als auch langfristig auf das subjektive Wohlbefinden auswirkt und auch in Bezug auf die gesundheitsförderliche Beeinflussung von Angst und vor allem von Depression sehr hilfreich ist. Außerdem wurde unter den Bewegungsaspekt auch das Yoga eingeordnet, das damit allerdings auf seine vielfältigen gesundheitsförderlichen und therapeutischen Effekte reduziert wurde. Genau genommen stellt das Yoga (wie die Meditation) ein umfassendes philosophisches System und einen Körper, Geist und Seele einbeziehenden Weg der Selbstschulung dar, so dass alles, was oben über die Meditation gesagt wurde, wohl auch auf das Yoga zutrifft, sofern dies mit einer entsprechenden Zielsetzung praktiziert wird.

Im Hinblick auf *die subjektive Komponente* ist zunächst das Identifizieren und Benennen von Gefühlen von grundlegender Bedeutung, ein Prozess, bei dem ein Individuum erst einmal überhaupt Zugang zu seinen Emotionen findet, lernt, auf diese „zu hören“ und sich an dieser tief im Körper verankerten Bewertungsinstanz zu orientieren. Wie Rogers es ausgedrückt hat, geht es dabei darum, von einem Stadium, in dem Gefühle unerkannt, uneingestanden und unausgedrückt bleiben, allmählich zu einem Erleben zu gelangen, in dem sich ständig verändernde Gefühle augenblicklich, bewusst und offen erfahren und genau geäußert werden können. Da sich – wie oben bereits angesprochen – dieser Prozess allerdings kaum immer harmonisch und selbstverständlich entwickelt, weil Gefühle häufig unter Schutzmechanismen verborgen sind, dürfte es für die Gesundheitsförderung ein realistisches Interventionsziel darstellen, dass Menschen zumindest ansatzweise lernen, eigene Gefühlszustände wahrzunehmen, zu beschreiben und in einer Gefühlssprache auszudrücken, und dass sie in diesem Zusammenhang eine Bereitschaft entwickeln, auch diffusen, unklaren Stimmungen, Gefühlen der Leere und der Langeweile so lange Aufmerksamkeit entgegenzubringen und diese auszuhalten, bis die darunter verborgenen Wünsche, Sehnsüchte und Anliegen wahrnehmbar werden (vgl. Keen, 1993).

Ein weiterer in diesen Zusammenhang einzuordnender Aspekt ist die Katharsis, ein Wirkmechanismus, dessen Aktivierung oder gar Provokation sich in der Gesundheitsförderung natürlich verbietet. Allerdings können die Möglichkeiten der Psychoedukation genutzt werden, um Menschen beispielsweise Möglichkeiten des Umgangs mit Angst zu vermitteln und so die Selbstwirksamkeit der Betroffenen zu erhöhen. Weiter dürfte es im Kontext des Themas „Katharsis“ auch eine für die Gesundheitsförderung relevante Aufgabe darstellen, zur Enttabuisierung des Weins und anderer Äußerungen von Kummer und Leid beizutragen. Schließlich geht es nach allem hier Gesagten ganz zentral auch darum, Krisenbewältigungsfähigkeiten zu vermitteln und Menschen zu lehren, wie sie so mit dem Leidvollen und Schmerzhafte in ihrem Leben umgehen können, dass Krisen zu Chancen werden.

Mit Blick auf die **kognitive Komponente**, die nach dem vor allem in Kap. 2 dargelegten Wissen der Hirnforscher äußerst eng mit dem affektiven Erleben verbunden und kaum von diesem zu trennen ist, geht es vorrangig um Klärung bzw. im hier relevanten Kontext um Selbstklärung, d.h. darum, dass sich ein Individuum allmählich ein zutreffendes Bewusstsein seiner selbst erarbeitet. Für die Gesundheitsförderung bedeutet dies vor allem, den Beteiligten entsprechende methodische und inhaltliche Anregungen, Klärungs- und Verständnishilfen zu geben, die sie bei der Verbesserung ihrer emotionalen Selbstwahrnehmung sowie bei der Erkundung ihres Gefühlslebens und seiner Beweggründe unterstützen. In diesem Zusammenhang geht es – in Übereinstimmung mit einem Vorschlag des Gehirnforschers Hüther – auch wesentlich um die Entwicklung von Achtsamkeit, ein Aspekt, dessen übergreifende gesundheitsförderliche Bedeutung im abschließenden Kapitel noch deutlich werden wird.

Darüber hinaus sind in diese Kategorie der „kognitiven Komponente“ aber auch all die Vorschläge einzuordnen, die für eine Veränderung dysfunktionaler Denkmuster hilfreich sind. Für die pädagogische Nutzung dieses Wirkungswegs, bei dem es darum geht, die heilsamen Effekte der Gedanken auf die Emotionen für die Gesundheitsförderung anzuwenden, stehen vielfältige Methoden zur Verfügung, angefangen vom vereinfachten ABC-Schema aus der kognitiven Therapie bis hin zu Phantasie Reisen oder Praktiken, die im Rahmen des neurolinguistischen Programmierens entwickelt wurden. Schließlich möchte ich auch die – vor allem aus dem verhaltenstherapeutischen Kontext stammenden – Anregungen zur Entwicklung von Genuss und zur Berücksichtigung euthymer Strategien an dieser Stelle einordnen, weil es dabei ausdrücklich um „Betonen des Positiven im Erleben und Handeln“ geht (Lutz, 1983 b).

Schließlich sind noch die Wirkprinzipien zu betrachten, die auf die vierte Komponente einer Emotion zielen, auf die **Verhaltenstendenzen oder Handlungsimpulse**. Hierher gehören vor allem Strategien zur Erweiterung von Problembewältigungsfähigkeiten und zur Vermittlung von Verhaltensalternativen, die es Menschen ermöglichen, die Informationen und Impulse, die sie durch ihre Emotionen erhalten, auch in Handeln umzusetzen. Mit Blick auf die Gesundheitsförderung sind dabei zunächst solche Strategien gefragt, die dem Aufbau bzw. Ausbau der kommunikativen und sozialen Kompetenzen dienen, weil eine Beeinträchtigung in diesem Bereich sich als besonders nachteilig für die Gesundheit erwiesen hat. Darüber hinaus geht es in dieser Kategorie aber auch um Kompetenzförderung insgesamt. Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserleben ist – gleichgültig ob im privaten oder im beruflichen Zusammenhang – von so außerordentlicher Bedeutung für das emotionale Erleben, insbesondere für das Selbstwerterleben, dass hier nicht nur Bemühungen des Individuums, sondern vor allem auch gesellschaftliche Fördermaßnahmen gefragt sind. Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse zum komplexen Bedingungsgefüge von Burnout (vgl. 5.2.4) oder zu den Auswirkungen niedriger beruflicher Statuskontrolle (vgl. 3.1.1) sollte es in der Gesundheitsförderung ein explizites Anliegen sein, in den unterschiedlichen Settings die Umweltbedingungen so zu gestalten, dass den Menschen Kompetenzerwerb und Kompetenzerleben (einschließlich der damit verbundenen Selbstwertgefühle) auch tatsächlich möglich werden.

Schließlich sind in diesem Zusammenhang auch solche Anregungen aus der Selbstmanagementtherapie zu berücksichtigen, die in einem allgemeineren Sinne auf eine Verbesserung der selbstregulativen Fähigkeiten abzielen. Hier sind zum Beispiel Elemente wie das Führen eines Tagebuchs, sogenannte Selbstaufzeichnungen oder verschiedene Formen von Hausaufgaben zu erwähnen. Solche Übungen können zusammen mit verschiedenen kompetenzfördernden Strategien die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung verbessern

und sind nicht nur für die Therapie, sondern auch für die Gesundheitsförderung als günstige Begleitfaktoren anzusehen, weil auch sie zum Aufbau von Selbstwirksamkeit und Kompetenzerwartung beitragen.

Für die Gesundheitsförderung sicher nicht irrelevant sind schließlich auch verschiedene *unspezifische Wirkfaktoren* wie die sogenannten Therapeutenvariablen (Echtheit, Kongruenz und Empathie) oder die Unterstützungsfaktoren, die ein Gruppensetting unterhält. Solche Faktoren sind nicht nur in der Psychotherapie unabdingbar, sondern auch im psychoedukativen Kontext der Gesundheitsförderung, wenn es darum geht, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen lebendiges Lernen möglich ist. Daher werden diese Aspekte später noch einmal aufgegriffen.

Im letzten Teil des Kapitels (6.3) wurden abschließend noch mögliche Zusammenhänge zwischen psychischer und physischer Gesundheit betrachtet. Dafür wurden in erster Linie Befunde berücksichtigt, die Becker u.a. im Zusammenhang mit der Testung des im Eingangskapitel bereits dargestellten Anforderungs-Ressourcen-Modells (vgl. Kap. 1.5.3) erbracht haben. Das Resümee der beteiligten Forscher lautete, dass „sich die körperliche Gesundheit (nicht zuletzt) durch eine Förderung der *seelischen Gesundheit* positiv beeinflussen (läßt)“ (Becker u.a., S. 45). Darüber hinaus machte aber auch ein Blick auf Beiträge der empirischen Persönlichkeitsforschung noch einmal deutlich, dass positive Emotionalität und psychisches Wohlbefinden keinen verzichtbaren Luxus, sondern zentrale Bedingungen von Gesundheit darstellen.

Alles in allem haben sich aus diesem Abstecher in die Psychotherapie- und Bewältigungsfor- schung zahlreiche Anhaltspunkte für eine emotionszentrierte Konzeption von Gesundheits- förderung ergeben. Wie schon in den vorangegangenen Kapiteln wurde aber auch wieder deut- lich, dass der Weg zur Gesundheit im Sinne vollkommenen körperlichen, psychischen und so- zialen Wohlbefindens sehr viel schwerer zu erreichen ist, als es die bekannte WHO-Defini- tion vermuten lässt. Vor diesem Hintergrund kann Gesundheitsförderung zwar vorhandene Res- sourcen stärken und neue Möglichkeiten eröffnen. Wenn man aber die komplexen auch emoti- onalen Bedingungen und Hintergründe von Gesundheit und Krankheit in Rechnung stellt, dann verbietet sich jede Art von normativem Gesundheitsverständnis und von vordergründiger psy- chosomatischer oder psychischer Etikettierung. Letztlich muss es jedem Menschen überlassen bleiben, wieweit er sich den häufig schmerzhaften Lern- und Entwicklungsprozessen stellen und innere und äußere Hindernisse überwinden will, die ihm möglicherweise auf dem Weg zu mehr Gesundheit und Wohlbefinden im Wege stehen. Wie Gesundheitsförderung ihn dabei unterstützen kann, das wird Gegenstand des nun folgenden Kapitels sein.

7 Gesundheitsförderung durch Förderung emotionaler Kompetenz

In diesem Kapitel geht es nun darum, das bis hierher Erarbeitete in eine Konzeption für die Gesundheitsförderung zu überführen. Dafür werden die zentralen Aussagen der Arbeit zunächst zusammengefasst und modellhaft dargestellt (7.1.1). Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden dabei sicherlich Details vernachlässigt werden müssen. Zugleich wird aber durch die – mit der Modellbildung¹³⁴ zwangsläufig verbundene – Konzentration auf das Wesentliche sehr klar ersichtlich, was es für die Gesundheitsförderung bedeutet, wenn sie ihre Konzepte emotionstheoretisch fundieren will. Überlegungen zum Ziel der Gesundheitsförderung (vgl. Kap. 7.1.2) sollen diesen Teil ergänzen und einen übergeordneten Rahmen für den die Gesundheitsförderung betreffenden Teil des Modells bereitstellen. Im Weiteren (7.2) werden dann die durch die Zusammenfassung und Modellbildung gewonnenen Kernaussagen als Kriterien für eine Prüfung der bereits existierenden Stressbewältigungs- und Gesundheitsförderungsprogramme genutzt und im Teil 7.3 schließlich die Schlussfolgerungen aus dem bis dahin Erarbeiteten gezogen.

7.1 Zusammenfassung der Ausgangssituation und Zielbestimmung

7.1.1 Zusammenfassung der Ausgangssituation in einem Modell

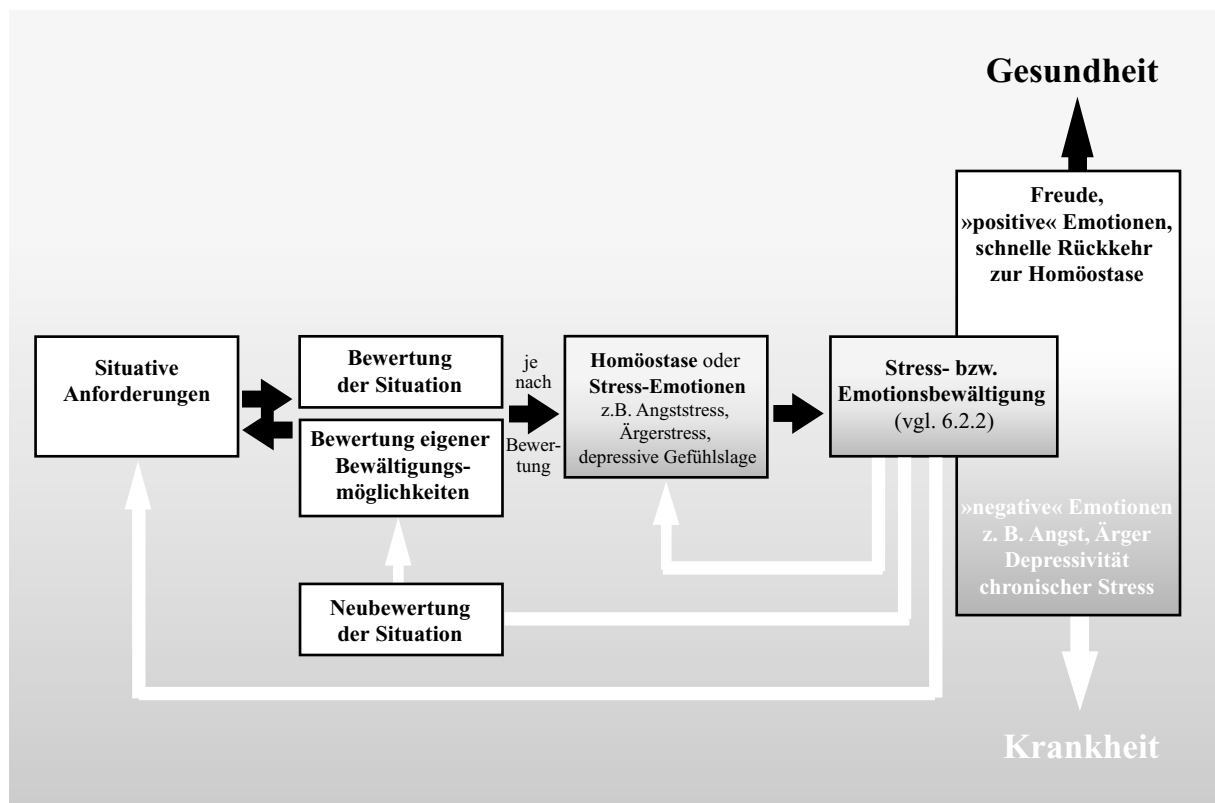
Wenn wir an dieser Stelle noch einmal auf das in Kap. 1 formulierte Anliegen dieser Arbeit zurückblicken, dann ging es zunächst darum, ein Gesundheitsförderungskonzept für Menschen mit psychogenen und somatopsychischen Erkrankungen zu entwickeln. In Anbetracht einer fehlenden Theorie von Gesundheit war dafür umfangreiche Grundlagenarbeit notwendig. Es galt, die zahlreichen, aber verstreuten Forschungsergebnisse und Befunde zu den Einflussfaktoren, d.h. zu den Risiken und Ressourcen von Gesundheit, mithilfe einer Fokussierung auf die Emotionen zunächst so zu bündeln, dass es möglich wurde, die Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychischen und somatischen Prozessen zu rekonstruieren und aus dieser Zusammenschau Anhaltspunkte für die Gesundheitsförderung abzuleiten. Tatsächlich hat sich

¹³⁴ Der Modellbegriff wird hier nicht im Sinne einer besonders strengen Variante von Theorie benutzt, wie sie z.B. Diekmann (1998, S. 122 f.) beschreibt. Vielmehr geht es in Anlehnung an eine Funktionsbestimmung, die Jank u. Meyer (2002, S. 35) für didaktische Modelle vorgelegt haben, u.a. um Strukturierung eines komplexen Gegenstandes, um „Herstellung von Übersicht und Ordnung“ über ein theoretisches Gebäude und um die „Verringerung von Komplexität“ der bearbeiteten Fragestellungen auf die im jeweiligen Zusammenhang bedeutsamen Merkmale und Strukturen, ohne die dadurch entstandenen Blickverkürzungen aus dem Auge zu verlieren. Im Rahmen des hier vorgestellten Modells betreffen solche Blickverkürzungen u.a. die gesellschaftlichen Bedingungen, die das Anforderungs-Bewältigungsgeschehen beeinflussen. Diese sind zwar sowohl in den situativen Anforderungen wie auch in der emotionalen Geschichte mitgedacht und repräsentiert, werden aber dennoch im Text deutlicher als hier in der modellhaften Darstellung. Gar nicht berücksichtigt sind auch genetische Faktoren bzw. biologische Prädispositionen, von denen anzunehmen ist, dass sie „durch zusätzliche psychosoziale Faktoren verstärkt werden können (also manifestationsfördernd, pathogen und verlaufsbeeinträchtigend wirken) oder abgeschwächt werden können (also protektiv, salutogen und verlaufsbegünstigend wirken)“ (Wirsching, 1991, S. 174; vgl. zu den Wirkungen von zwischenmenschlichen Beziehungen und Lebensstil auf die biologischen Strukturen und die Aktivität der Gene auch Bauer, 2002). Im Modell nicht berücksichtigt sind schließlich auch solche Rückkoppelungen, die sich möglicherweise aus einem veränderten Bewältigungsverhalten auf die Persönlichkeit ergeben, sowie daraus resultierende Konsequenzen.

aus der emotionszentrierten Perspektive nun eine recht sinnvoll erscheinende Verknüpfung der zahlreichen einzelwissenschaftlichen Befunde ergeben. Auch wenn die wissenschaftliche Diskussion über die Emotionen sicherlich noch nicht als abgeschlossen betrachtet werden kann, sind die Erkenntnisse doch soweit gediehen, dass für die Gesundheitsförderung bereits eine Reihe von Schlussfolgerungen zulässig erscheint.

Vor diesem Hintergrund werden nun die wichtigsten Argumentationslinien und Befunde der Arbeit in einem Modell zusammengefasst, das – weitestgehend an der Reihenfolge der Kapitel orientiert – in mehreren Schritten entwickelt werden soll. Dafür werden die zentralen Aussagen jedes Kapitels, mit dem Blick auf die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit (vgl. 1.4.), in jeweils einer eigenen Abbildung zusammengefasst. Diese Abbildung bleibt dann als Baustein in allen weiteren Phasen der Modellentwicklung erhalten, tritt dort aber nur noch in reduzierter Form auf, damit die für das jeweilige Kapitel relevanten Aspekte in den Vordergrund treten können. (Zum Beispiel wird das transaktionale Stress-Coping-Modell nur einmal im Zusammenhang mit der Darstellung des Kapitels 2 im Detail dargestellt und im Weiteren dann nur noch stark schematisiert abgebildet). In dieser Weise werden zuerst Kapitel 2 bis 5 (Kap. 6.2 zunächst noch ohne Abb.) zusammengefasst. Diese bilden später – nachdem auch die übergeordnete Zielsetzung diskutiert ist – die Ausgangssituation für die eigentliche Konzeption von Gesundheitsförderung, aus der hervorgehen soll, wie diese Ziele erreichen werden sollen. Die übrigen Teile des 6. Kapitels fließen überall ein, wo relevante Bezüge und Verbindungen gegeben sind.

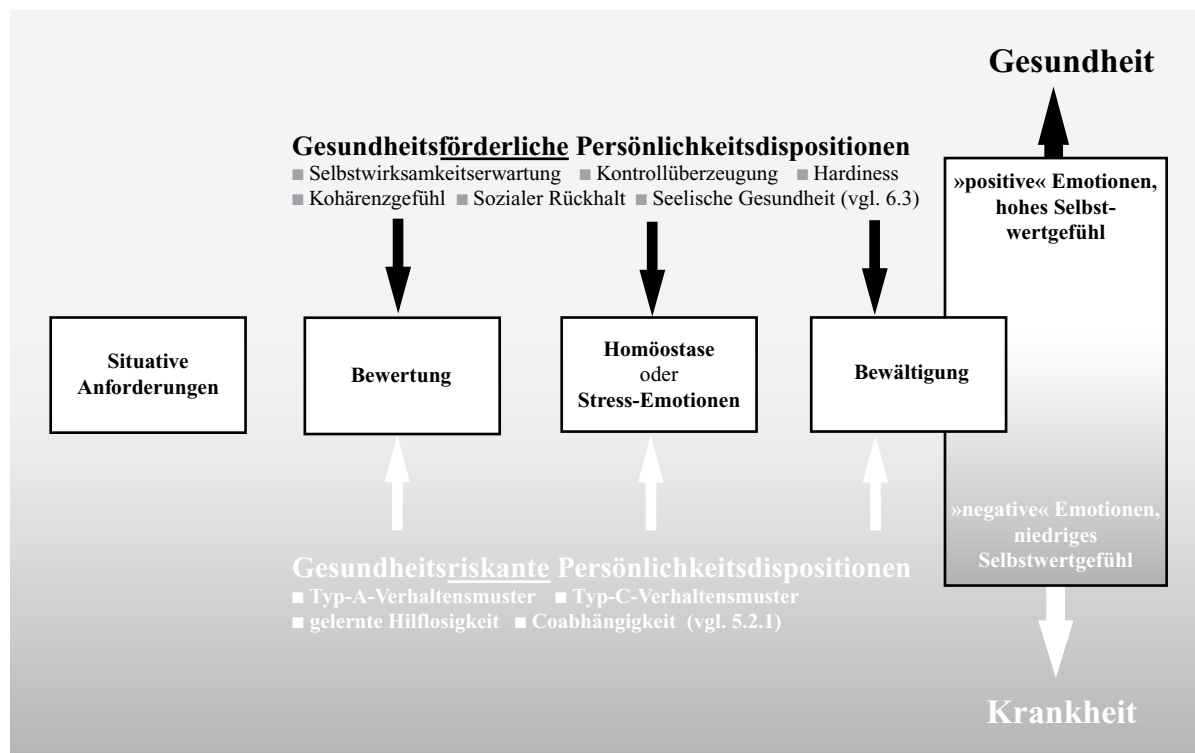
Abb. I/1: Das transaktionale Stress-Coping-Modell nach Lazarus, emotionstheoretisch fundiert und ergänzt um das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum nach Antonovsky



In Kap. 2 wurde eine Vielzahl von Theorien, Modellen und Einzelbefunden vorgelegt, die sehr deutlich gezeigt haben, welche eine zentrale Mittlerfunktion die Emotionen in der Auseinandersetzung zwischen Person und Umwelt, Körper und Psyche innehaben. Dabei hat sich im Vergleich der Emotionstheorien die Integrationsfähigkeit des transaktionalen Stress-Coping-Modells von Lazarus als sehr günstig erwiesen. Dieses Modell ermöglicht es nicht nur, Person-Umwelt-Faktoren gleichermaßen zu berücksichtigen und in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit in der Waage zu halten. Vor dem Hintergrund der zunehmend auch neurowissenschaftlich und psychoimmunoendokrinologisch fundierten Emotionsforschung kann nun auch eine Präzisierung des Stressbegriffs in Abhängigkeit von der jeweils zugrunde liegenden Emotion und deren Intensität und Dauer erfolgen. Im Modell wird Stress daher als Stress-Emotion bezeichnet und als „Emotionsstörung“ (Scherer, 1990, S. 22) bzw. „als übernormal lange andauernde und überintensive Emotion“ (ebd.) verstanden, wobei davon ausgegangen wird, dass diese Reaktion (im Sinne der in 2.1 vorgelegten Arbeitsdefinition von Emotion) eine neurophysiologische, eine kognitive, eine subjektive und eine Ausdrucksreaktion bzw. verhaltensbezogene Komponente umfasst. Berücksichtigt wird im Modell auch die Bewältigung, das Coping, ein Aspekt, welcher an späterer Stelle noch näher beleuchtet wird. Überlegungen des Kapitels 6.2.2 vorwegnehmend, wird dabei allerdings die Stressbewältigung hier schon als Emotionsbewältigung verstanden.

Darüber hinaus wird hier bereits als eine zweite Ebene das – auch durch Graustufen gekennzeichnete – Gesundheits-Krankheits-Kontinuum einbezogen und so ein Vorschlag aufgenommen, der in Kap. 3.3 begründet wurde. Dadurch soll deutlich werden, dass es nicht alleine darum geht, zu verstehen, wie es aufgrund von chronischen Stress-Emotionen zu den verschiedensten sogenannten „psychosomatischen“ Reaktionen und zu Krankheit kommen kann (vgl. 2.5.1.1). Vor dem Hintergrund des zuvor (vgl. Kap. 1.5.2) bereits dargestellten salutogenetischen Modells erweist es sich als unumgänglich, auch das Wissen über die positiven Emotionen und deren gesundheitsbezogene Wirkungen zu integrieren. Zum pathogenen Pol werden daher – bereits an dieser Stelle – die potentiell gesundheitsschädigenden Emotionen Angst, Ärger und die depressive Stimmungslage zugeordnet, zum salutogenen Pol solche nicht nur der psychischen, sondern wahrscheinlich auch der somatischen Gesundheit förderlichen „positiven“ Emotionen wie beispielsweise die Freude (vgl. zu den Führungszeichen die Fußnote 38). Diese Zuordnung, die deutlich macht, dass die Emotionen nicht nur Mittler im Wechselwirkungsverhältnis zwischen Mensch und Umwelt sind, sondern auch Indikatoren von Gesundheit und Krankheit, beruht zwar nur zu einem geringen Teil auf den Ergebnissen des Kapitels 2 (vgl. 2.5.4), wurde aber im Verlaufe der Arbeit zunehmend offensichtlich (vgl. z.B. Kap. 6.3). Darüber hinaus wird als Gegensatz zur Stressreaktion auch der Zustand der Homöostase, des Regulationsgleichgewichts berücksichtigt, ein Begriff, der in 7.1.2 noch erläutert wird. Die in diesem Zusammenhang vorgenommene Nuancierung der Grautöne soll deutlich machen, dass es zwischen sehr guter Selbstregulation (auch ein Begriff, der in 7.1.2 noch erläutert wird) und chronischem Stress verschiedene Abstufungen gibt. Schließlich ist noch darauf hinzuweisen, dass hier im Modell keine Differenzierung zwischen psychischer und körperlicher Gesundheit vorgenommen wird, weil sich im Verlauf der Argumentation und vor dem Hintergrund der in dieser Arbeit eingenommenen emotionsfokussierten Perspektive gezeigt hat, wie eng körperliche, psychische und soziale Bedingungen von Gesundheit bzw. von Krankheit zusammenhängen.

Abb. I/2: Der Einfluss der Persönlichkeitsdispositionen auf das Ausgangsmodell

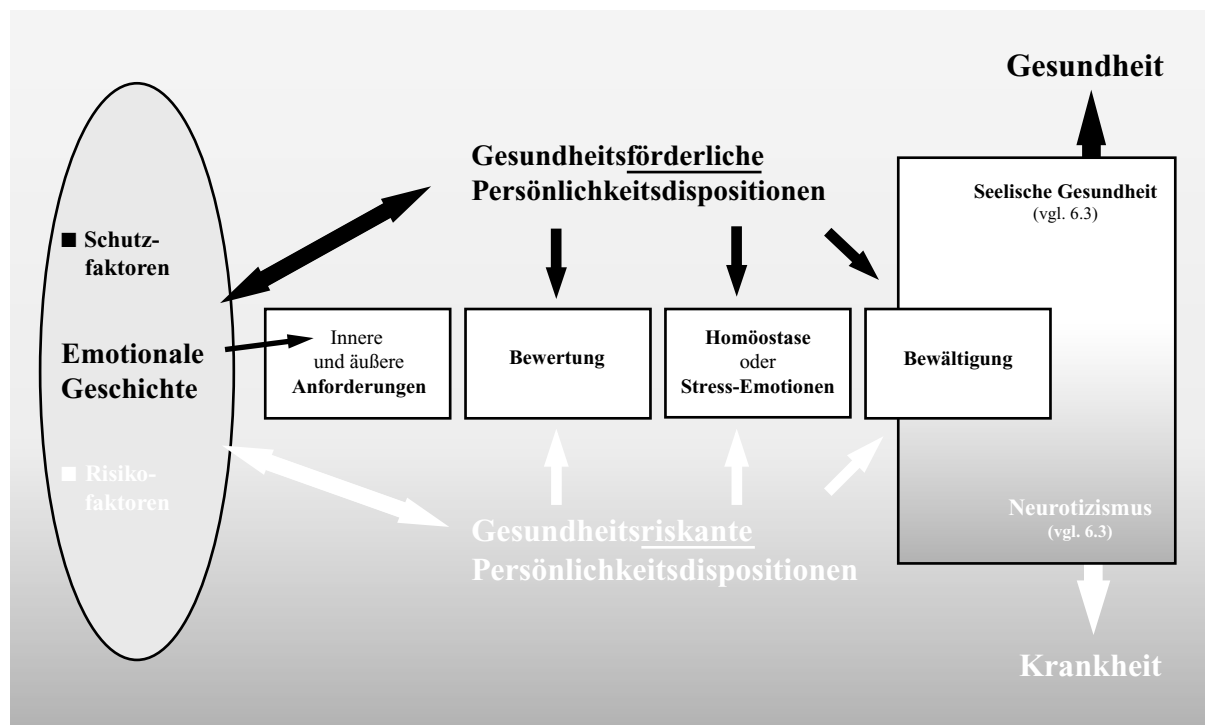


Vor dem Hintergrund des Kapitels 3 wird die Darstellung des nun mit dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum kombinierten transaktionalen Stress-Coping-Modells um die zahlreichen relativ stabilen und situationsübergreifenden Persönlichkeitsdispositionen erweitert, die in der Gesundheitsforschung als Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren für die Entstehung von Krankheit auf der einen Seite und als Schutzfaktoren bzw. als Ressourcen von Gesundheit auf der anderen Seite diskutiert werden. Dabei wurde deutlich, dass so viele Überschneidungen zwischen diesen relativ überdauernden Bewertungs- und Bewältigungsstilen existieren, dass es sinnvoll erscheint, die der Gesundheit abträglichen Faktoren auf der Krankheitsseite des Kontinuums und die gesundheitsförderlichen Faktoren auf der gegenüberliegenden Seite zusammenzufassen.

So finden sich auf der Krankheitsseite des Kontinuums nun das „Typ-A“ und das „Typ-C“-Verhaltensmuster vereint, nachdem sich im Verlauf der Analyse herausgestellt hatte, dass zwischen diesen vordergründig so unterschiedlich erscheinenden Bewältigungsmustern auf einer tieferliegenden Ebene auch Gemeinsamkeiten bestehen (vgl. 3.1.1 u. 5.2.5). Es hatte sich gezeigt, dass auch für den Typ A nicht nur Ärger und Feindseligkeit eine Rolle spielen, sondern auch Angst und Depression (vgl. 3.1.1), und dass ein hyperaktives Muster angespannter Kontrollbestrebungen auch dazu dienen kann, depressive Gefühlslagen, Hilflosigkeit und Gefühle des eigenen Ungenügens und der eigenen Minderwertigkeit abzuwehren (vgl. dazu 5.2.5). Auf der gegenüberliegenden Gesundheitsseite sind all die Persönlichkeitsdispositionen und Bewältigungsstile zusammengefasst, die mit einem Gefühl von Kompetenz und Selbstwirksamkeit sowie mit der Überzeugung einhergehen, sich selbst oder die Umwelt in positiver Weise beeinflussen zu können. Neben diesem „Herzstück“, das sich in allen diskutierten Fällen nachwei-

sen lässt, sind noch weitere Gemeinsamkeiten zu vermuten, die aber aus den in Kap. 3.3 genannten Gründen nicht weiterverfolgt wurden. Auf der Gesundheitsseite wird auch der soziale Rückhalt „als stabiles, generalisiertes Gefühl der Akzeptanz durch andere“ (Leppin u. Schwarzer, S. 350) berücksichtigt. Da die Ausprägung dieses Faktors in hohem Maße mit den sozialen Fertigkeiten und Kompetenzen eines Menschen verknüpft ist, sollten diesbezügliche Schlussfolgerungen in der Gesundheitsförderung unbedingt Berücksichtigung finden. Schließlich wird auf dieser Seite des Kontinuums auch noch der Schutzfaktor „seelische Gesundheit“ eingeordnet (vgl. 6.3), ein Faktor, der zwar Beziehungen zu verschiedenen andere Persönlichkeitsvariablen aufweist, diesen aber noch übergeordnet ist (vgl. Becker, 1992 b, S. 68 ff.). Auch wird innerhalb des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums nun das Selbstwertgefühl eingefügt, weil es im Zusammenhang mit der Diskussion der Persönlichkeitsvariablen, zusätzlich zu den bereits in Kap. 2 relevanten Emotionen, deutlich in Erscheinung getreten ist und, wie sich später noch zeigen wird, „ein sehr vielversprechender Indikator für seelische Gesundheit zu sein (scheint)“ (Becker u. Minsel, S. 15).

Abb. I/3: Die Geschichte der emotionalen Entwicklung als Hintergrund des aktuellen (Stress-)Erlebens



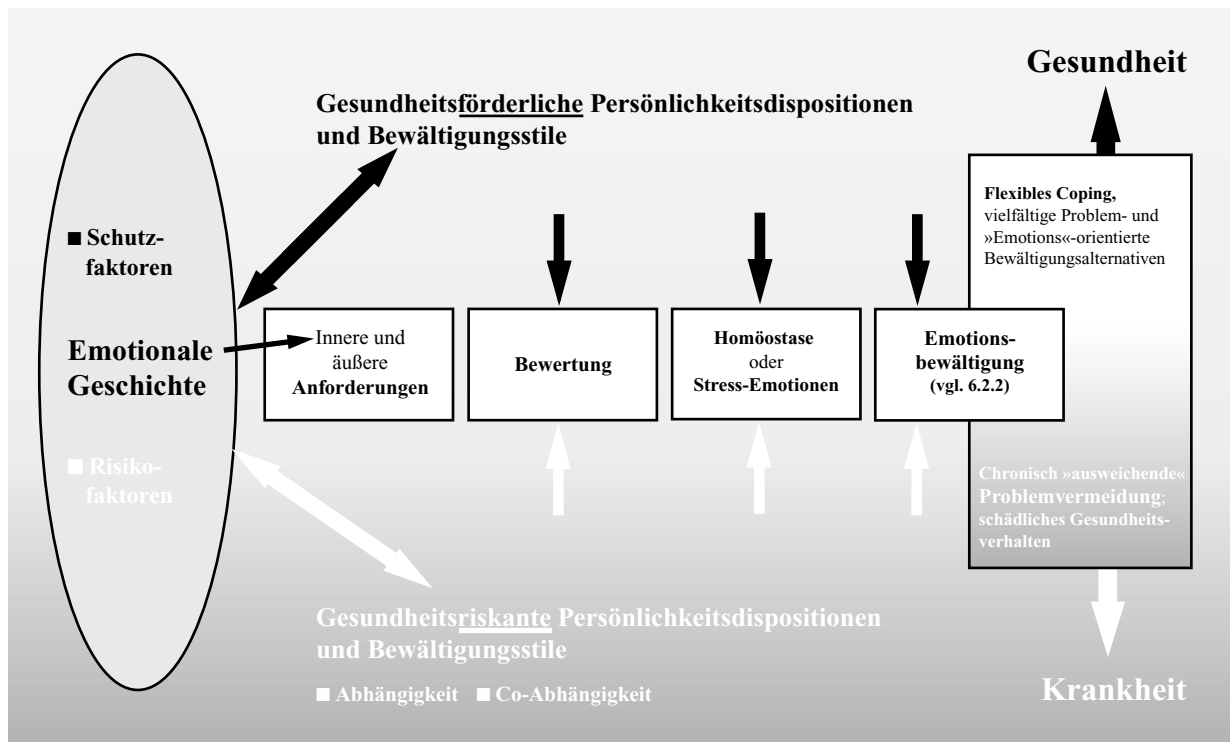
In Kap. 4 wurde nach einer Antwort auf die Frage gesucht, wie solche situationsübergreifenden Persönlichkeitsdispositionen entstehen, die nach dem Stand der neurowissenschaftlichen Forschung den Bewertungs- und Bewältigungsstil eines Menschen in einer Weise beeinflussen, dass es zu chronischen, die seelische und unter Umständen auch die körperliche Gesundheit beeinträchtigenden emotionalen Reaktionen und emotionalem Erleben kommt. Dabei wurde offensichtlich, dass es notwendig ist, die Disposition eines Individuums zum chronischen Erleben spezifischer Emotionen auch vor dem Hintergrund der Entwicklungsgeschichte dieser

Emotionen (analysiert wurden hier: Angst, Ärger, Kummer, Selbstwert, Freude) zu verstehen. Für die Modellentwicklung hat dies zur Folge, dass neben „aktuellem Stress“ auch historische Stresszustände verschiedenster Art (Traumata, Defizite etc.) zu beachten sind, die die emotionale Entwicklung eines Menschen beeinflussen und unter bestimmten Bedingungen so beeinträchtigen können, dass es zu dauerhaften Folgen für die emotionale Organisation der Persönlichkeit und damit einhergehend zu chronifiziertem neurotischem Erleben kommen kann. Vor diesem Hintergrund müsste der Neurotizismus eigentlich den anderen gesundheitsriskanten Persönlichkeitsfaktoren an die Seite gestellt werden. Weil dieser Faktor aber nicht explizit dargestellt wurde, wird er hier nur in seiner Bedeutung als Zustand emotionaler Instabilität, d.h. als Indikator für psychische und häufig auch körperliche Krankheit eingefügt (vgl. 6.3) und dem Pol „seelische Gesundheit“ gegenübergestellt.

Darüber hinaus muss die emotionale Geschichte aber auch noch aus einem anderen Grund berücksichtigt werden. Die aus ihr resultierenden Erinnerungen, Normen und Konflikte beanspruchen das Individuum auch in Form bewusster oder unbewusster innerer Anforderungen, die daher ebenso wie Anforderungen der äußeren Situation in das Modell einfließen sollten. In diesem Zusammenhang ist vor dem Hintergrund neurowissenschaftlicher Erkenntnisse hervorzuheben, dass diese häufig nur schwer und kaum alleine durch willentliche Anstrengungen zu beeinflussen sind. Zugleich ist aber auch zu betonen, dass die Wege von belastenden Lebensereignissen zu späteren Symptombildern nicht monokausal sind, dass neben den Risikofaktoren auch Schutzfaktoren zu berücksichtigen sind und dass schließlich der gesamte Lebenslauf einzubeziehen ist. Auch wenn frühe emotionale Erlebnisse die Persönlichkeit sehr stark prägen, können prinzipiell auch spätere Entwicklungen – wie Kompetenzerleben, Erfolge in der Lösung verschiedenster Lebensaufgaben oder starke emotionale Erschütterungen – das autopoietische System Mensch (vgl. dazu Kap. 7.1.2) zu Veränderungen anregen.

Abb. I/4: „Abhängigkeit“ und „ausweichende“ Bewältigung als weitere gesundheitsriskante Faktoren

In der nachstehenden Abbildung werden nun Aussagen aus dem 5. Kapitel und Teilen des 6. Kapitels zusammengefasst. Da von Seiten der Bewältigungsforschung die potentiell gesundheitsschädlichen Auswirkungen ausweichender und problemvermeidender Bewältigung betont werden (vgl. dazu 6.2.2.1), wurden diese im Kapitel 5 einer eingehenden Analyse unterzogen. Unter der Überschrift „Sucht“ und „süchtiges“ Verhalten wurden „stoffgebundene“ und „stoffungebundene“ Formen der Abhängigkeit und des ausweichenden Bewältigungshandelns untersucht, wobei sich zeigte, dass das Geflecht der möglichen Ursachen (Droge bzw. Substanz, Person und Umwelt) sehr komplex ist. Hier ist vor allem herauszustellen, wie sehr nicht nur stoffliche Substanzen wie Alkohol, Nikotin und andere Drogen die Funktion haben, den Konsumenten in einen besseren positiveren Gefühlszustand zu versetzen. Es zeigte sich, dass auch viele andere Aktivitäten benutzt werden können, um Gefühle zu regulieren und Spannungen sowie unangenehmen Gefühlszuständen auszuweichen. Beispielhaft dafür wurden die Phänomene „Co-Abhängigkeit“ und „Helfer-Syndrom“ beleuchtet. Dabei wurde deutlich, wie sehr Menschen geneigt sind, ihre psychischen und physischen Grenzen zu übergehen, um ein schwaches defizitäres Selbst und die damit verbundenen Gefühle von Schwäche, Kleinheit, Hilflosigkeit, Minderwertigkeit und Leblosigkeit zu kompensieren und durch angespannte Aktivität in den Bereichen Liebe und Arbeit auszugleichen (vgl. Bardé und Jordan, S. 14 f.).



Auch wenn in diesem Zusammenhang die Problematik der – ihrerseits wieder gesellschaftlich vermittelten – sogenannten ich-schwachen Persönlichkeit sehr deutlich zutage trat, wurden zugleich vor dem Hintergrund der in dem Kapitel beschriebenen Bewältigungsdefizite auch einige Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung sichtbar, so dass die allgemeinen Überlegungen der Bewältigungsforschung nun aus der Sicht der Suchtforschung spezifiziert werden können. Während diese ein möglichst breites Repertoire von Bewältigungsalternativen und einen flexiblen Umgang mit ihnen für wünschenswert hält und dabei häufig zur Bevorzugung von problemorientiertem Coping neigt, zeigt die Auseinandersetzung mit den gefühlsregulierenden Aspekten der Abhängigkeit, dass es in der Gesundheitsförderung gerade auch um die Vermittlung von explizit „emotionsorientierten“ Bewältigungsstrategien gehen sollte, ein Aspekt, der im Folgenden noch deutlicher herausgearbeitet wird. (Dabei wird auch die Bedeutung der hier benutzten Anführungsstriche erkennbar werden). Abschließend sei auch noch darauf hingewiesen, dass es ein besonderes Anliegen des Kapitels war, die Phänomene von Sucht und Abhängigkeit nicht als Krankheitskonzepte zu betrachten, sondern als außerordentlich verbreitete Bewältigungsstrategien, die, um ein Bild von Norbert Elias zu verwenden, in den unterschiedlichsten Schattierungen auftreten können. Vor diesem Hintergrund bietet es sich an, sowohl für die Einordnung der Persönlichkeitsdispositionen (beispielsweise die „Co-Abhängigkeit“) wie auch für die (verschiedenen) Abstufungen des Bewältigungsverhaltens wieder das Bild des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums zu benutzen.

Die Strategien zur Beeinflussung und Bewältigung unlustbetonter Emotionen

Nachdem einige der im 6. Kapitel herausgearbeiteten Zusammenhänge nun schon an anderer Stelle berücksichtigt wurden, bleibt hier noch – zunächst ohne Abbildung (vgl. aber Kap. 7.1.3, Abb. I/5) – der Teil 6.2 zusammenzufassen, in dem es um die Darstellung all der Strategien und

Änderungsmechanismen ging, die im Hinblick auf eine gesundheitsförderliche Beeinflussung und Bewältigung belastender, unlustbetonter Emotionen hilfreich sind (zur Nichtberücksichtigung von Strategien zum direkten Erzielen positiver Emotionen vgl. Fußnote 113). Mit Blick auf die weitere Entwicklung des Modells wird dabei zunächst – einer Überlegung Webers folgend – die Unterscheidung zwischen problemorientierter und reaktionsorientierter Bewältigung aufgegeben zugunsten einer Vorstellung, wonach alle Komponenten einer Emotion Gegenstand von Bewältigung sein können (vgl. Weber, 1997 a, S. 285) und die Regulation von Emotionen prinzipiell „über alle Formen der Bewältigung, gerade auch über Problemlöseverhalten erfolgen (kann)“ (ebd., S. 289; vgl. Kap. 6.2.2.1). Vor diesem Hintergrund können nun auf der Basis von überwiegend aus der Psychotherapie- und Meditationsforschung stammendem Wissen verschiedene Strategien differenziert werden, mithilfe derer eine gesundheitsförderliche Regulation der verschiedenen Komponenten einer Emotion möglich ist. Obwohl dies nur bedingt möglich ist, soll dabei – aus Gründen der Übersichtlichkeit – eine Zuordnung der verschiedenen Änderungsstrategien zu einzelnen Emotionskomponenten versucht werden.

Beginnend mit der *physiologischen Komponente* sind sowohl Entspannungsmethoden als auch Bewegungsaspekte zu berücksichtigen, die jeweils in unterschiedlicher Weise zur Regulation und Steuerung von Emotionen beitragen. Erkenntnisse des Kap. 7.1.2 vorwegnehmend ist dabei auch dem Argument Rechnung zu tragen, dass es in diesem Kontext neben der Entspannung auch um eine Wiederanbindung an die Rhythmen und Selbstregulationskapazitäten des Körpers und um eine entsprechend umfassend verstandene Körperwahrnehmung geht. Der Meditation kommt hier eine Sonderstellung zu, weil sie ein sensibles Gewahrsein aller Emotionskomponenten einschließt und damit unerwartete Regulationsmöglichkeiten eröffnet.

Mit Blick auf die *subjektive Komponente* stehen Strategien im Mittelpunkt, die Selbstaktualisierung, d.h. eine Sensibilisierung und Öffnung für die eigene Gefühlswelt sowie eine differenzierte Wahrnehmung und Beschreibung von Gefühlszuständen ermöglichen. Darüber hinaus geht es hier aber auch um den gesundheitsförderlichen Umgang mit leidvollen Erfahrungen und Gefühlen und um Krisenbewältigungsfähigkeiten.

Im Zusammenhang mit der *kognitiven Komponente* geht es zunächst einmal darum ein Verständnis für die möglichen historischen Beweg- und Hintergründe von aktuell erlebten Emotionen zu schaffen. Darüber hinaus sind hier all die Wirkprinzipien angesprochen, die für eine Veränderung dysfunktionaler Denkmuster hilfreich sind und sich eignen, um die heilsamen physiologischen Effekte des Mentalen auf die Emotionen für die Gesundheitsförderung zu nutzen. Schließlich werden in diesem Kontext auch solche Strategien zugeordnet, die sich die Förderung von Genussfähigkeit und euthymen Gefühlszuständen und damit „eine Betonung des Positiven im Erleben und Handeln“ (Lutz, 1983 b, S. 30) zum Ziel gesetzt haben.

Schließlich sind noch die Wirkprinzipien zu berücksichtigen, die auf die vierte Komponente jeder Emotion, auf die *Verhaltenstendenzen und Handlungsimpulse* abzielen. Hierher gehören alle Strategien zur Erweiterung von Problemlösungsfähigkeiten und zum Ausbau von Verhaltensalternativen. Von zentraler Bedeutung ist dabei das Stichwort Kompetenzerwerb, wobei zu betonen ist, dass hier nicht alleine Bemühungen des Individuums, sondern vor allem auch „kollektive“ Fördermaßnahmen gefragt sind, durch die häufig erst Kompetenzerfahrungen ermöglicht werden. Dabei geht es in Anbetracht der im Verlauf dieser Arbeit aufgedeckten gesundheitsriskanten Bewältigungsdefizite ganz zentral auch um die Verbesserung von Kommunikationsfähigkeiten und sozialer Geschicklichkeit.

Diese Kurzzusammenfassung soll später im Kap. 7.1.3 als Lernziel- und Kriterienkatalog genutzt werden, anhand dessen geprüft werden soll, ob und wie weit in verschiedenen ausgewählten Stressbewältigungs- und Gesundheitsförderungsprogrammen emotionale Kompetenzen im Sinne dieser Arbeit gefördert werden. Zuvor wird aber im folgenden Abschnitt eine positive Bestimmung des Ziels von Gesundheitsförderung versucht werden. Da die bisherige Erarbeitung emotionsbeeinflussender Strategien möglicherweise von pathologiezentrierten Tendenzen in der Psychotherapie beeinflusst war, soll eine Berücksichtigung des Konzepts der Selbstregulation hierzu einen Gegenpol bilden und eine übergeordnete Orientierung für den die Gesundheitsförderung betreffenden Teil des Modells bereitstellen, welches dann im Anschluss vorgestellt wird.

7.1.2 Das Ziel der Gesundheitsförderung: Verbesserung der Selbstregulation

Nachdem zuvor die verschiedenen Einflussfaktoren von Gesundheit und Krankheit aus einer emotionsfokussierten Perspektive untersucht wurden und dadurch wesentliche Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychischen und somatischen Prozessen herausgearbeitet werden konnten, geht es jetzt noch darum, das Ziel von Gesundheitsförderung herauszuarbeiten. Als Ausgangsbasis dafür bietet sich der Begriff der Selbstregulation an, weil dieser eine Bezugnahme zu allen für die Förderung von Gesundheit relevanten Ebenen – zur somatischen ebenso wie zur psychischen und sozialen – erlaubt und zugleich mit den für die Gesundheitsförderung konstitutiven Zielkategorien der Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe (vgl. vorne Kap. 1.5.2) gut vereinbar ist.

Verbesserung der Selbstregulation durch die Förderung von körperlichen Potenzialen

Auf der körperlichen Ebene steht der Begriff Regulation für die Aufrechterhaltung eines Gleichgewichtszustandes im Organismus, der sogenannten *Homöostase*, bei dem die Tätigkeiten der verschiedenen Körpersysteme ständig aufeinander abgestimmt werden und ein feines Zusammenspiel von Regulationsmechanismen dafür sorgt, dass die verschiedenen physiologischen Funktionen des Körpers (wie Wärmehaltung, Pulsschlag, Blutzuckerspiegel, Sauerstoffversorgung) möglichst konstant und im Fließgleichgewicht gehalten werden (vgl. Baumgart, 2004; vgl. a. die Def. von Hecht u. Balzer vom Institut für Stressforschung, Berlin, in: Stück, S. 43). Die für die Homöostase erforderlichen Regulierungen erfolgen dabei nicht nur über die körpereigenen Mechanismen, sondern auch über die psychisch relevanten Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Schlafen etc., die dafür sorgen, dass der Körper in einem optimalen Betriebszustand gehalten wird (vgl. Klein, S. 124 ff.). Zentrale Mediatoren zwischen der psychischen und der somatischen Ebene und darüber hinaus wesentliches Bindeglied zur Umwelt sind dabei die Emotionen, die eine wichtige Funktion für die homöostatische Regulation des Organismus haben. Im Strom der Ereignisse signalisieren sie dem Organismus, ob Belohnung oder Bestrafung, Schmerz oder Lust zu erwarten sind, und ermöglichen ihm auf diese Weise, schnell und überlebensorientiert zu reagieren (vgl. Damasio, 2000, S. 77 f.).

Nachdem in der vorliegenden Arbeit vor allem deutlich wurde, unter welchen Bedingungen Stress und die damit verbundenen Emotionen „dem 'inneren Milieu' oder der Homöostase keine Chance mehr lassen, sich wieder auf Normalzustände einzupendeln“ (Ernst, 1993, S. 61), geht es unter dem Stichwort Selbstregulation nun vielmehr um die Frage, unter welchen Bedingungen der Körper wieder zur Balance und zu der ihm innewohnenden Weisheit zurückfinden kann (vgl. ebd., S. 8 ff.). Ein dafür zentraler Aspekt ist die *Atmung*, die mit vielen körperlichen Funktionen in Verbindung steht und eine wichtige Brücke zwischen Körper und Psyche bildet.

Nicht umsonst steht die Atmung in vielen religiösen Traditionen für die Lebensenergie. In unserem Kulturkreis wird diese Einheit vor allem durch Formulierungen wie „etwas schnürt mir die Luft ab“, „da stockt mir der Atem“ oder „ich spüre eine atemberaubende Spannung“ veranschaulicht. Zugleich verweisen diese auf psychosomatische Zusammenhänge hindeutenden Redensarten auch auf die Wirkungen von Dauerstress, der zu einer flachen, schnellen Brustatmung, zur Hyperventilation, zu einer chronischen Verspannung im Bauchbereich und zu vielen anderen Symptomen führt (vgl. Ernst, 1993, S. 60 ff.). Nun funktioniert die Atmung in der Regel automatisch, ist dabei aber „die einzige autonome Körperfunktion, die wir jederzeit problemlos und willentlich beeinflussen können. Aber von dieser ‚Brücke‘ machen wir viel zu selten Gebrauch“ (ebd., S. 61). Dabei ist bewusstes und tiefes (Bauch-)Atmen die schnellste und wirkungsvollste Möglichkeit, die Stressreaktion zu unterbrechen, sich zu sammeln und eine Entspannung einzuleiten (vgl. ebd., S. 64).

Der Kern jeder Entspannung ist dabei die „Relaxation Response“, eine der Kampf-oder-Flucht-Reaktion entgegengesetzte *physiologische Entspannungsreaktion*, die von dem Kardiologen Benson erforscht und beschrieben wurde (vgl. Benson, 1998).¹³⁵ Diese Relaxation Response lässt sich auslösen, indem jemand sich für 10-20 Minuten ruhig und bequem hinsetzt, seinen Geist auf einen Fokus (ein Wort, ein Mantra, die Atembewegung etc.) richtet und dabei störenden Alltagsgedanken keine Beachtung schenkt bzw. immer wieder sanft zum gewählten Gegenstand der Konzentration zurückkehrt (vgl. ebd., S. 174 ff.). Betrachtet man die Wirkungen (vgl. Abb. 9), dann wird unmittelbar ersichtlich, warum die Entspannungsreaktion als „körpereigene Waffe gegen Stress“ (Ernst, 1993, S. 54) zu betrachten ist.

Physiologischer Zustand	Kampf-o.-Flucht-Reaktion	Entspannungsreaktion
Stoffwechsel	Erhöht	Erniedrigt
Blutdruck	Erhöht	Erniedrigt
Herzfrequenz	Erhöht	Erniedrigt
Atemfrequenz	Erhöht	Erniedrigt
Blutfluß zu Arm- u. Beinmuskeln	Erhöht	Erniedrigt
Muskelspannung	Erhöht	Erniedrigt
Langsame Gehirnwellen	Erhöht	Erniedrigt

Abb. 9: Physiologische Veränderungen bei Kampf-oder-Flucht- und Entspannungsreaktion (Benson, 1998, S. 171)

Dabei zeigt eine Fülle von Studien, die von Benson und seinen Kollegen am Mind/Body Medical Institute der Harvard Universität vorgelegt wurden (vgl. Benson, 1998, S. 192 ff.; vgl. a.

¹³⁵ Nach der Darstellung von Ernst (vgl. 1993, S. 55) ist die sogenannte trophotropische Reaktion zuerst von dem Schweizer Nobelpreisträger Hess an Katzen entdeckt und später von Schultz (autogenes Training) und Jacobson (Progressive Muskelentspannung) am Menschen erforscht worden. Demnach blieb vor allem die „systematische Erforschung und Anwendung der Entspannungsreaktion bei stressbedingten Krankheiten“ (ebd.) der Gruppe um Benson vorbehalten.

Benson u. Baim, 2002), dass die Entspannungsreaktion nicht nur eine vorübergehende Hilfe darstellt, sondern – zusammen mit anderen Selbsthilfemethoden wie gesunder Ernährung, Bewegung und Stressmanagement – bei einer Vielzahl von Krankheitssymptomen Besserung und Heilung bewirken kann. Wenn Benson in diesem Zusammenhang Besserungen bei zahlreichen somatischen und psychischen Beschwerden anführt, dann erstaunt dies allerdings kaum, nachdem in der vorliegenden Arbeit vielfach deutlich wurde, auf wie umfassende Weise Stress den Organismus schädigen kann (vgl. v.a. Kap. 2.5.1.1, Fußnoten 40-43).

Neben der Entspannungsreaktion verfügt der Körper aber noch über weitere Selbstregulierungsmöglichkeiten. Von großer Bedeutung für das biochemische und physiologische Gleichgewicht ist auch die **Beachtung der körpereigenen Rhythmen und Zyklen**, ein Forschungsfeld, mit dem sich die Chronobiologie beschäftigt (vgl. Hildebrandt u.a., 1998). Diese erforscht „nicht nur den Zusammenhang von Körperrhythmen und –zyklen mit Gesundheit oder Krankheit, sondern sucht und entwirft Lebensweisen, die in optimalem Übereinklang mit den körperlichen ‘Gezeiten’ stehen“ (Ernst, 1993, S. 72). Viele der körpereigenen Rhythmen wie beispielsweise die circadiane Ausschüttung der Hormone oder unmerkliche Temperaturveränderungen, liegen unterhalb unserer bewussten Wahrnehmung (vgl. ebd., S. 82 f.). Andere wie der „Wach- und Schlafrhythmus“, „jahreszeitliche Schwankungen in Aktivitäten und Wohlbefinden“ oder periodische Prozesse wie Hunger und Durst sind für uns, zumindest wenn wir uns darum bemühen, gut erkennbar (ebd., S. 70 ff.).

In einer Zeit, in der der Körper von vielen als Maschine missverstanden wird, die repariert werden kann, bekommt er allerdings häufig kaum Gelegenheit, seine Weisheit zu entfalten. Zudem werden die körpereigenen Rhythmen von externen Zeitgebern überlagert, angefangen von der Glühbirne bis hin zu Schichtarbeit, Fernreisen und unregelmäßigen Essgewohnheiten (vgl. ebd., S. 72 f.). „Wir leben längst nicht mehr synchron mit unseren Körperrhythmen, sondern nutzen die Plastizität dieser Systeme oft genug bis über die Grenzen aus“ (ebd., S. 72). Wer aber seinen Körper „bedingungslos äußeren Zwängen und Zeitgebern unterwirft und seine Eigenheit ignoriert, riskiert den partiellen oder völligen Zusammenbruch dieses >gutmütigen<, fehlertoleranten, aber nicht unendlich belastbaren Wunderwerks. Uhren und Kalender, Zeitpläne und Termine sind nicht die Sache des Körpers, er kann sie langfristig nur akzeptieren, wenn sie auf ihn und seine Bedürfnisse abgestimmt werden können oder ihm zumindest genügend Zeiträume gewähren, in denen er die vielfältigen Informations-, Regenerations- und Aktivierungsaufgaben erfüllen kann“ (ebd., S. 73).

Für ein gutes Zusammenspiel der Selbstregulierungsfähigkeiten des Körpers sind auch die Aspekte **Bewegung** und **Sensibilisierung der Körperwahrnehmung** von großer Bedeutung. Ohne diese beiden wird es kaum möglich sein, einen Zugang zum Rhythmus und zur Weisheit des Körpers und eine dementsprechende Spürfähigkeit zu erlangen. Wie im Abschnitt 6.2.1.6 bereits angedeutet wurde, ist Bewegung nicht nur für die körperliche Gesundheit, sondern auch für das psychische Wohlbefinden unverzichtbar. Vor diesem Hintergrund formuliert Ernst: „Der unbewegte, unbewegliche Körper ist ein unterentwickelter, potentiell die Gesundheit gefährdender Organismus. Er versiegt außerdem als Quelle der Selbsterfahrung und vieler positiver somato-psychischer Prozesse“ (Ernst, 1993, S. 103). Zur Veranschaulichung zitiert Ernst den Körpertherapeuten Hanna, der dazu meint: „Mit wenigen Ausnahmen erreicht der heutige Stadtmensch das Erwachsenenalter mit einem sensomotorischen System, das nur minimal entwickelt ist, und während des restlichen Lebens verliert er diese rudimentäre Fähigkeit, seinen Körper zu spüren und zu bewegen, immer mehr. Die zeitgenössische Erziehung und unsere

Kultur sind so angelegt, daß sie die Fähigkeit zur leiblichen Selbsterfahrung unterdrücken und verkümmern lassen, das Bewußtsein der meisten Menschen für ihr physiologisches Sein ist so abgestumpft und unterentwickelt, daß sie ihren Körper immer mehr als ein ihnen fremd gewordenes Behältnis empfinden“ (zit. n. Ernst, ebd., S. 99).

Wenn es nun demgegenüber darum geht, wieder vertraut mit dem eigenen Körper zu werden und im Einklang mit seiner Weisheit und seinen Bedürfnissen zu leben, dann bedeutet dies keineswegs intensiven Leistungssport, überzogenes Trimmen und Fitnesskult bis an die Grenzen der Leistungsfähigkeit. Wichtiger als sportliche Höchstleistungen ist es, Bewegung ins Leben zu bringen und ein „bewegte(s) Leben“ zu führen, „in dem Denken, Fühlen und Handeln ständig aufeinander bezogen sind“ (ebd., S. 99). Anders als vor Jahrzehnten, als angenommen wurde, dass das denkende Gehirn den ausführenden Körper befehligt, gehen viele Neurowissenschaftler heute von einer engen Vernetzung beider Systeme und von einem „ganzheitliche(n) Funktioniere(n) des sensomotorischen Systems“ (ebd., S. 98) aus. „Das bedeutet: Denken ist ein motorischer Akt – oder noch pointierter: Denken ist Bewegung. Gehirn und Körper bilden eine sich selbst bewegende, sich selbst fühlende und sich selbst integrierende Einheit, ein Ganzes“ (ebd., S. 97). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, „ob wir auch weiterhin ‚verkopfte‘ statt ‚verkörperte‘ Lebensweisen pflegen“ wollen (ebd., S. 99) oder ob wir anfangen, die Entfremdung zwischen Körper und Geist aufzuheben und das Wissen über die Ganzheitlichkeit von Körper und Geist in unser Leben zu integrieren (vgl. ebd.).

Ein Weg dahin könnte es sein, Sport und Fitness nicht nur zum Ausgleich für den modernen bewegungsarmen Lebensstil zu funktionalisieren, sondern sie so zu gestalten, „daß sie nicht Mittel zum Zweck sind, nicht tretmühlenartige Arbeit an Gesundheit und Aussehen, sondern genußvolle und aus sich selbst heraus befriedigende Aktivitäten“ (ebd., S. 103 f.). So verstanden können sie „physische und psychische Selbsterfahrung in reichem Maße bieten“ (ebd.), wobei die somatopsychische Wechselwirkung immer deutlicher wird: „Bewegung in richtig dosierter und lustbetonter Form hilft im eigenen Körper wieder heimisch zu werden, die Körpersignale sensibler und wacher zu registrieren und die biologischen und geistigen Wirkungskreise des Körpers zu integrieren“ (ebd., S. 104). Vor diesem Hintergrund gilt es, neben solchen sportlichen Aktivitäten, die auf Kondition, Ausdauer und Kraft zielen, vor allem solche Bewegungsformen zu entdecken, die zur Wiederentdeckung und Sensibilisierung der Körperwahrnehmung beitragen. Anregungen für so verstanden sanfte Formen der körperlichen Aktivität bietet heute insbesondere die Vielzahl der Bewegungsformen, die dem östlichen Erfahrungswissen entstammen und ausdrücklich darauf zielen, das integrative Potenzial des Körpers zu entdecken.

Viele weitere Themen könnten noch aus dieser Perspektive der Selbstregulation betrachtet werden, beispielsweise der Traum und dessen mögliche Integrations- und „Instandhaltungsfunktion(en)“ (Ernst, 1993, S. 79; vgl. a. Kruse, 1985, S. 130 ff.) oder genussreiches, sinnliches Essen, durch das auch die Sättigungssignale des Körpers deutlicher spürbar würden und sich wahrscheinlich viele Probleme, die wir mit dem Essen haben, von selbst erledigen würden (vgl. Ernst, 1993, S. 174 ff.; vgl. zur Bedeutung des Essens u. Trinkens für die homöostatische Regulation vitaler Grundbedürfnisse a.: Tewes u. Schedlowski, 1994, S. 10 ff.). Letzteres gilt es mitzudenken, wenn im Folgenden noch von der Bedeutung des Genießens und der Achtsamkeit für die Gesundheitsförderung die Rede sein wird.

Verbesserung der Selbstregulation durch die Förderung psycho-sozialer Kompetenzen

Nachdem im Vorhergehenden einige Aspekte von Selbstregulation auf der Ebene des Körpers aufgezeigt wurden, geht es jetzt auch um die Frage, wie Gesundheitsförderung in den Bereichen des Psychischen und des Sozialen zu einer verbesserten Selbstregulation beitragen kann. Ausgangsbasis für diesbezügliche Überlegungen soll hier zunächst der Begriff der „Selbstorganisation“ bzw. der „Autopoiese“ sein. Dieser Begriff entstammt der konstruktivistischen Erkenntnistheorie und hat sich für eine Theorie lebender Systeme als sehr fruchtbar erwiesen, weil er es erlaubt, Verbindungen zu so verschiedenen Disziplinen wie der Neurobiologie, der Gehirnforschung, der Emotionsforschung, der Systemtheorie, der Kommunikationswissenschaft, der Psychotherapie, der Pädagogik und weiteren anderen mehr herzustellen (vgl. Siebert, S. 5 ff.). In der 1997 erschienenen „Enzyklopädie der Psychologie“ zur „Psychologie der Erwachsenenbildung“ wird der Konstruktivismus sogar als „Schlüsseltheorie“ dargestellt (Weinert u. Mandl, zit. n. Siebert, S. 7).

Eine Kernthese des Konstruktivismus lautet: Menschen sind autopoietische, operational geschlossene, selbstreferenzielle, strukturdeterminierte Systeme.¹³⁶ Damit ist ausgedrückt, dass lebendige Systeme wie der Mensch, aber auch andere biologische Systeme, nicht einfach von außen gesteuert und beeinflusst werden können, sondern vielmehr selbstständige, weitgehend geschlossene Einheiten darstellen, die nach außen über eine deutlich identitätsstiftende Grenze verfügen, d.h. gegenüber ihrer Umwelt prinzipiell autonom und in der Lage sind, sich selbst zu steuern. Um zu verstehen, wie dennoch Lernen funktioniert und die für lebende Systeme überlebenswichtigen Umweltkontakte möglich sind, ist der Begriff der „strukturellen Koppelung“ notwendig. Dieser meint, dass lebende Systeme über „Öffnungen“ verfügen, an denen Kontakte und Verbindungen mit anderen Systemen möglich sind. Diese strukturellen Kontaktstellen eines Systems sind aber hochselektiv, d.h. das System wählt sehr genau aus, auf welche Reize es reagieren und welche es außer Acht lassen und ignorieren will. Impulse von außen werden nur soweit aufgenommen, wie es *„auf der Grundlage biographisch geprägter psycho-physischer kognitiver und emotionaler Strukturen“* möglich ist (Siebert, S. 5 f.; Hervorh. i. Original/U.F.). Dies hat zur Folge, dass ein solches in seiner Struktur determiniertes System von außen nicht gegen seinen Willen beeinflusst, sondern nur zu eigenen Operationen angeregt oder angestoßen werden kann.

Es ist offensichtlich, dass diese Sichtweise nicht nur für das Lernen und schulische Bildungsprozesse, sondern auch für Überlegungen zur Gestaltung von Gesundheitsförderung wichtige Einsichten vermittelt. Die Annahme operationaler Geschlossenheit eines Systems hat für Prävention und Gesundheitsförderung zur Folge, dass auf die Vorstellung verzichtet werden muss, man könne ein anderes System direkt und linear beeinflussen (vgl. Hafen, 2000). Vielmehr gilt es herauszufinden, unter welchen Bedingungen die Viabilität, d.h. die Anschlussfähigkeit bzw. Passfähigkeit des zu Vermittelnden an die Erfahrungswelt des „Lernenden“ bzw. derer, die an Angeboten der Gesundheitsförderung teilnehmen, gesteigert werden kann. Dazu einige Überlegungen: Fachleute für Prävention und Gesundheitsförderung „sollten sich nicht als die alles wissenden ExpertInnen verstehen, sondern die Ressourcen und Kompetenzen ihres Zielpublikums schätzen und nutzen“ und „die Autonomie von Menschen und Organisationen respek-

¹³⁶ Die folgende Zusammenfassung wurde auf der Grundlage eigener Unterrichtsmaterialien erstellt, die wiederum auf unterschiedlichen Quellen basierte (Maturana u. Varela, 1987; Kösel, 1993; Glasersfeld, 1997 a u. b).

tieren“ (ebd., S. 6). Auch ist unabdingbar darauf Rücksicht zu nehmen, wie „der Lernende“ seine subjektiven Deutungsmuster entwickelt und wie dessen Erfahrungs- und Wissensstrukturen aufgebaut sind (vgl. Kösel, S. 215 ff.), wenn man die konstruktivistische Kernaussage ernst nimmt, dass die Wirklichkeit, die wir zu entdecken und zu erforschen glauben, keineswegs unabhängig von uns existiert, sondern von uns selber konstruiert, d.h. hervorgebracht und erfunden wird. In diesem Zusammenhang dürfte es sich allerdings als sehr günstig erweisen, dass es in der Gesundheitsförderung anders als in vielen Situationen schulischen Lernens unmittelbar nützliches Wissen geht, das häufig direkte Probleme der Lebensgestaltung betrifft. Auch sind die Voraussetzungen für die Realisierung einer subjektiven Didaktik (vgl. Kösel, 1993) und für lebendiges Lernen (vgl. Langmaack, 2001) wesentlich günstiger als in stärker reglementierten Lernwelten. Zugleich sollten aber vor dem in dieser Arbeit skizzierten Hintergrund auch all die Befunde berücksichtigt werden, wonach weitgehende Einigkeit darüber besteht, dass Kongruenz, Echtheit und Empathiefähigkeit der Gruppenleitung und das zwischenmenschliche Geschehen nicht nur in der Therapie, sondern auch in pädagogischen Zusammenhängen von außerordentlicher Bedeutung sind (vgl. 6.2.1.8).

Verbesserung der Selbstregulation durch die Förderung von emotionaler Kompetenz

Nach diesen „Vorbemerkungen“ kann nun auch das Konzept der emotionalen Kompetenz in seiner Bedeutung für die Selbstregulation eines Menschen berücksichtigt und bewertet werden. Das Konzept wurde ursprünglich von dem Psychologen Gardner in die Diskussion gebracht, der 1983 die klassischen IQ-Vorstellungen kritisiert und darauf hingewiesen hatte, dass für den Lebenserfolg nicht eine einzige Form von Intelligenz, sondern ein breites Spektrum von Intelligenzen, u.a. auch der erfolgreiche Umgang mit Beziehungen (interpersonale Intelligenz) und der gelingende Umgang mit sich selbst (intrapersonale Intelligenz) ausschlaggebend sei (vgl. zur Geschichte des Konzepts: Gardner, 2002). Später wurden diese beiden Intelligenzen von Salovey und Mayer in einer Definition bzw. in einem Modell der emotionalen Intelligenz zusammengefasst (vgl. zusammenfassend: von Salisch, S. 33 ff.), ein Konzept, das dann von Goleman (vgl. 1998 a) aufgegriffen und in den Brennpunkt eines breiten öffentlichen Interesses gerückt wurde. Mittlerweile liegt eine Reihe weiterer wissenschaftlicher Konzepte zu der Thematik vor (vgl. von Salisch, S. 31 ff.) und eine Vielzahl populärwissenschaftlicher Bücher, die sich vor allem mit der Bedeutung emotionaler Intelligenz bzw. emotionaler Kompetenz¹³⁷ für den beruflichen Erfolg oder mit ihrer Anwendung im Bereich persönlicher Beziehungen befassen. Dabei beruhen alle Konzepte im Kern „auf Fähigkeiten in vier Bereichen, die vielfältig miteinander verküpft sind, nämlich auf (1) der Aufmerksamkeit der Person für ihre eigene emotionale Befindlichkeit, (2) ihrer Empathie mit ihren Mitmenschen, (3) ihrer Fähigkeit, be-

¹³⁷ Wie viele andere Autoren, z.B. auch von Salisch (vgl. 2002), ziehe ich den Begriff „emotionale Kompetenz“ vor. Im Unterschied zum Intelligenzbegriff, dem ja u.a. auch die Bedeutung von Begabung anhaftet, hat der Begriff Kompetenz den Vorteil, den Fähigkeitsaspekt zu betonen. Damit beinhaltet der Begriff grundsätzlich auch die Möglichkeit zur Befähigung, zum Kompetenzerwerb. Allerdings meint Kompetenz sehr viel mehr als nur eine additive Anhäufung einzelner Fähigkeiten (vgl. für einen Überblick über Theorien und Konzepte zum Kompetenzerwerb: Ohlbrich, 1999). Diesen gegenüber zeichnet sie sich durch ein höheres Maß an Komplexität der Anforderungen und Situationen und durch ein höheres Maß an Bezugnahme auf den Kontext aus. Ferner beruht Kompetenz auf dem Können einer Person als Ganzes, wogegen Fähigkeiten auch mechanistisch oder rein methodisch ausgeübt werden können (vgl. zu weiteren Merkmalen: Ohlbrich, S. 96 f. u. 91). Zusammengefasst setzt sich Kompetenz also aus „unterschiedlichen Komponenten und Fähigkeiten zusammen, die jedoch nicht summativ, sondern in ihren Beziehungen kreativ, synergetisch und oft einmalig sind“ (ebd., S. 91). Kompetenz „(ist) nicht eine Angelegenheit der Anwendung von Methoden“, sondern Kompetenz ist vielmehr „Ausdruck einzelner Komponenten der Person in ihrer Gesamtheit“ (ebd.).

friedigende zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und (4) ihrem konstruktiven Umgang mit belastenden oder sozial problematischen Gefühlen“ (von Salisch, S. IX). Hinzu kommt nach einigen Autoren die Fähigkeit, sich selbst zu motivieren und ihre Emotionen in den Dienst eines Ziels zu stellen (vgl. ebd.; vgl. a. Goleman, 1998 a, S. 64 ff.).

Nicht so häufig wie mit anderen Lebensbereichen ist das Konzept der emotionalen Kompetenz bisher mit der Gesundheitsthematik in Verbindung gebracht worden (vgl. dazu: Goleman, 1998 b). Vergleicht man nun den Bedarf an emotionaler Kompetenz, der sich im Verlauf der vorliegenden Arbeit aus einer gesundheitsbezogenen Erforschung der Emotionen ergeben hat, mit den zuvor angesprochenen allgemeineren Konzepten, dann treten zunächst die oben unter 1 und 4 beschriebenen Fähigkeiten stärker in Erscheinung. Dass mit dem Blick auf Gesundheit und Gesundheitsförderung aber auch die unter 2 und 3 genannten Fähigkeiten auf keinen Fall vernachlässigt werden dürfen, ist bisher möglicherweise nicht so explizit deutlich geworden, weil diesbezügliche Aspekte (Kommunikation etc.) im Zusammenhang mit übergeordneten Fragestellungen (bspw. dem sozialen Rückhalt) diskutiert und eher am Rande erwähnt wurden. Gegenüber einer solchen möglichen Verkürzung kann ein Blick auf das übergeordnete Konzept der Selbstregulation zur Korrektur beitragen und vor Augen führen, wie notwendig auch diese Komponenten der emotionalen Kompetenz für die Gesundheit sind. Dies wird sehr anschaulich in der folgenden Definition von Grossarth-Maticek (1999, S. 18): „Selbstregulation ist jede Eigenaktivität des Individuums, die **durch Kreation von Bedingungen im Körper und der sozialen Umwelt** bestimmte Anregungen/Herausforderungen schafft, die zu Bedürfnisbefriedigung und Harmonisierung der Hirnfunktionen und somit zu Wohlbefinden führen“ (Grossarth-Maticek, S. 18; Hervorh. von mir/U.F.). Hier zeigt sich, dass zur geglückten Selbstregulation, d.h. zur „Erreichung von Wohlbefinden und innerem Gleichgewicht durch Eigenaktivität“ (ebd., S. 16) – so die Kurzdefinition –, nicht nur der gelungene Umgang mit sich selbst gehört, sondern gerade auch die Fähigkeit, in der sozialen Umwelt immer wieder die Bedingungen herzustellen, unter denen eigenes Wohlbefinden möglich ist.

Da es nun nach den Forschungsergebnissen von Grossarth-Maticek und Stierlin entscheidend vom Grad der Selbstregulation abhängt, ob ein Individuum sich in Richtung Krankheit oder Gesundheit bewegt, stellt sich natürlich die Frage, wie Menschen es lernen können, Wohlbefinden und „bedürfnisgerechte Strukturen durch Eigenaktivität herzustellen“ (Grossarth-Maticek, S. 38).¹³⁸ Aus systemtheoretischer Sicht reicht dafür oft der Anstoß eines Elementes, um eine Bewegung im Gesamtsystem und einen Wandel anzustoßen (vgl. Stierlin u. Grossarth-Maticek, 2000, S. 101 ff.). Als ein Faktor mit „Schleppnetzeffekt“ gilt dabei der Abbau von Stress, weil dieser den Abbau vieler anderer gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen nach sich ziehen kann (ebd., S. 91) und weil sich Stress „bei den wohl meisten Menschen am ehesten verändern läßt“ (ebd., S. 90 f.). Darüber hinaus betonen die Autoren Stierlin und Grossarth-Maticek die Bedeutung von nicht nur durch Therapie, sondern auch durch Training anzustoßenden Lernprozessen, bei denen Menschen lernen, darauf zu achten, was ihnen guttut

¹³⁸ Hier ist nicht der Ort, die empirisch begründete Typologie der Persönlichkeits- und Verhaltensmuster nachzuzeichnen, die es erlauben würde nachzuvollziehen, unter welchen Bedingungen sich ein Mensch in Richtung Krankheit oder in Richtung Gesundheit bewegt (vgl. zum Typus gehemmter Selbstregulation vorne: Kap. 3.1.2; vgl. für einen Überblick über alle 6 Typen gestörter und gelingender Selbstregulation: Grossarth-Maticek, S. 24 ff.; Stierlin u. Grossarth-Maticek, 2000, S. 46 ff.). Ebenso kann hier auch keine Darstellung des sogenannten Autonomietrainings erfolgen, einer Interventionsform, die entwickelt wurde, um bei Menschen mit blockierter Selbstregulation diese wieder anzuregen (vgl. Grossarth-Maticek, S. 66 ff.).

und was nicht, was sie sich wünschen und was sie nicht möchten (vgl. ebd., S. 102). Ein wichtige Grundlage dafür bietet die sogenannte Selbstbeobachtung, durch die Menschen lernen, die Zusammenhänge zwischen ihrem Verhalten und den daraus resultierenden Konsequenzen zu beobachten (vgl. dazu und zu weiteren Elementen des Autonomietrainings: Grossarth-Maticcek, S. 66 ff). Wie die von Stierlin und Grossarth-Maticcek vorgestellten Fallbeispiele zeigen, entdecken die Betroffenen dabei nicht selten alternative Möglichkeiten und kreative Verhaltensweisen, mit denen sie positive Veränderungen für ihr Leben und für ihre Gesundheit erreichen können (vgl. Stierlin u. Grossarth-Maticcek, 2000, S. 104 ff.).

7.1.3 Entwicklung von Interventionszielen/ -kriterien und Vervollständigung des Modells

Die von Grossarth-Maticcek und Stierlin vorgelegten Überlegungen zum Zusammenhang von Selbstregulation, Wohlbefinden und Gesundheit sind nun auch mit dem Blick auf das hier zu entwickelnde Gesundheitsförderungskonzept sehr hilfreich. Da die Ausrichtung am subjektiven Wohlbefinden ein grundlegendes und – vermittelt über die verschiedenen positiven Emotionen – auch leicht zugängliches Kriterium für eine erfolgreiche Selbstregulation ist, das im Übrigen auch im Einklang mit zuvor bereits diskutierten Überlegungen zur Gesundheit steht (vgl. Kap. 6.3 u. 2.5.4), stellen die Emotionen sozusagen den Schlüsselbereich dar, von dem ausgehend ein Mensch sich über die für ihn wichtigsten Bedürfnisse orientieren und sein Handeln leiten lassen kann (vgl. zu verschiedenen eher indirekten Hinweisen auf die Bedeutung des emotionalen Erlebens für die Gesundheit: Grossarth-Maticcek, S. 35 ff. u. S. 79 ff.). Umgekehrt erhalten die am Ende des 6. Kapitels zusammenfassend dargestellten gesundheitsförderlichen Strategien zur Beeinflussung belastender Emotionen (vgl. Kap. 6.4) mithilfe der Kategorie der Selbstregulation noch einmal eine übergeordnete Zielorientierung, die weniger umfassend und abstrakt und leichter zu überprüfen ist als das allgemeine Ziel Gesundheit.

Geht man nun davon aus, dass es bei den im Rahmen von Gesundheitsförderung zu vermittelnden Strategien zur konstruktiven Emotionsbewältigung zugleich auch um die verschiedenen Elemente emotionaler Kompetenz geht, die sich die Teilnehmer gesundheitsförderlicher Interventionen in einem Prozess der Selbstschulung zu eigen machen, dann hilft der Begriff der Selbstregulation – so wie er hier verwendet wurde –, im Bewusstsein zu halten, worum es bei einer gesundheitsbezogenen Vermittlung emotionaler Kompetenz letztendlich geht: die Bewertungs- und Orientierungsfunktion der Emotionen oder, poetischer ausgedrückt, ihre Weisheit für unser Wohlbefinden und d.h. für einen zunehmend kompetenten und geglückten Austausch mit uns selber und unserer Umwelt nutzen zu lernen und dabei der körperbezogenen Basis der Emotionen große Aufmerksamkeit zu schenken, wenn wir die Spürfähigkeit des Körpers als Quelle der Selbsterfahrung und als Basis des Wohlbefindens nutzen und seine vielfältigen Potenziale (wieder-)entdecken wollen.

Dieses Anliegen einer emotionsbasierten Gesundheitsförderung wird vor dem nunmehr vollständig skizzierten theoretischen Hintergrund nun noch einmal in einer – sehr knappen und verkürzten – Form zusammengefasst werden. Dies soll zum einen als Basis für eine Vervollständigung des angekündigten Gesundheitsförderungsmodells dienen und zum anderen die Interventionsziele und Kriterien deutlich machen, anhand derer im nächsten Teil verschiedene Stressbewältigungs- und Gesundheitsförderungsprogramme auf ihren Beitrag zur Verbesserung

der emotionalen Kompetenz und damit zur Förderung der Selbstregulation hin analysiert werden sollen. Wenn dabei die Lernziele¹³⁹ in einer sehr knappen, reduzierten Form formuliert werden, dann wird vorausgesetzt, dass der Hintergrund, vor dem sie entwickelt wurden, ebenfalls zur Kenntnis genommen wird und Selbstverständlichkeiten wie die Vermittlung der Bedeutung der jeweiligen Strategien natürlich mitgedacht sind.

Lernziel 1	Einüben von Entspannungsmöglichkeiten
Lernziel 2	Vermittlung von Bewegungsmöglichkeiten
Lernziel 3	Schulung des Körperbewusstseins
Lernziel 4	Sensibilisierung für eine differenzierte Wahrnehmung von Gefühlen und deren möglichen Beweg- und Hintergründen
Lernziel 5	Vermittlung von Fähigkeiten zur Krisenbewältigung und zum Umgang mit Leid
Lernziel 6	Anregung zur Einflussnahme auf dysfunktionale Denkmuster
Lernziel 7	Anregung zur Entdeckung des Positiven im Erleben
Lernziel 8	Erweiterung allgemeiner Kompetenzen und Problemlösefähigkeiten
Lernziel 9	Erweiterung kommunikativer Kompetenzen

Mit dem Blick auf die physiologische Komponente sollte Gesundheitsförderung zur Nutzung von Entspannung (Lernziel 1) und Bewegung (Lernziel 2) als Mittel zur Gefühlsregulierung bzw. als Ausgleichsbewegung zu physiologischer Über- oder auch Untererregung anregen und eine grundlegende Sensibilität für die Weisheit des Körpers (Körpersignale, Körperprozesse und körpereigene Rhythmen) (Lernziel 3) als Basis für alle weiteren Bewältigungsbemühungen vermitteln.

Mit Blick auf die subjektive Komponente sollte Gesundheitsförderung für die Wahrnehmung und differenzierte Beschreibung eigener Gefühlszustände sensibilisieren (Lernziel 4 a) und ein Verständnis für die möglichen (auch historischen) Beweg- und Hintergründe aktuell erlebter Emotionen schaffen (Lernziel 4 b).¹⁴⁰ Darüber hinaus sollte Gesundheitsförderung aber auch Krisenbewältigungsfähigkeiten vermitteln, d.h. sie sollte Menschen dazu befähigen und anregen, auch Gefühle der Leere und des Leidens zu ertragen, bis der darin enthaltene Sinn und die darin verborgenen Wünsche, Sehnsüchte und Anliegen wahrnehmbar werden (Lernziel 5).

Mit Blick auf die kognitive Komponente sollte Gesundheitsförderung Methoden zur Beeinflussung und Veränderung dysfunktionaler Denkmuster an die Hand geben (Lernziel 6) und

¹³⁹ Die Interventionsziele bzw. Kriterien werden im nun Folgenden der Einfachheit halber als Lernziele bezeichnet, weil diese Formulierung die Teilnehmersicht ebenso einschließt wie die Sicht der gesundheitsförderlichen Institution.

¹⁴⁰ Dieser zuletztgenannte Aspekt war weiter vorne noch der kognitiven Komponente zugeordnet. Weil er aber im Rahmen von Gesundheitsförderung eher die theoretische Vermittlung des emotionstheoretisch erweiterten Stressmodells betrifft und keine Kompetenzen darin enthalten sind, die nicht schon im Lernziel 4 a enthalten sind, werden beide Gesichtspunkte unter dieser Kategorie zusammengefasst.

darüber hinaus Wege aufzeigen, die geeignet sind, den Blick und das Empfinden für das immer „auch“ existierende Positive im Denken und Handeln zu verfeinern (Lernziel 7) – dies ist etwas grundlegend anderes als das sog. „positive Denken“.

Schließlich sollte Gesundheitsförderung mit Blick auf die Ausdrucks- und Verhaltenskomponente der Emotionen zur Erweiterung von allgemeinen Problemlösungsfähigkeiten und Kompetenzen beitragen (Lernziel 8). In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass den Emotionen nicht nur die auf die Person verweisenden Bewertungs- und Orientierungsfunktionen immanent sind, sondern dass sie auch Aktivierungs- und Handlungstendenzen enthalten, die über die einzelne Person hinaus in den interpersonellen Raum und auf Umgebungsfaktoren im weiteren Sinne verweisen. Vor diesem Hintergrund sollte neben den spezifischen Kompetenzen, die sich aus dem jeweiligen Lebens- und Berufskontext einer Person ergeben, durchgängig besonderer Wert auf die Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten gelegt werden (Lernziel 9), ein Aspekt, der später noch genauer betrachtet wird.

Vervollständigung des Modells

Diese Überlegungen zum Anliegen und zu den Zielen von Gesundheitsförderung gilt es nun mit dem in 7.1.1 erarbeiteten Ausgangsmodell zu verbinden. Günstig und angemessen wäre es dafür, eine Darstellungsweise zu finden, die die Längsschnittperspektive und den Gesamtprozess verdeutlichen könnte. (Wegen der Komplexität des Sachverhaltes wurde ein entsprechender Visualisierungsversuch allerdings verworfen.) Für eine Veranschaulichung wäre es nämlich notwendig, deutlich zu machen, dass es sich – mit Blick auf den gesamten Lebenslauf eines Individuums – letztlich um ein prozesshaftes Geschehen, d.h. um eine permanente Aneinanderreihung von Anforderungssituationen und Bewältigungsreaktionen handelt, die sich zudem noch auf unterschiedliche, zum Teil parallel verlaufende, berufliche oder private Themen beziehen können.

Würde man sich diese Abfolge – vereinfacht – als Linie vorstellen, dann wird diese in Abhängigkeit vom Risiko- und Herausforderungsgehalt der situativen „Anforderungen“ und in Abhängigkeit von der zum jeweiligen Zeitpunkt gegebenen Bewältigungskapazität eines Menschen einmal mehr in Richtung Gesundheit und ein andermal mehr in Richtung Krankheit verlaufen, d.h. es würde deutlich, dass Gesundheit kein einmal erreichter und dann für immer gegebener Zustand ist, sondern in ununterbrochenen, das ganze Leben umfassenden Prozessen der Auseinandersetzung mit unterschiedlichsten Lebenssituationen – die von den alltäglichen Ärgernissen bis zu den großen Krisen des Lebens reichen – aufrechterhalten bzw. immer wieder neu hergestellt werden muss.

Prinzipiell können nun gesundheitsfördernde Maßnahmen entweder an den Umgebungsfaktoren, also an der äußeren Situation bzw. an den Lebensbedingungen eines Menschen, oder an den Personfaktoren ansetzen. Der erstgenannte Interventionsansatz war nicht (primärer) Gegenstand dieser Arbeit, auch wenn wiederholt deutlich wurde, dass es nicht alleine um die Aspekte der Emotionsregulierung gehen kann, die den potentiellen Stressauslöser unbeeinflusst lassen. Nicht nur erfordert es das hier zugrunde gelegte transaktionale Verständnis von Stress, dass es immer auch um eine gesundheitsgerechte Gestaltung von Lebens- und Arbeitsbedingungen gehen muss. Auch aus einer emotionstheoretischen Perspektive leuchtet dies unmittelbar ein, da die Emotionen in ihrer Bewertungsfunktion nicht nur auf die Person verweisen, sondern qua der ihnen eigenen Verhaltensimpulse auch über diese hinaus auf die sozialen Beziehungen und die Umwelt im weiteren Sinne deuten. Vor diesem Hintergrund wurde verschie-

dentlich auf die außerordentliche Bedeutung von Kompetenzerfahrungen hingewiesen und darauf, dass sich Gesundheitsförderung das Wissen um deren große Bedeutung für das Wohlbefinden und den Selbstwert eines Menschen zunutze machen sollte, um in unterschiedlichsten Settings Handlungsspielräume zu eröffnen und die Bedingungen so zu gestalten, dass den Menschen eine Einflussnahme auf ihre Umgebung und – damit verbunden – Kompetenzerwerb und Kompetenzerleben auch tatsächlich möglich werden.

Darüber hinaus haben sich aber auch aus einem weiteren Grund Ansatzpunkte und Notwendigkeiten für an externen Faktoren ansetzende gesundheitsförderliche Interventionen ergeben. So verweist die Einbeziehung der lebensgeschichtlichen Perspektive nicht nur auf die Fülle an verschiedenartigsten Herausforderungen und Risiken, die im Verlauf des Lebens auftreten können. Befunde der Hirnforschung machen auch sehr nachdrücklich die große Bedeutung der Kindheit für die Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen deutlich. Zwar ist dadurch eine schicksalhafte Bedeutung der ersten Lebensjahre keineswegs determiniert (vgl. 4.3). Dennoch legt eine längsschnittliche Betrachtung der Emotionsentwicklung doch nahe, dass bei allen Überlegungen und Konzepten zur Gesundheitsförderung den Risiken und Belastungen wie auch den Ressourcen und Möglichkeiten des Kindes- und Jugendalters ganz besondere Aufmerksamkeit zukommen sollte, – ein komplexes Thema, das hier nicht weiter vertieft werden kann (vgl. Kap. 4; vgl. a. Hurrelmann, 1988).¹⁴¹

Die zweite prinzipielle Interventionsrichtung gesundheitsförderlicher Maßnahmen betrifft die verschiedenen Personfaktoren. In diesem Zusammenhang hatte sich zum einen herausgestellt, dass in der bisherigen Gesundheitsförderungsdiskussion weitgehend offen blieb, wie denn solche relativ stabilen Persönlichkeitsdispositionen, beispielsweise das Kohärenzgefühl, überhaupt gefördert werden sollen. Zum anderen hatte sich gezeigt, dass die positive und differenzierte Bestimmung förderlicher Kompetenzen und Bewältigungsfähigkeiten erstaunlich diffus ausfiel (vgl. vorne Kap. 1.5.2). Daher waren mit der vorliegenden Arbeit auch das Anliegen und die Erwartung verbunden, dass eine emotionsfokussierte Betrachtung der einschlägigen Befunde weitere Ansatzpunkte zur personalen Ressourcenförderung erkennbar werden ließe.

Die vorausgehende Analyse legt nun nahe, dass mit Blick auf die Gesundheitsförderung vor allem eine Beeinflussung bzw. Ausweitung der Bewältigungskompetenzen aussichtsreich erscheint, da sich die dispositionellen Persönlichkeitsmerkmale einer direkten Beeinflussung durch gesundheitsförderliche Interventionen weitgehend entziehen und diesbezügliche Ziele nach Kaluza eher den Bereich von Psychotherapie bzw. von Erziehung und Persönlichkeitsbildung berühren. Allerdings sind durchaus Auswirkungen auf die habituellen Bewertungs- und Bewältigungsstile eines Menschen zu erwarten, wenn diesem aufgrund einer Ausweitung und

¹⁴¹ Welch eine große Rolle strukturelle Faktoren schon in der Anforderungs-Bewältigungs-Geschichte von Kindern spielen, lässt eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanzierte, aktuelle Studie der Universität Göttingen zu den Ursachen von Kopfschmerzen bei Kindern vermuten. Während in den siebziger Jahren nur etwa jedes siebte Kind betroffen war, ist es inzwischen fast jedes zweite, wobei die Gründe dafür vielfältig sein können: kritische Lebensereignisse wie die Scheidung der Eltern, hoher Leistungsdruck, zu wenig Bewegung. Außerdem wurde bei den betroffenen Kindern eine größere Ängstlichkeit und Stressanfälligkeit festgestellt (vgl. Westdeutsche Allgemeine Zeitung v. 10.4.2004). Ein weiteres Beispiel für die herausragende Bedeutung von strukturellen Faktoren ist auch die rapide Ausbreitung von Fettleibigkeit bei Kindern und Jugendlichen. Auch wenn Nahrung, wie eine Forscherin es ausdrückt, eine „Pauschalantwort auf alle negativen Gefühle“ darstellt (zit. n. Thimm, S. 185), wird eine diesbezügliche Schulung emotionaler Kompetenzen alleine kaum ausreichen, wenn nicht auch die Familie und die Schule bei der Prävention und Problemlösung mitwirken (vgl. Thimm, 2004).

Verbesserung seiner Bewältigungskompetenzen neue Erfahrungen bezüglich der eigenen Fähigkeit, sich selbst oder die Umwelt zu beeinflussen, möglich werden (vgl. Kaluza, 1996, S. 57). In diesem Zusammenhang hat die vorliegende Arbeit einige neue Impulse in Bezug auf die Frage, welche Bewältigungskompetenzen denn nun konkret zu fördern seien, hervorgebracht. Nachdem die bisherige Bewältigungsforschung häufig mehr oder weniger implizit zur Bevorzugung problemorientierten Copings neigte, wurde aus der hier gewählten emotionstheoretisch fundierten Perspektive auf das Anforderungs-Bewältigungs-Geschehen deutlich, dass gerade auch die umfassende Wahrnehmung der Emotionen und die Fähigkeit zur konstruktiven Regulation all ihrer Komponenten entscheidende Bedingungen für erfolgreiche Bewältigung darstellen.

Wenn man diese Überlegungen zur Gesundheitsförderung nun mit dem vorliegenden Ausgangsmodell verbinden will, dann erscheint es sinnvoll, dass – möglichst frühzeitig und sich im Verlauf der lebenslänglichen Auseinandersetzung mit ständig wechselnden Anforderungen gegebenenfalls wiederholend – gesundheitsförderliche Impulse erfolgen sollten, die es einem Individuum ermöglichen, seine Selbstregulation und sein Wohlbefinden in einer Weise zu beeinflussen, die eine (mehr oder weniger dauerhafte) Verbesserung seiner Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum wahrscheinlich und aussichtsreich erscheinen lässt. Dem liegt der aus den weiter vorne vorgestellten systemtheoretischen Überlegungen entstandene Leitgedanke zugrunde, dass manchmal kleine Anstöße ausreichen, um im autopoietischen System Mensch wesentliche Veränderungen auszulösen. Allerdings wäre diese grundsätzliche Überlegung noch zu spezifizieren, d.h. es wäre zu prüfen, zu welchen Zeitpunkten im Lebenslauf eines Individuums gesundheitsförderliche Interventionen am aussichtsreichsten sind, eine Aufgabe, die hier nicht zu leisten ist. Neben altersbezogenen Überlegungen dürften hier solche Aspekte wie „Betroffenheit“, „Leidensdruck“, „Erfordernisse der Problembewältigung“ etc. eine Rolle spielen (Siegrist, 1996, S. 260).

Erläuterung der letzten Modellphase

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen ist nun das Modell zu vervollständigen. Dies bedeutet, dass jetzt in einem letzten Schritt die übergeordnete Zielkategorie der Selbstregulation zu präzisieren und auszuformulieren ist, indem die Erkenntnisse über die für die Gesundheit und eine Verbesserung der Selbstregulation förderlichen Strategien in das bis hierher entwickelte Modell eingefügt werden (vgl. Abb. I/5). Zur Veranschaulichung wird dafür nun das zu Beginn dieses Kapitels entwickelte – emotionstheoretisch fundierte – transaktionale Modell stark verkleinert und schematisiert. Sodann werden an diesen Ausschnitt bzw. an die letzte Phase des Anforderungs-Bewältigungs-Prozesses, an das Bewältigungsverhalten, der Gesamtkomplex „emotionale Kompetenz“ bzw. alle die weiter vorne bereits zusammenfassend dargestellten gesundheitsförderlichen Strategien zur Beeinflussung belastender Emotionen „angekoppelt“. In diesem Zusammenhang soll die Ballonform veranschaulichen, dass hier (von Seiten der gesundheitsförderlichen Institution) eine Intervention und (von Seiten der TeilnehmerInnen an Gesundheitsförderung) eine Ausweitung von Bewältigungskompetenzen erfolgt, die geeignet ist, den Gesamtprozess in Richtung auf Gesundheit zu beeinflussen, wobei an dieser Stelle nun – anders als vorher – die Lernziele aus Teilnehmersicht formuliert werden. Mit anderen Worten: Gesundheitsförderliche Intervention soll Anstöße geben, die Ist-Situation des häufig mehr oder weniger automatisierten Bewältigungsverhaltens in Richtung auf größere Flexibilität und Bewusstheit sowie auf ein breites, an allen Komponenten einer Emotion ansetzendes Bewältigungsverhalten zu erweitern und dieses situationsangemessen einzusetzen.

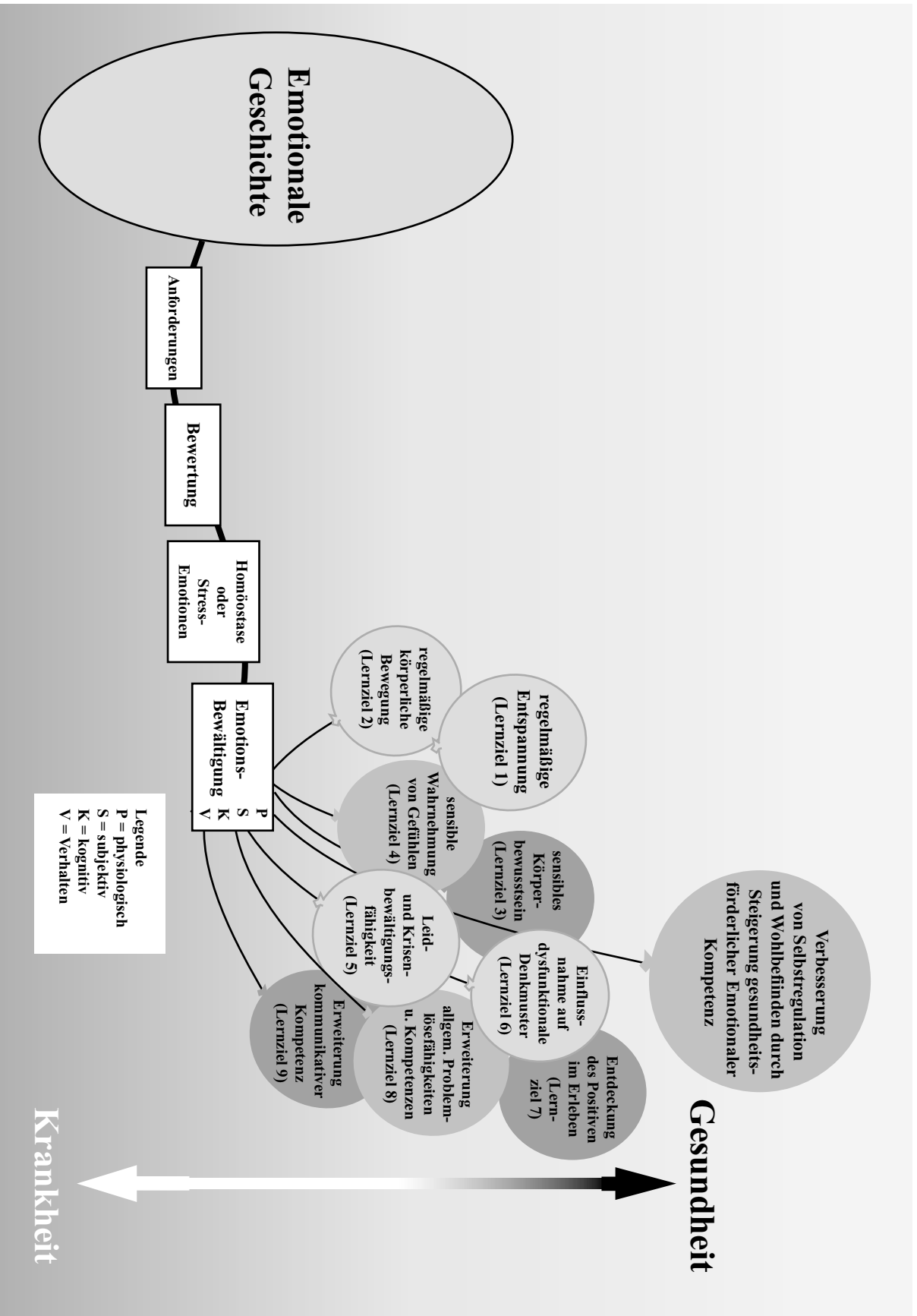


Abb.I/5: Modell gesundheitsförderlicher emotionaler Kompetenz

Aufgrund der schematisierten Form der Darstellung ist hierbei zweierlei zu beachten: Zum einen gilt es im Bewusstsein zu behalten, dass Bewältigung hier im Sinne des in 6.2.2.1 begründeten Vorschlags Emotionsbewältigung im umfassenden Sinne meint, und zum anderen sollte mitbedacht werden, dass sich – im Sinne der Abbildung – eine Änderung des Bewältigungsverhaltens, je nachdem, welche Komponente jeweils im Vordergrund steht, natürlich automatisch auch auf die anderen Phasen des transaktionalen Prozesses auswirkt.

Überlegungen zur Umsetzung

Für das weitere Vorgehen scheint es nun nicht sehr fruchtbar, ein eigenes, in seiner Umsetzung konkret ausformuliertes Programm zu entwickeln. Da viele der Inhalte im Verlauf der Arbeit bereits angesprochen wurden, würde dies unweigerlich zu Redundanzen führen. Auch gibt es zu jedem der hier (für die Gesundheitsförderung) zugrunde gelegten Aspekte umfangreiche Literatur, die eine sehr viel differenziertere und umfassendere Darstellung bietet, als eine hier vorzunehmende Skizzierung der Grundzüge eines solchen Programms dies erlauben würde. Vor diesem Hintergrund scheint es sinnvoll, einen anderen Weg zu wählen, nämlich einige maßgebliche und bereits evaluierte Stressbewältigungs- und Gesundheitsförderungsprogramme auf der Basis der hier entwickelten Kriterien zu diskutieren und die daraus resultierenden Erkenntnisse dann im Rahmen der Schlussfolgerungen (vgl. Kap. 7.3) zu berücksichtigen.

7.2 Kritische Sichtung bewährter Stress- u. Gesundheitsförderungsprogramme

Nachdem das Anliegen einer emotionsbasierten Gesundheitsförderung zunächst sehr ausführlich begründet und dann für die Modellentwicklung auf seine „Essentials“ und auf wenige überschaubar- und handhabbare Kriterien reduziert wurde, sollen in diesem Teil nun verschiedene, bereits erprobte Stressbewältigungs- und Gesundheitsförderungsprogramme auf ihre Kompatibilität und Passfähigkeit mit den bisherigen Überlegungen geprüft werden. Dafür gilt es nun exemplarisch einige Programme auszuwählen, die – im Einklang mit der Zielsetzung dieser Arbeit – bisher schon im Bereich der primären und/oder sekundären und tertiären Prävention angewendet werden und sich als krankheitsunspezifisches Gesundheitsförderungs- und/oder Stressbewältigungsprogramm verstehen (vgl. für einen Überblick: Reschke, 2002). Obwohl in dieser Arbeit der Schwerpunkt eigentlich auf die Gesundheitsförderung gelegt wurde, werden die Programme zur Stressbewältigung wegen ihrer großen Bedeutung für die hier verfolgte Thematik und wegen ihres Stellenwerts in allen Bereichen der primären, sekundären und tertiären Prävention miteinbezogen. (Im Übrigen dürfte inzwischen deutlich geworden sein, dass es sich bei der Fokussierung auf den Stress nur um eine Seite der Medaille handelt und Verbesserung der Stressbewältigung automatisch zugleich auf Verbesserung des Wohlbefindens abzielt.) Darüber hinaus verstehen sie sich häufig selber als Beitrag zur Gesundheitsförderung, oder sie werden, wie es vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) für den Bereich der medizinischen Rehabilitation vorgeschlagen wird, als Bausteine innerhalb eines umfassenden Gesundheitsbildungsprogramms eingesetzt (vgl. Schliehe u.a., 2000).

Vor diesem Hintergrund werden zunächst zwei der bei uns verbreitetsten und auch von den Spitzenverbänden der Krankenkassen (2001) empfohlenen Stressbewältigungs- und Gesundheitsförderungsprogramme aus der kognitiven Tradition gesichtet und geprüft. An erster Stelle wird das Programm „Gelassen und sicher im Stress“, ein „Psychologisches Programm zur Gesundheitsförderung“ von Kaluza (1996) vorgestellt. Es ist didaktisch sehr detailliert aufbereitet

und berücksichtigt viele der in der Gesundheitsförderung diskutierten Konzepte, so dass es sich gut als Hintergrund eignet, vor dem auch alle anderen Programme darzustellen und zu bewerten sind. Als zweites wird das ebenfalls von der Spitzenverbänden der Krankenkassen empfohlene und auch international bekannte „Stressimpfungstraining“ von Meichenbaum (2003) berücksichtigt, welches nicht nur im Bereich der primären, sondern auch in dem der sekundären und tertiären Prävention erprobt wurde. Weitere Programme, die unter der hier diskutierten Perspektive ebenfalls relevant erscheinen, beispielsweise ein – ausdrücklich mit dem Blick auf psychosomatische Störungen entwickeltes – Gruppentraining von Franke (1984, 1991) bzw. von Franke u. Möller (1993) oder ein auf den ersten Blick stärker emotionsbasiertes Programm von Reschke u. Schröder (2000) werden aus Platzgründen und wegen großer Redundanz der vorliegenden Konzepte sehr gestrafft und in einigen ausgewählten Aspekten am Ende des Abschnitts 7.2.1 erwähnt. In diesem Zusammenhang wird ein Abschnitt auch dem Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherungen gewidmet sein.

Im Anschluss an die Darstellung der überwiegend kognitiven Konzepte wird im dann folgenden Teil (Kap. 7.2.2) ein Programm aus dem Umfeld der Mind-Body-Medicine vorgestellt, das in den USA sehr verbreitet ist, dort an vielen Kliniken und Gesundheitszentren eingesetzt und bei uns zunehmend bekannter wird. Ein daran anschließender Vergleich zwischen den kognitiven Konzepten und dem Mind-Body-Programm wird die Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen Programme veranschaulichen und eine abschließende Bewertung erleichtern.

Die hier ausgewählten Programme stellen zwar nur eine Auswahl aus dem Ingesamt der Maßnahmen und Modelle dar, die in der Praxis der Gesundheitsförderung bisher Anwendung finden (vgl. z. B. Laaser; Hurrelmann, Wolters, 1993; Laaser u. Hurrelmann, 1998). Da sie aber – wie noch deutlich werden wird – viele Bezüge zu der hier vorgeschlagenen emotionsbasierten Konzeption von Gesundheitsförderung aufweisen und außerdem Bausteine enthalten, die auch für viele andere Programme, beispielsweise im Kontext von Patientenschulung oder von Psychoedukation, relevant sind, erscheint die vorgenommene Auswahl doch exemplarisch und sinnvoll.

7.2.1 Stressbewältigung in der Tradition der kognitiven Psychologie

7.2.1.1 *Das Gesundheitsförderungsprogramm nach Kaluza*

Das Programm „Gelassen und sicher im Streß“ von Kaluza (1996) ist ein auf gesundheitspsychologischen Erkenntnissen aufbauendes Gruppenprogramm „zur Verbesserung des Umgangs mit alltäglichen Belastungen (Streßbewältigung)“ (Kaluza, 1996, S. VII) bzw. zur Gesundheitsförderung. Dabei richtet sich das Programm in erster Linie „an (noch) gesunde Personen“ (ebd., S. 70), wobei Menschen mit chronischen Erkrankungen allerdings nicht von vornherein ausgeschlossen sind. Falls aber die körperliche Symptomatik im Vordergrund steht, wird die Teilnahme an einschlägigen krankheitsbezogenen Angeboten (z.B. Diabetikerschulung, Umgang mit Schmerz) empfohlen. Ebenso gelten psychische Störungen, beispielsweise ausgeprägte neurotische, psychosomatische und Suchtproblematiken, als Ausschlusskriterium.

Das von Kaluza vorgelegte Gesundheitsförderungsprogramm ist aus einem Vorläuferprogramm, dem verhaltenstherapeutisch orientierten Stresspräventionsprogramm von Kaluza u. Basler, hervorgegangen, dessen Konzeption von 1985 bis 1989 im Rahmen eines von der Bun-

deszentrale für gesundheitliche Aufklärung geförderten Projektes am Institut für Medizinische Psychologie der Universität Marburg entwickelt, praktisch erprobt und wissenschaftlich evaluiert wurde. Seitdem hat das Programm „Gelassen und sicher im Streß“ eine große Verbreitung gefunden und wird sowohl von Krankenkassen als auch im Rahmen von Erwachsenenbildung und betrieblicher Gesundheitsförderung angeboten.

Gesundheitspsychologische und konzeptionelle Grundlagen

Betrachtet man die gesundheitspsychologischen Grundlagen des Programms, dann wird deutlich, dass diesem viele der Konzepte zugrunde liegen, die auch in der vorliegenden Arbeit ausführlich berücksichtigt wurden: ein *auf Lazarus basierendes transaktionales Stressverständnis* (vgl. Kaluza, 1996, S. 26 ff.), eine ausführliche Auseinandersetzung mit dem Einfluss von übergreifenden gesundheitsriskanten und gesundheitsförderlichen Persönlichkeitsmerkmalen auf das aktuelle Stressgeschehen und auf die Gesundheit (vgl. ebd., S. 35 ff.) und schließlich auch eine Darstellung der verschiedenen Formen von Bewältigung (vgl. ebd., S. 31 ff.) bzw. eine eingehende Diskussion der Frage, wodurch erfolgreiches Bewältigungsverhalten gekennzeichnet ist (vgl. ebd., S. 48). Nicht zuletzt geht auch Kaluza vor dem Hintergrund des in dieser Arbeit bereits vorgestellten psychoneuroendokrिनologischen Stressmodells von Henry (vgl. hier vorne Kap. 2.5.1.2) davon aus, dass die Stressreaktion je nach zugrunde liegender Emotion zu spezifizieren ist. Diese Unterscheidung bleibt aber insofern folgenlos für das Programm, als die Stressreaktion ganz in der Tradition der Bewertungstheorien ausschließlich als kognitiv-emotionale konzipiert wird. Weder kommt den Emotionen ein nennenswertes Eigengewicht zu – Gedanken und Gefühle fallen unter dieselbe Kategorie (vgl. Kaluza, 1996, S. 15) – noch wird berücksichtigt, dass neben externen auch interne Anforderungen zu Stressoren werden können. Da all diese Fragen in der vorliegenden Arbeit ausführlich diskutiert wurden, beschränkt sich die Darstellung der konzeptionellen Grundlagen auf diese knappe Übersicht.

Weiter liegt dem hier diskutierten Gesundheitsförderungsprogramm ein Begriff von *Gesundheit als „umfassendes psychophysisches Wohlbefinden“* (Kaluza, 1996, S. 9) zugrunde, das in ständiger Auseinandersetzung mit den Wechselfällen des Lebens erhalten oder immer wieder neu hergestellt werden muss (vgl. ebd.). Eine in diesem Sinne verstandene Gesundheitsförderung soll „durch eine Reduktion der alltäglichen Belastungserfahrungen“ (ebd., S. 57) erreicht werden, wobei die Interventionen in erster Linie auf „Veränderungen auf der Personseite aktueller streßbezogener Transaktionen“ (ebd., S. 57 f.) zielen. Veränderungen von äußeren Stressoren sind in die Interventionen nicht ausdrücklich eingeschlossen. Sie sind allerdings insoweit möglich, als sie durch eine Person bzw. durch deren Verhalten ausgelöst werden können (vgl. ebd., S. 56).

Konkrete Ansatzpunkte des Programms sind zum einen die Bewertungsprozesse einer Person. Am Programm Teilnehmende sollen lernen, stressinduzierende Bewertungsmuster und ebensolche Einschätzungen der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten möglichst frühzeitig zu erkennen und gegebenenfalls durch alternative selbstberuhigende (vgl. ebd., S. 111) bzw. die Selbstwirksamkeit fördernde Kognitionen zu ersetzen. Zum anderen zielt das Programm auf den Ausbau problem- wie reaktionsorientierter Bewältigungskompetenzen, wobei es darum geht, ein breites Spektrum von Bewältigungsalternativen und einen flexiblen und situationsangemessenen Umgang damit zu vermitteln (vgl. ebd., S. 57 f.). In diesem Zusammenhang wird allerdings betont, dass es nicht Absicht des Programms sei, einen „Gemischtwarenladen“ aus vielen verschiedenen Techniken anzubieten (ebd., S. 59). Im Sinne eines „stärker person- oder

problemorientierte(n) Vorgehen(s)“ (ebd.) sollen die Bewältigungsstrategien vielmehr – möglichst konkret auf die aktuell vorherrschenden Belastungssituationen der Teilnehmer bezogen – erarbeitet werden (vgl. ebd.). Die Teilnehmenden sollen beide Wege der Stressbewältigung, den problemlöse- und den reaktionsorientierten, in einem ausgewogenen Verhältnis anzuwenden lernen (vgl. ebd., S. 83).

Die hier zum Ausdruck kommende Flexibilität wird als ein „zentrales Programmmerkmal“ (ebd., S. 61) benannt. Dies bedeutet, dass zwar eine klare Struktur des Gesundheitsförderungsprogramms besteht. Das Programm sollte aber auf keinen Fall starr „abgearbeitet“ werden, sondern variabel an der aktuellen Situation der Gruppe ausgerichtet sein (vgl. ebd., S. 62). Darüber hinaus wird Wert darauf gelegt, die Ressourcen und Kompetenzen der Teilnehmenden zu betonen und einzubeziehen und die Möglichkeiten, die das Lernen in der Gruppe bietet, umfassend zu nutzen (vgl. ebd., S. 62 ff.).

Zur inhaltlichen Struktur des Programms

Nach diesen grob orientierenden Vorbemerkungen zu den konzeptionellen Merkmalen kann die eigentliche inhaltliche Struktur des Programms dargestellt werden. Dieses besteht zunächst aus einer Phase des Kennenlernens sowie einer Einführung in das Programm und in die Grundlagen des transaktionalen Stressverständnisses (vgl. ebd., S. 79 ff.). Daran anknüpfend werden dann drei Bausteine vermittelt: 1. ein Problemlösetraining, 2. ein Genusstraining und 3. ein Entspannungstraining. Problemlösetraining und Entspannungstraining laufen vom Beginn der zweiten Sitzung an parallel, wobei die jeweiligen Inhalte über die insgesamt 12 Sitzungen à jeweils 2 Std. verteilt sind. Ab der 5. Sitzung kommt noch das Genusstraining dazu, das dann ebenfalls in verschiedene einzelne Schritte aufgeteilt bis zum Ende des Programms mitläuft (vgl. den Überblick, ebd., S. 176 ff.). Die generelle, mit diesen drei Programmbestandteilen verbundene Zielrichtung wird folgendermaßen beschrieben: „Im Rahmen des Problemlösetrainings findet eine Konfrontation und problembezogene Auseinandersetzung mit den konkreten Belastungen der Teilnehmer statt, während es bei den beiden anderen Programmbausteinen im wesentlichen darum geht, Abstand von inneren und äußeren Anforderungen zu gewinnen, negative Belastungsfolgen zu kompensieren sowie präventive Schutzfaktoren aufzubauen“ (ebd., S. 94). Die drei Bausteine des Programms sollen nun genauer betrachtet werden:

1. Das Problemlösetraining gilt ganz allgemein dem Erwerb einer „problemlösenden Grundhaltung“ (ebd., S. 94), bei der die Teilnehmer nicht nur lernen sollen, „daß Problemsituationen zum normalen Leben gehören“ (ebd.) und „daß man solche Situationen aktiv meistern kann“ (ebd., S. 95), sondern auch eine Bereitschaft, „Problemsituationen im Augenblick ihres Auftretens wahrzunehmen“ (ebd.), und die „Entschlossenheit, der Versuchung zu impulsivem Handeln zu widerstehen“ (ebd.) erwerben sollen. Dem Einüben dieser (bei Kaluza nach Goldfried und Goldfried dargestellten) generellen Grundhaltung (vgl. ebd., S. 94) dient eine Problemlösungsstrategie, die in einer Abfolge von 6 Schritten vermittelt wird:

Schritt 1: „Dem Streß auf die Spur kommen“ beinhaltet eine Anleitung „zu einer systematischen Selbstbeobachtung von Belastungssituationen und –reaktionen“ (ebd., S. 95). Anhand eines einfachen Schemas zur Verhaltensbeobachtung lernen die Kursteilnehmer zunächst, stressauslösende Situationen konkret zu beschreiben sowie herauszufinden und nach verschiedenen Reaktionsebenen (Körper, Gedanken/Gefühle, Verhalten) differenziert aufzuschreiben, was in dieser Situation mit ihnen geschieht. Diese Übung der Selbstbeobachtung wird während der ersten Kurswochen immer wiederholt. Dabei geht es nicht nur um ein zunehmend differen-

zierteres Erfassen der subjektiven Stressauslöser und Belastungsreaktionen. Erhofft wird davon auch ein Distanzierungseffekt, d.h. „der Teilnehmer beobachtet sein Streßverhalten von einem inneren, quasi neutralen Beobachterposten aus, der in die aktuellen Streßereignisse nicht involviert ist“ (ebd., S. 100).

Schritt 2: Auf der Basis einer solchen konkret beschriebenen Belastungssituation werden dann in Form eines Brainstormings Ideen gesammelt, wie die geschilderte Situation möglichst stressreduzierend bewältigt werden kann. Dabei werden zunächst alle Vorschläge der Teilnehmenden ohne Bewertung und gleichgültig, ob sie sich auf die Veränderung der Situation, auf eine Veränderung des Verhaltens oder auf eine Veränderung der Bewertungen/Kognitionen beziehen, gesammelt und für alle sichtbar notiert (vgl. ebd., S. 102 ff.).

Schritt 3: In dieser Phase entscheidet nun der Teilnehmer, dessen Fall bzw. dessen Belastungssituation gerade bearbeitet wird, welche der vorgeschlagenen Bewältigungsstrategien er auswählen möchte. Die Gruppe darf den Betreffenden evtl. ermutigen oder ihm zusätzliche Alternativen aufzeigen oder auch mit Klebepunkten verdeutlichen, welchen Bewältigungsvorschlag sie für den effektivsten hält. Letztlich und grundsätzlich ist es aber der Fallgeber, der entscheidet (vgl. ebd., S. 104 f.).

Schritt 4: Hier wird nun konkret geplant, wie die ausgewählte Bewältigungsmöglichkeit realisiert werden soll. Es wird ein Handlungsplan aufgestellt, die einzelnen Schritte werden möglichst genau in ihrer Abfolge etc. festgelegt, und der Teilnehmer geht eine ausdrückliche Selbstverpflichtung zur Umsetzung der von ihm gewählten Strategie ein (vgl. ebd., S. 107). Zusätzlich sollte das ausgewählte Bewältigungsverhalten auch im Rollenspiel eingeübt werden. Diese Möglichkeit wird zur Unterstützung des Teilnehmers ausdrücklich empfohlen, weil sie Ansatzpunkte zum Abbau von Ängsten und Unsicherheiten und Gelegenheit zum Einüben selbstsicherer Verhaltens bietet (vgl. ebd., S. 108). Alternativ dazu können „in den Fällen, in denen die Belastungsbewältigung eher auf der kognitiven Ebene angesiedelt ist“ (ebd., S. 111), auch Verfahren eingeübt werden, mit deren Hilfe Teilnehmer „darauf vorbereitet werden, in belastenden Situationen streßverschärfende Kognitionen zu bemerken, zu unterbrechen und alternative Selbstinstruktionen zu finden und einzusetzen“ (ebd.).

Schritt 5, das Umsetzen der gewählten und eingeübten Strategie, findet dann im Alltag statt und führt entweder zum gewünschten Ziel der Belastungsbewältigung mit all den positiven Folgen, die für das Wohlbefinden zu erwarten sind, oder aber die Umsetzung führt nicht zum gewünschten Ergebnis, macht dafür aber neue Aspekte der Problemsituation deutlich (vgl. ebd., S. 115).

Schritt 6 schließlich beinhaltet das Feedback und eine abschließende Überprüfung des Vorgehens bei der Problembewältigung und der dabei erreichten Resultate. Diese Reflexion kann, je nachdem ob der Teilnehmer mit dem Erreichten zufrieden ist, eine Analyse möglicher Fehler beinhalten, sollte aber immer ihr Hauptaugenmerk auf die Schritte und Aspekte richten, die besonders erfolgreich waren (vgl. ebd., S. 114 f.).

Bis etwa zur 9. bzw. 10. Sitzung wird das hier geschilderte Problemlöseverfahren unter der Leitung des Kursleiters anhand der von den Teilnehmenden eingebrachten Beispiele vielfach angewendet und durchgespielt. Im letzten Teil des Kurses lernen die Teilnehmer dann zunehmend, die 6-Schritte-Strategie selbstständig umzusetzen und in Kleingruppen Lösungen für die von ihnen eingebrachten Belastungssituationen zu erarbeiten.

2. **Das Entspannungstraining** gilt als weitere „grundlegende Bewältigungsmöglichkeit gegenüber Belastungen“ (ebd., S. 120). Dem liegt die Annahme zugrunde, dass regelmäßige Entspannung nicht nur physiologische Erregung abbaut und sich durch Gefühle der Ruhe, der Erholung und der Gelassenheit bzw. durch den möglichen Abbau von Ängsten und Deprimiertheiten auch emotional günstig auswirkt (vgl. ebd.). Das Entspannungstraining wird auch mit dem weiteren Ziel vermittelt, „als kurzfristige Bewältigungsstrategie in aktuellen Belastungssituationen“ (ebd.) bzw. als „Selbstkontrolltechnik“ (ebd.) eingesetzt werden zu können. Bei alledem betont Kaluza, dass das Entspannungstraining nicht „auf das bloße Erlernen einer Technik reduziert werden“ sollte (ebd.), „deren Ziel allein in der Lösung körperlicher Verspannungen besteht“ (ebd.). Es gehe auch um „so grundlegende Dinge wie sich Zeit für sich selbst zu nehmen, sich auf sich selbst zu zentrieren und die eigenen körperlichen und emotionalen Signale sensibel wahrzunehmen“ (ebd.) und „um die Überwindung von überzogenem Leistungsstreben und starren Kontrollbedürfnissen zugunsten einer mehr rezeptiven Haltung des Geschehens“ (ebd.).

Das Entspannungstraining selber, das der Methode der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson folgt, wird hier nur als Überblick über seinen Ablauf innerhalb des Programms dargestellt (vgl. für eine detaillierte Darstellung: Kaluza, S. 123 ff.). Eingeführt wird die PMR in der zweiten Stunde zunächst als Langform, die dann ab der 5. Sitzung auf vier Muskelgruppen verkürzt wird. Ergänzend dazu werden Übungen vermittelt, die wie die sogenannte „Ampelübung“ zur „kurzfristigen zwischenzeitlichen Entspannung im Alltag“ dienen (ebd., S. 146) oder als „differentielle Entspannung“ zur Lösung spezifischer verspannter Muskelgruppen (z.B. des Nackens) beitragen (vgl. ebd., S. 148). Bei entsprechender Vorerfahrung des Leiters können zur Abwechslung auch einmal Phantasiereisen eingesetzt werden (vgl. ebd., S. 149).

Es wird betont, dass das Entspannungstraining „im Rahmen des Gesamtprogramms einen zentralen Platz ein(nimmt)“ (ebd., S. 123) und – weil der Umgang damit „Modellcharakter“ hat (ebd., S. 124) – konsequent von der zweiten bis zur letzten Stunde des Programms bei jedem Treffen eingebaut werden sollte. Auch sollte der Kursleiter Sorge dafür tragen, dass genügend Zeit für die Besprechung der Teilnehmererfahrungen bleibt, dabei vor allem auch für die Erfahrungen mit den häuslichen Entspannungsübungen (vgl. ebd.). All dies soll die Teilnehmer dazu motivieren, in ihren Alltag regelmäßige Entspannungsphasen einzubauen.

3. **Das Genustraining** schließlich dient ebenfalls dazu, Belastungserfahrungen Möglichkeiten der Kompensation entgegenzusetzen. Ausgehend von einem bei gestressten Menschen vielfach anzutreffenden Teufelskreis aus Dauerbelastung, Einschränkung von Freizeitaktivitäten, zunehmender sozialer Isolierung und dadurch wiederum wachsender Belastung ist es das Ziel des beschriebenen Gesundheitsförderungsprogramms, den Teilnehmenden vernachlässigte oder neue „Möglichkeiten positiven, euthymen Erlebens und Verhaltens“ (ebd., S. 154) zugänglich zu machen und „Lust auf neue Erfahrungen“ (ebd., S. 156) bzw. auf „die positiven Seiten des Lebens“ (ebd.) zu wecken. Basis für das Genustraining sind Übungen aus dem in Kap. 6.2.1.5 bereits erwähnten Therapieprogramm von Lutz u. Koppenhöfer (1983), die mit dem Blick auf die Ziele dieses Programms modifiziert wurden.

In einem *ersten Schritt* wird unter Anwendung erlebnisaktivierender Methoden zunächst eine Reihe von Wahrnehmungsübungen (Riechen und Tasten verschiedener Materialien) durchgeführt, die die Teilnehmer dazu anregen sollen, auch in ihrem Alltag bewusster auf angenehme Sinneserlebnisse und Erfahrungen zu achten und diese zu notieren. In einem *zweiten Schritt*

geht es dann zunächst „um das Benennen von potentiell angenehmen Dingen, indirekt also um das Äußern von Wünschen“ (ebd., S. 165) und dann auch um das konkrete Planen von angenehmen Erlebnissen. Diese Planung angenehmer Aktivitäten wird dann Woche für Woche wiederholt, wobei diesbezügliche Erfahrungen der Teilnehmer von diesem Zeitpunkt an kontinuierlich in das Kursprogramm einfließen, so dass auftretende Probleme reflektiert und unter Umständen gelöst werden können. Zur Unterstützung dienen zwei Exkurse, die bei Bedarf in den Kursablauf eingefügt werden können. Der erste dient der Auseinandersetzung mit möglichen Gründen chronischen Zeitmangels (vgl. ebd., S. 169 ff.). Der zweite Exkurs bzw. die in diesem Zusammenhang durchgeführte Übung soll dazu anregen, über Vertrauensbildung im Alltag nachzudenken (S. 171 f.). In den letzten beiden Wochen wird schließlich auch noch für jeden Einzelnen ein längerfristig angelegtes „persönliches Gesundheitsprojekt“ (ebd., S. 172) geplant. Dies kann für den einen Teilnehmer bedeuten, regelmäßig zu joggen, und für den anderen, seine sozialen Kontakte zu verbessern.

Damit sind die für einen Vergleich mit anderen Programmen wesentlichen Grundzüge dargestellt. Vergleicht man nun die hier vorgestellten Komponenten des Programms mit den zuvor entwickelten Kriterien einer emotionsfundierte Konzeption von Gesundheitsförderung, dann wird anhand der graphischen Darstellung deutlich, dass in dem Gesundheitsförderungsprogramm von Kaluza besonderes Gewicht auf die Erweiterung von Problemlösefähigkeiten (Lernziel 8) gelegt wird, worin Anregungen zur Einflussnahme auf dysfunktionale Denkmuster (Lernziel 6) sowie solche zur Einübung selbstsicheren Verhaltens eingeschlossen und damit zumindest Teilaspekte einer Erweiterung kommunikativer Kompetenzen (Lernziel 9) berücksichtigt sind. Darüber hinaus wird dem Entspannungstraining (Lernziel 1) große Bedeutung beigemessen (vgl. einschränkend allerdings die Fußnote 145) und es werden auch Anregungen zur Entdeckung des Positiven im Erleben (Lernziel 7) vermittelt. (Zur Erläuterung: Die Bewertung XX wird vorgenommen, wenn das Lernziel in dem jeweiligen Programm in umfassender Weise berücksichtigt wird, X, wenn es zwar berücksichtigt wird, aus Sicht einer emotionsfokussierten Konzeption von Gesundheitsförderung aber noch zu wünschen übrig lässt, und fehlendes X, wenn keine Berücksichtigung erfolgt. Dies betrifft im Kaluza-Programm die Aspekte der Gefühlswahrnehmung und der Leid- bzw. Krisenbewältigungsfähigkeit).

Lernziel 1	Einüben von Entspannungsmöglichkeiten	XX
Lernziel 2	Vermittlung von Bewegungsmöglichkeiten	X
Lernziel 3	Schulung des Körperbewusstseins	X
Lernziel 4	Sensibilisierung für eine differenzierte Wahrnehmung von Gefühlen und deren möglichen Beweg- und Hintergründen	
Lernziel 5	Vermittlung von Fähigkeiten zur Krisenbewältigung und zum Umgang mit Leid	
Lernziel 6	Anregung zur Einflussnahme auf dysfunktionale Denkmuster	XX
Lernziel 7	Anregung zur Entdeckung des Positiven im Erleben	XX
Lernziel 8	Erweiterung allgemeiner Kompetenzen und Problemlösefähigkeiten	XX
Lernziel 9	Erweiterung kommunikativer Kompetenzen	X

Diese Bewertung, die an dieser Stelle vielleicht noch nicht in allen Teilen nachzuvollziehen ist, wird später noch einleuchtender, wenn sich das Bild vervollständigt hat und das Kaluza-Programm rückblickend auch noch im Vergleich mit anderen betrachtet werden kann. Sie (die Bewertung) kann im Übrigen auch mit Blick auf die in jüngster Zeit unter dem Titel „Stressbewältigung“ erschienene, gründlich überarbeitete Folgevariante des hier vorgestellten Programms aufrechterhalten werden (vgl. Kaluza, 2004). Neben verschiedenen Ergänzungsmodulen, beispielsweise zum Thema „Sozialer Rückhalt“ oder zur „Zeiteinteilung im Alltag“, ist nun erfreulicherweise auch ein Modul zur „Stressbewältigung durch Sport und mehr Bewegung im Alltag“ vorgesehen (vgl. ebd., S. 155 ff.). Da aber dieser Aspekt nicht systematisch berücksichtigt wird und es dem Kursleiter überlassen bleibt, ob und wie er diese Ergänzungen zeitlich zusätzlich zum bisherigen Kursablauf integriert (vgl. ebd., S. 173 f.), wird dieser Aspekt hier nur mit einer mittleren Gewichtung berücksichtigt.

7.2.1.2 Das Stressimpfungstraining nach Meichenbaum

Meichenbaum veröffentlichte das Stressimpfungstraining (engl. „Stress Inoculation Training“) bereits 1985. In Deutschland liegt das Programm seit 1991 vor, inzwischen auch in einer zweiten korrigierten, aber inhaltlich nicht veränderten Auflage (vgl. Meichenbaum, 2003, S. 7). Der Begriff „Stressimpfung“ soll analog zum medizinischen Konzept der Impfung darauf hindeuten, dass es darum geht, „psychologische Antikörper“ oder Bewältigungsstrategien aufzubauen und die Widerstandsfähigkeit des Klienten gegenüber Stress zu vergrößern“ (ebd., S. 37). Im Vorwort schreibt Meichenbaum, dass er mit seinem Buch keinen eklektischen Ansatz aus vielen Einzeltechniken, sondern „einen integrativen Rahmen für ein besseres Verständnis der zeitgenössischen Stressbehandlung“ (ebd., S. 9) und „ein Programm für eine kognitive Verhaltenstherapie“ (ebd.) vorstellen will. Daneben spricht er aber auch davon, dass das Training „grundsätzlich pädagogischer Natur ist“ (ebd., S. 38) und nicht nur von Psychotherapeuten, sondern auch von entsprechend trainierten „Mediatoren“ (ebd., S. 42) anderer Berufsgruppen (Patienten, Polizisten, Lehrer, Bewährungshelfer etc.) vermittelt wird. Zudem wird das Programm in vielen verschiedenen Formen angeboten – sowohl im präventiven als auch im therapeutischen Kontext (vgl. ebd., S. 9), in nicht-klinischen und in klinischen Gruppen (vgl. ebd., S. 11) und sowohl im Einzelkontakt mit einem Klienten als auch in Gruppen. Zu erwähnen ist auch, dass das Stressimpfungstraining, auch SIT genannt, nicht nur von Meichenbaum und seinen Kollegen, sondern auch von Forschern verschiedener anderer Gruppen mit- bzw. weiterentwickelt und evaluiert wurde. So ist es zu erklären, dass inzwischen zahlreiche Varianten des SIT vorliegen, die auf spezifische Klientengruppen zugeschnitten sind. Das Spektrum reicht von der Behandlung bei Problemen mit Angst oder Ärger bei Kindern und Erwachsenen bzw. von der Therapie bei verschiedenen neurotischen oder psychiatrischen Erkrankungen bis hin zur Prävention bei verschiedenen medizinischen Eingriffen oder zur Begleitung bei einer Reihe von Gesundheitsproblemen und chronischen Erkrankungen. Ein wichtiger Einsatzbereich des Trainings stellt schließlich auch die „Stressimpfung“ unterschiedlichster Berufsgruppen dar, die besondere Belastungen zu bewältigen haben, beispielsweise Mediziner, Krankenschwestern, Lehrer, Polizisten, Athleten etc. (vgl. ebd., S. 39 f.).

Zu Konzeption und Aufbau des Trainings

Konzeptionell baut das Stressimpfungstraining – wie auch das vorher genannte – auf dem transaktionalen Modell von Lazarus auf (vgl. ebd., S. 15 f.). Dabei wird zwar die Bedeutung der Kognitionen – Meichenbaum differenziert hier zwischen kognitiven Ereignissen, Prozessen und Strukturen – sehr deutlich betont (vgl. ebd., S. 18 ff.). Auch ist es ein ausdrückliches Anliegen des Programms, vielfältige Bewältigungsstrategien und ein flexibles, angepasstes Bewältigungsverhalten zu vermitteln (vgl. ebd., S. 27 ff.). Es erfolgt aber auch ein sehr expliziter Hinweis darauf, dass Interventionen zur Stressreduktion und Stressbewältigung in vielen Fällen über das Individuum und die Gruppe hinausreichen und auch Veränderungen in der Umwelt anstoßen müssen (vgl. ebd., S. 23 f.).

Das Stressimpfungstraining ist „ein halbstrukturiertes und flexibles Trainingsprogramm“ (ebd., S. 37), das aus drei Phasen (der Informationsphase, der Lern- und Übungsphase, der Anwendungs- und Posttrainingsphase) besteht, die eng zusammenhängen, sich oft wiederholen oder überlappen (vgl. S. 10 f.). Wie variabel das Programm ist, wird ersichtlich, wenn Meichenbaum bemerkt, dass „das Training mit chirurgischen Patienten eine Stunde oder mit Schmerzpatienten zwanzig Stunden“ benötigen kann (ebd., S. 45). Darüber hinaus hat sich das Programm aber auch insofern als anpassungsfähig erwiesen, als es auch schon in der Arbeit mit chronischen Patienten als Teil eines umfassenderen Therapieprogramms wirksam war (vgl. ebd., S. 43). Wenn die drei Phasen im Folgenden nur knapp erläutert werden, dann ist dabei zu berücksichtigen, dass die Darstellung hier nur hinsichtlich einer Bewertung des SIT anhand der zuvor entwickelten Kriterien beabsichtigt ist.

Zum Ablauf des Stressimpfungsprogramms

In der ersten Phase, der *Informationsphase*, geht es zunächst um die Herstellung eines Arbeitsbündnisses und einer tragfähigen therapeutischen Beziehung (vgl. ebd., S. 45) sowie um die Erhebung möglichst genauer Informationen über die stressauslösende Problematik und das Bewältigungsverhalten des Klienten. Dabei ist in der Darstellung von Meichenbaum nicht genau zu unterscheiden, welche Verfahren der Einzeltherapie vorbehalten sind und welche „Techniken“ genutzt werden, wenn das SIT auf Gruppenbasis durchgeführt wird. Meichenbaum erwähnt sowohl die Variante eines ausführlichen halbstrukturierten klinischen Interviews (vgl. ebd., S. 50 ff.) und der vorstellungsgestützten Erinnerung (vgl. ebd., S. 53) als auch verschiedene Formen der Selbstbeobachtung, denen im SIT große Bedeutung beigemessen wird (vgl. ebd., S. 57). Wenn dann mithilfe dieser Methoden „die Stressdiagnostik“ (ebd., S. 71) abgeschlossen ist, wird als nächstes das Stressgeschehen zusammen mit dem Klienten in der Sprache des transaktionalen Stressmodells „reformuliert“, so dass dieser die Bedeutung seiner Kognitionen für die Auslösung und Aufrechterhaltung von Stress erkennen kann und eine Grundlage erwirbt, um jetzt und in Zukunft seinen Stress selbstständig zu analysieren (vgl. ebd., S. 45 u. S. 68 ff.).

In der zweiten Phase, der *Lern- und Übungsphase*, besteht das Ziel darin, „dass der Klient die Fähigkeit entwickelt, eingeübte Bewältigungsstrategien erfolgreich auszuführen“ (ebd., S. 73). Meichenbaum betont hier, dass es wesentlich ist, die Einstellungen und Erwartungen des Klienten genau zu erfassen und die Informationen der ersten Phase sorgfältig zu nutzen, um die Bewältigungsstrategien an die jeweilige Klientel und an die Situation genau anpassen zu können (vgl. ebd., S. 73 f.). Im Einzelnen beinhaltet das in dieser Phase vermittelte Repertoire an Trainingstechniken: Entspannungsübungen (wahlweise PMR, Meditation, Biofeedback etc.), kog-

nitive Techniken wie die kognitive Umstrukturierung nach Beck (vgl. vorne Kap. 6.2.1.3), stressreduzierende Selbstinstruktionen (vgl. ebd., S. 90 ff.) und ein Problemlösungstraining (vgl. ebd., S. 87 ff.).

In der dritten Phase, der *Anwendungs- und Posttrainingsphase*, geht es schließlich um den Transfer des Gelernten in den Alltag. Da nach Meichenbaum „nicht erwartet werden (kann), dass die im Training vermittelten Bewältigungsstrategien auch automatisch auf die ‚Außenwelt‘ generalisiert werden“ (ebd., S. 97), werden die zuvor angeeigneten Bewältigungstechniken nun unter Ernstbedingungen erprobt. Anhand von Vorstellungs- und Verhaltensübungen, Rollenspielen, Modelllernen und schrittweiser Konfrontation mit den Stressauslösern (vgl. ebd., S. 97 ff.) werden die verschiedenen Strategien nun unter möglichst realitätsnahen oder tatsächlich realistischen Bedingungen erprobt. Dabei wird die Auswahl der zu erprobenden Strategien ganz auf die jeweiligen Teilnehmer abgestimmt. Beispielsweise kann es in einem Fall um ein Kommunikationstraining oder um „Ärgerkontrolle“ gehen, im anderen um „Mobilisierung der sozialen Unterstützung“ (ebd., S. 99). Über diese sogenannte Anwendungsphase hinaus hält Meichenbaum es auch für sinnvoll, 3, 6 oder mehr Monate, nachdem das eigentliche Programm abgeschlossen ist, noch sogenannte Posttrainings durchzuführen, um dann Bewältigungsstrategien noch einmal zu evaluieren und gegebenenfalls zu verbessern (vgl. ebd., S. 105).

Vergleicht man die hier vorgestellten Programmelemente nun mit den zuvor entwickelten Kriterien einer emotionsfundierte Gesundheitsförderung, dann gleicht das Bild nur teilweise der am Ende von Kap. 7.2.1.1 vorgenommenen Bewertung des Kaluza-Programms. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Lernziele 2, 3 und 7, soweit ich das anhand der Ausführungen von Meichenbaum übersehen kann, nicht berücksichtigt werden.

Lernziel 1	Einüben von Entspannungsmöglichkeiten	XX
Lernziel 2	Vermittlung von Bewegungsmöglichkeiten	
Lernziel 3	Schulung des Körperbewusstseins	
Lernziel 4	Sensibilisierung für eine differenzierte Wahrnehmung von Gefühlen und deren möglichen Beweg- und Hintergründen	
Lernziel 5	Vermittlung von Fähigkeiten zur Krisenbewältigung und zum Umgang mit Leid	
Lernziel 6	Anregung zur Einflussnahme auf dysfunktionale Denkmuster	XX
Lernziel 7	Anregung zur Entdeckung des Positiven im Erleben	
Lernziel 8	Erweiterung allgemeiner Kompetenzen und Problemlösefähigkeiten	XX
Lernziel 9	Erweiterung kommunikativer Kompetenzen	X

Insgesamt ist fraglich, ob der Ansatz von Meichenbaum, in der Form, in der er sich hier darstellt, sinnvollerweise überhaupt in den Bereich der Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V (vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen, S. 20 u. 41) eingeordnet werden sollte. Er ist so komplex und anspruchsvoll (was für sich genommen ja nicht gegen eine Verwendung im Rahmen von Gesundheitsförderung spricht) und erscheint in vieler Hinsicht so einer Abstimmung auf die jeweilige Klientel bedürftig, dass der Einschätzung von Reschke zuzustimmen ist, der das Stressimpfungstraining weniger für ein Stressbewältigungsprogramm, sondern vielmehr für einen „komplexen Ansatz zur problembezogenen Verhaltensmodifikation“ hält (Reschke, S. 68).

7.2.1.3 Weitere Stressbewältigungs- und Gesundheitsförderungsprogramme

Wenn hier auch nicht der Raum ist, um alle einschlägigen Programme ausführlich zu würdigen, so möchte ich an dieser Stelle einige Programme zumindest soweit darstellen, dass diejenigen Aspekte deutlich werden, die mit dem Blick auf emotionszentrierte Vorstellungen von Gesundheitsförderung bedeutsam erscheinen.

Ein Programm zur Stressbewältigung des IFT (München)

Zunächst ist das vom Institut für Therapieforschung (IFT) in München herausgegebene Kursprogramm „Der erfolgreiche Umgang mit täglichen Belastungen – ein Programm zur Stressbewältigung“ zu erwähnen (Kessler u. Gallen, 1995). Dieses Programm wurde im Rahmen eines auf die Vorbeugung von Herz- und Kreislauferkrankungen ausgerichteten Projekts „Modellversuch Gesundheitsberatungsstellen bei der AOK für den Kreis Mettmann“ erstellt, wobei die wissenschaftliche Begleitung durch das IFT im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung erfolgte. Hier wird das Kursprogramm vor allem deshalb berücksichtigt, weil es (wie die Programme von Kaluza und Meichenbaum) auch zu den von den Spitzenverbänden einiger Krankenkassen empfohlenen gehört.

Schon im Klappentext des Manuals (vgl. Kessler, 1995) wird betont, dass die Stresstheorie von Lazarus die Grundlage des Programms bildet, dessen Anliegen es sei, die Bewältigungstechniken und -fertigkeiten von Kursteilnehmern in Anbetracht von ihnen eingebrachten Belastungssituationen zu verbessern. Vorgesehen sind dafür 16 Kurswochen, in denen sich 7 bis 9 Teilnehmer wöchentlich 1 _ bis 2 Stunden mit 1 bis 2 Kursleitern treffen. Dabei orientiert sich das Programm – wie schon die vorher genannten – vor allem an verhaltenstherapeutischen Methoden (vgl. ebd., S. 1), was auch bedeutet, dass es nur von verhaltenstherapeutisch ausgebildeten Diplompsychologen bzw. von speziell geschulten Kursleitern abgehalten werden darf.

Der Kurs ist in insgesamt drei Abschnitte eingeteilt. Im *ersten Kursabschnitt* geht es zunächst um den Aufbau von Vertrauensbeziehungen und darum, dass die Teilnehmer offen darüber sprechen, welche Probleme bzw. Belastungssituationen sie zur Teilnahme an dem Kurs bewegt haben. Durch Erinnern bzw. durch Zuhören und Nachfragen des Kursleiters sowie später durch gezielte Selbstbeobachtung lernen sie erst einmal, einzelne Belastungssituationen möglichst genau anzusehen und in Bezug auf Körperempfindungen, Gedanken, Gefühle und Verhalten differenziert zu beschreiben (vgl. Kessler u. Gallen, S. 7 ff., vgl. a. Kessler, S. 15 ff.). Daneben wird bereits frühzeitig mit dem Einüben tiefer muskulärer Entspannung (Progressive Muskelrelaxation n. Jacobson) begonnen, wobei die Teilnehmer sowohl zur regelmäßigen

Übung zu Hause als auch zur Anwendung in verschiedenen Alltagssituationen und später zunehmend auch in Belastungssituationen angehalten werden (vgl. ebd., S. 34 ff.).

Im **zweiten Kursabschnitt** werden dann „Strategien für den unmittelbaren Umgang mit akuter Belastung erarbeitet“ (Kessler, S. 1). In diesem Zusammenhang lernen die Teilnehmer zunächst, die unangenehmen Aspekte einer Situation bzw. einer Reaktion möglichst umfassend wahrzunehmen und die Belastungsreaktion zugleich durch den Einsatz einer Kurzform der erlernten Entspannungstechnik abzuschwächen. Darüber hinaus üben sie aber u.a. auch, eine neue gedankliche Perspektive einzunehmen, die es ermöglicht, ein unangenehmes Ereignis zu relativieren (vgl. Kessler, S. 57 ff.) oder Selbstinstruktionen zu entwickeln, die sie darin unterstützen, auch in einer stressigen Situation eine unumgängliche Aufgabe konzentriert zu erledigen (vgl. ebd., S. 71 ff.).

Schließlich werden im **dritten Kursabschnitt** „Möglichkeiten für die langfristige Veränderung von stressauslösenden Bedingungen vermittelt, ob diese nun eher in inadaptiven Einstellungen der Person oder in ihrer Umwelt liegen“ (Kessler, S. 2). Hier geht es zum einen um ein systematisches und gezieltes Training der Klienten im Lösen der von den Teilnehmern vorgegebenen Probleme (vgl. ebd.), wobei zugleich auch verschiedene Aspekte selbstsicheren Verhaltens eingeübt werden. Zum anderen wird aber auch das Thema ‚Änderung von Bewertungen und Einstellungen‘ noch vertieft bearbeitet (ebd., S. 84 ff.), und die Teilnehmer werden angeregt und ermutigt, den Bereich befriedigender Aktivitäten, der unter Stress oft vernachlässigt wird, wieder aufzunehmen bzw. auszuweiten (vgl. ebd., S. 77 ff.).

Alles in allem zeigt dieses Programm viele Parallelen zu den bereits vorgestellten, wobei sich zum Kaluza-Programm insofern die meisten Übereinstimmungen finden lassen, als es beiden nicht nur um Entspannungs-, Kognitions- und Problemlösetraining geht, sondern darüber hinaus auch darum, den Bereich genussvoller und befriedigender Aktivitäten auszuweiten.

Lernziel 1	Einüben von Entspannungsmöglichkeiten	XX
Lernziel 2	Vermittlung von Bewegungsmöglichkeiten	
Lernziel 3	Schulung des Körperbewusstseins	X
Lernziel 4	Sensibilisierung für eine differenzierte Wahrnehmung von Gefühlen und deren möglichen Beweg- und Hintergründen	
Lernziel 5	Vermittlung von Fähigkeiten zur Krisenbewältigung und zum Umgang mit Leid	
Lernziel 6	Anregung zur Einflussnahme auf dysfunktionale Denkmuster	XX
Lernziel 7	Anregung zur Entdeckung des Positiven im Erleben	X
Lernziel 8	Erweiterung allgemeiner Kompetenzen und Problemlösefähigkeiten	XX
Lernziel 9	Erweiterung kommunikativer Kompetenzen	X

Allerdings nimmt der Bereich Genusstraining bei Kaluza zeitlich sehr viel mehr Raum ein. Demgegenüber bestehen sehr große Übereinstimmungen im Ablauf und in der Durchführung

des Problemlösetrainings, obwohl dieses – soweit ersichtlich – von den beiden erwähnten Autoren vor einem unterschiedlichen theoretischen Hintergrund konzipiert wurde (vgl. dazu: Kaluza, 1996, S. 94; vgl. Kessler, S. 1). Von daher entspricht die graphische Darstellung dieses Programms sehr weitgehend derjenigen, die weiter vorne für das Kaluza-Programm vorgenommen wurde, wobei allerdings der Bewegungsaspekt (Lernziel 2) unberücksichtigt bleibt.

Das „Gruppentraining gegen psychosomatische Störungen“ (Franke)

Ein weiteres Programm, das im Kontext dieser Arbeit berücksichtigt werden sollte, ist das „Gruppentraining gegen psychosomatische Störungen“ von Franke (vgl. 1984, 1991). Das Programm wurde explizit für die Arbeit mit psychosomatischen Patienten entwickelt und erfreute sich „im psychotherapeutisch hoffnungslos unterversorgten Ruhrgebiet“ (Franke, 1984, S. 5) von allen denkbaren Seiten (Patienten, Ärzte, Beratungsstellen, Kliniken etc.) und in unterschiedlichsten Settings großer Nachfrage (vgl. ebd.). Dieses Konzept und die dabei gewonnenen Erfahrungen dienten später als Basis für ein der Prävention dienendes Gesundheitstraining, das für all diejenigen entwickelt wurde, die „zwar in bestimmten Situationen ‚körperlich‘ reagieren, bei denen sich aber (noch) keine manifesten Störungen ausgebildet haben“ (Franke u. Möller, S. 5). Die Basis des Konzepts bildet ein multifaktorielles Krankheitsmodell psychosomatischer Störungen, das es erlaubt, in der Arbeit mit psychosomatischen Patienten neben der körperlichen Ebene des Krankheitsgeschehens gleichberechtigt auch die Ebene der Gedanken und Gefühle und die Ebene des Verhaltens anzusprechen und einzubeziehen. Laut Franke hat ein solches Modell mit dem Blick auf den „kritischen“ psychosomatischen Patienten den Vorteil, dass er nicht etwas Gewohntes, die körperliche Krankheit, abgeben bzw. gegen das „Eigentliche“, gegen etwas Psychisches, eintauschen muss (der Konflikt hinter der Migräne oder den Rückenschmerzen), sondern stattdessen „etwas dazu (bekommt): Das Angebot nämlich zu schauen, ob es nicht neben den Rückenschmerzen noch etwas anderes gibt“ (Franke, 1991, S. 14).

Betrachtet man nun das von Franke entwickelte Strukturmodell (vgl. ebd., S. 25), dann zeigen sich auf den ersten Blick Parallelen zu dem in der vorliegenden Arbeit entwickelten und dargestellten Stress- bzw. Emotionsverständnis. Das Modell ermöglicht es, sowohl situative Aspekte zu berücksichtigen als auch die körperliche, die gedankliche und die gefühlsmäßige Reaktion sowie die sogenannte motorische Reaktion, das Verhalten. Betrachtet man dann aber mit der Hoffnung auf weitere Anknüpfungsmöglichkeiten den Kursablauf genauer, dann wird sehr bald deutlich, dass auch in dieser Konzeption den Gefühlen kaum ein Eigenwert zukommt. Insgesamt besteht das Training aus 16 Sitzungen à zwei Stunden. Auf eine Kennenlernphase folgt in den Trainingsstunden 2-5 zunächst eine Phase des Entspannungstrainings (in diesem Fall die Progressive Muskelrelaxation n. Jacobson). In den Trainingsstunden 6-10 folgt dann ein Kognitionstraining, wobei mit Kognitionen hier zwar Gedanken und Gefühle gemeint sind, letztlich aber genau genommen nur der Umgang mit den Gedanken geübt wird (vgl. ebd., S. 26 f.). In der 11. bis 15. Stunde schließt dann ein Verhaltenstraining an, das sich insbesondere die Förderung von sozialer Kompetenz und von Selbstsicherheit zum Ziel gesetzt hat (vgl. ebd., S. 27). Dieser Teil baut auf einem Verhaltenstrainingsprogramm von Feldhege u. Krauthan auf, das laut Franke den Vorteil hat, dass es keine Standardsituationen vorgibt, sondern es ermöglicht, dass „die Patienten weiterhin die von ihnen individuell nicht zu bewältigenden Situationen üben“ (ebd., S. 27). Bemerkenswert und vor dem Hintergrund von Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit besonders herauszustellen ist, dass in diesem Teil des Programms die „Bedeutung des Äußerns von Gefühlen“ ausdrücklich betont wird und in Rollenspielen die Formulie-

rung und das Äußern von Gefühlen sowie von Wünschen und Forderungen eingeübt wird (vgl. ebd., S. 27 ff.; vgl. a. S. 65).

Fasst man das hier nur in sehr groben Zügen dargestellte Programm zusammen, dann zeigen sich auch hier deutliche Spuren der kognitiven Tradition in der Psychologie und damit nicht verwunderliche Parallelen zu den zuvor besprochenen Konzeptionen. Dabei ist allerdings festzuhalten, dass bei Franke – ganz im Einklang mit den Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit – auch die Bedeutung der Notwendigkeit einer Sensibilisierung der Gefühlswahrnehmung (Lernziel 4) gesehen und berücksichtigt wird. Auch wenn dieser Aspekt aus Sicht einer emotionsfokussierten Konzeption von Gesundheitsförderung noch stärker berücksichtigt werden dürfte, so ist er in der abschliessenden Einordnung in jedem Fall auf einem mittleren Niveau zu bewerten. Ein Unterschied betrifft auch die Lernziele 8 und 9. Während bei Franke der kommunikative Umgang mit Gefühlen systematisch und über mehrere Sitzungen geübt wird, stehen in den bisher dargestellten Programmen eher allgemeine Aspekte der Problemlösung im Vordergrund, so dass sich die Bewertung in diesem Bereich etwas verschiebt (Lernziel 8 wird auf einem mittleren und Lernziel 9 auf höherem Niveau bewertet). Anders als bei Kaluza sowie beim Programm von Kessler und Gallen (IFT) bleibt bei Franke allerdings der Bereich der Bewegung (Lernziel 2) und der „Anregung zur Entdeckung des Positiven im Erleben“ (Lernziel 7) unberücksichtigt. Die hier vorgenommene Einordnung ist auch auf das Gesundheitstraining zu übertragen, welches auf der Basis des hier beschriebenen Programms für die Primärprävention entwickelt wurde (vgl. Franke u. Möller, 1993).

Lernziel 1	Einüben von Entspannungsmöglichkeiten	XX
Lernziel 2	Vermittlung von Bewegungsmöglichkeiten	
Lernziel 3	Schulung des Körperbewusstseins	X
Lernziel 4	Sensibilisierung für eine differenzierte Wahrnehmung von Gefühlen und deren möglichen Beweg- und Hintergründen	X
Lernziel 5	Vermittlung von Fähigkeiten zur Krisenbewältigung und zum Umgang mit Leid	
Lernziel 6	Anregung zur Einflussnahme auf dysfunktionale Denkmuster	XX
Lernziel 7	Anregung zur Entdeckung des Positiven im Erleben	
Lernziel 8	Erweiterung allgemeiner Kompetenzen und Problemlösefähigkeiten	X
Lernziel 9	Erweiterung kommunikativer Kompetenzen	XX

„Optimistisch den Stress meistern“ (Reschke u. Schröder)

Als letztes soll nun abschließend noch ein neueres Programm von Reschke u. Schröder (2000) vorgestellt werden, das den Anspruch verfolgt, „integrativer“ zu sein als die bisherigen Programme, indem es „versucht, die instrumentelle Seite der Anforderungsbewältigung mit der komplexeren Ebene persönlichen Sinnverständnisses, Identitäts- und Lebensplanrevision sowie partiellen Neustrukturierung kommender Lebensabschnitte zu verbinden“ (ebd., S. 17). Hier wird das Programm vor allem auch deshalb berücksichtigt, weil es beansprucht, der Re-

gulation von Emotionen und dem Lernziel der „emotionalen Kompetenz“ einen großen Stellenwert einzuräumen (vgl. ebd., S. 17 f. u. S. 45 ff.). Das Programm wurde im Rahmen eines Modellprojekts der Techniker Krankenkasse entwickelt und evaluiert (vgl. ebd., S. 3) und richtet sich sowohl an Menschen „auf der Suche nach Hilfen für das persönliche Streß-Management und gleichfalls an Menschen in belastenden Lebenssituationen“ (ebd., S. 21). In diesem Zusammenhang wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich die Kursleiter bei homogenen Gruppen nicht nur auf die allgemeinen Durchführungsmodalitäten, sondern auch auf die spezifischen Voraussetzungen der jeweiligen Gruppe vorbereiten sollten. Dem ist eine Zielgruppenspezifisierung für eine Gruppe von Angehörigen der technischen Intelligenz beigelegt. Das Programm ist zur Durchführung unter der Leitung von Diplompsychologen und Psychotherapeuten gedacht, von denen neben einer zertifizierten Teilnahme an Einweisungseminaren in das vorliegende Programm verschiedene weitere Basisqualifikationen erwartet werden (vgl. dazu ebd., S. 23).

Als Standard-Stressbewältigungsprogramm ist der Kurs auf eine Dauer von 10 x 90 Minuten ausgelegt. Daneben werden auch zwei Kurzvarianten vorgeschlagen, die hier nicht berücksichtigt werden (vgl. dazu ebd., S. 25 ff.). Konzeptionell werden die zentralen Gegenstände des Kurses in 5 „Hauptsäulen“ beschrieben: 1. „Individuelle Streßanalyse“; 2. „Verbesserung der Gefühls- und Handlungsregulation“; 3. „Persönlichkeits- und Selbstwertstabilisierung“; 4. „Stärkung sozialer Ressourcen“ und 5. „Entspannungstechnik“ (ebd., S. 17 f.; vgl. a. S. 25), wobei in diesem Fall die Benson-Relaxationstechnik genutzt wird, die in der vorliegenden Arbeit bereits unter 7.1.2 beschrieben wurde. Da es nun zu weit führen würde, den Kurs in allen seinen Bestandteilen darzustellen, soll ein Überblick über die Bausteine des 10-Wochen-Kurses (vgl. Abb. 10) deutlich machen, wie vielfältig die „Trainingsgegenständ(e) und darauf bezogene(n) Interventionsmethodiken“ (ebd., S. 3) dieses Programms sind, das mit dem Blick auf die „Anforderungen und Belastungen der modernen Industriegesellschaft der 90-er Jahre und darüber hinaus“ (ebd.) entwickelt wurde.

Diese Gesamtübersicht macht deutlich, dass das Trainingsprogramm einige Elemente außer Acht lässt, die für die bisher dargestellten Stressbewältigungskonzeptionen unabdingbar waren. Z.B. werden in der 3. Kursstunde zwar die „Streßquellen in mir“ und die inneren gedanklichen Antreiber betrachtet, aber es werden im Weiteren keine expliziten Methoden vermittelt, wie diese beeinflusst werden können. Darüber hinaus wird auch auf jede Form eines Problemlöse-Trainings verzichtet, das ja in allen bisher vorgestellten Programmen ein konstitutiver Bestandteil war. Ausdrücklich berücksichtigt wird allerdings die Förderung von Genuss und von positiven Gefühlen (5. Kursstunde), wobei der zeitliche Rahmen sehr viel enger ist als im Kaluza-Programm. Bemerkenswert ist auch die explizite Auseinandersetzung mit negativen Emotionen in der 4. Kursstunde sowie mit der Frage „was können sie tun, um sie loszuwerden“ (ebd., S. 31), wobei es streng genommen nur um den Umgang mit Ärger geht und der Umgang mit anderen leidvollen Emotionen vernachlässigt wird. Erwähnenswert ist schließlich auch, dass der Aspekt des sozialen Rückhalts einbezogen wird (vgl. 9. Kursstunde, S. 55 f.) und die Kursteilnehmer ausdrücklich angeregt werden, ihre diesbezüglichen Ressourcen zu nutzen oder auszuweiten. Darüber hinaus ist ein großer Teil der Stunden (6.-8. Kursstunde) der Identitäts- und Persönlichkeitsstärkung gewidmet, ein Umstand, der den Vergleich mit anderen Programmen und die Einordnung in das hier zugrunde gelegte Raster sehr erschwert. (Eine Einordnung anhand der hier zugrunde gelegten Kriterien würde einseitig das, was fehlt kenntlich machen ohne zugleich mögliche Stärken des Programms zu berücksichtigen). Da es aber den Rahmen

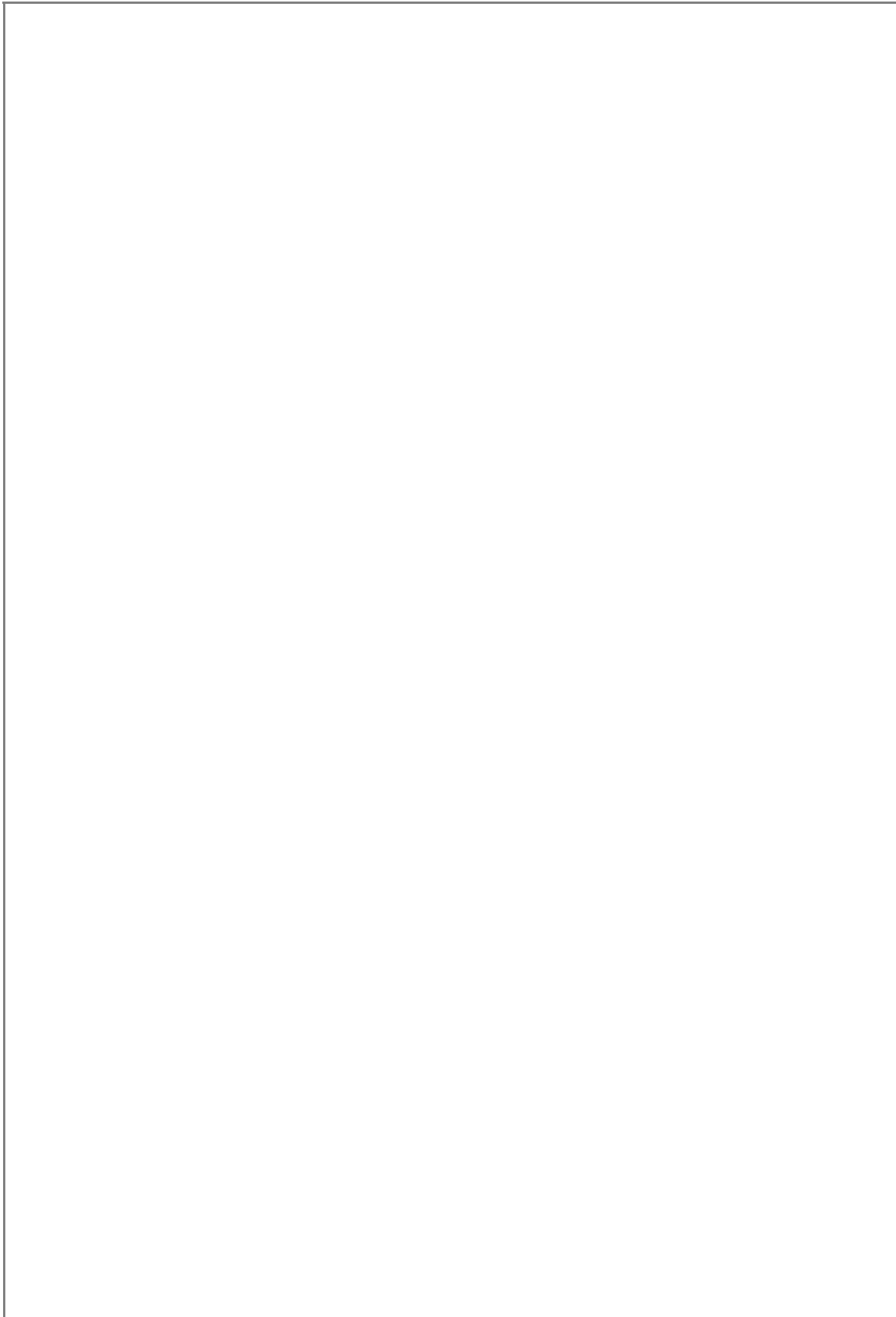


Abb. 10: Überblick über das Programm „Optimistisch den Stress meistern“ von Reschke u. Schröder (2000, S. 2)

sprengen würde, die diesbezüglichen theoretischen Grundlagen nachzuvollziehen, müssen ein Überblick über die 10 Kursstunden (vgl. Abb. 10), der Hinweis auf die erfreulichen Evaluationsergebnisse (vgl. ebd., S. 27ff.) sowie die Bemerkung genügen, dass das Programm sicher eine gründlichere Berücksichtigung verdient, als dies hier möglich war.

Aktiv Gesundheit fördern – (VDR)

Unter der Überschrift „Aktiv Gesundheit fördern“ wird vom Verband deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) ein „Gesundheitsbildungsprogramm“ herausgegeben, das nach aktuellen Empfehlungen der Rehabilitations- und Gesundheitswissenschaften entwickelt und nach Erprobung in verschiedenen Rehaeinrichtungen nun als „Verbandsempfehlung und damit als gemeinsame Grundlage für alle eigenen und Vertragskliniken der Rentenversicherung verabschiedet“ wurde (Schliehe u.a., Vorwort). Das Programm zielt „über eine defensive, auf die Vermeidung von Risikofaktoren ausgerichtete Gesundheitspraxis“ (ebd., S. 3) hinaus ausdrücklich auch auf die Stärkung individueller und sozialer Schutzfaktoren (vgl. ebd., S. 6), wobei betont wird, dass sich die damit verbundene Schwerpunktverlagerung u.a. in der ausgeprägten „Teilnehmerorientierung“ und in den „flexiblen Gestaltungsmöglichkeiten für die Referent(inn)en“ auswirkt (ebd., S. 3).

Insgesamt besteht das Gesundheitsbildungsprogramms aus den drei Säulen „einführende (krankheitsübergreifende) Maßnahmen“, „weiterführende (vertiefende) Maßnahmen“ mit ihrem hohem Anteil an übenden Elementen (z.B. bei Gewichtsproblemen oder beim Entspannungstraining) sowie „krankheitsspezifische(n) Maßnahmen“ (ebd., S. 4), die beispielsweise eine spezifische Patientenschulung bei Diabetes beinhalten können. Aus diesem Gesamtprogramm sollte bei einer Rehabilitationsdauer von drei Wochen an insgesamt 16 Tagen ein jeweils einstündiges Angebot zur Gesundheitsbildung durchgeführt werden (vgl. ebd., S. 10), wobei die Schwerpunkte individuell auf den einzelnen Rehabilitanden abgestimmt werden. Für den hier zu prüfenden Zusammenhang ist zunächst der Programmteil interessant, in dem es um zentrale, übergreifende Themen des Gesundheitsverhaltens geht (u.a. um Stress, Bewegung und Umgang mit Alltagsdrogen).

Betrachtet man nun beispielhaft das Thema „Stress und Stressbewältigung“, dann fällt der geringe Zeitumfang ins Auge, der dafür vorgesehen ist. Für eine Gruppenveranstaltung, die gleich zu Beginn einer Rehabilitation angeboten werden und ausdrücklich alle Patienten ansprechen sollte, sind ca. 3 Stunden eingeplant, in denen die wesentlichen Aspekte des (auf Lazarus basierenden) Stressmodells vermittelt werden sollen. In diesem Zusammenhang sind beispielsweise für den Baustein 9 „Stressbewältigungsstrategien“ ca. 15-25 Minuten und für den Baustein 13 „Systematisches Problemlösen“ 20-30 Minuten vorgesehen. Dabei wird zwar betont, dass Bausteine, die der Informationsvermittlung dienen, im Wechsel mit solchen vermittelt werden, die Gelegenheit zur Beteiligung und zum Gespräch geben (vgl. ebd., S. 436). Auch kann diese als Einführung und als Motivation zur Verhaltensänderung (vgl. ebd., S. 435) gedachte Seminareinheit gegebenenfalls durch vertiefende Angebote (beispielsweise zum Entspannungstraining) ergänzt werden (vgl. ebd., S. 435). Aber insgesamt fällt neben dem knapp bemessenen zeitlichen Rahmen auf, wie sehr das Gesundheitsbildungsprogramm auf die Vermittlung von kognitiven Inhalten ausgelegt ist.

Zwar wird einleitend ausdrücklich betont, dass die Neukonzeption von „Aktiv Gesundheit fördern“ auch „ebenso wichtige emotionale Bereiche (wie z.B. Zukunftstängste)“ (ebd., S. 5) aufgreifen sollte. Bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang die Ergänzungseinheiten zu

den Themenkomplexen „Was hält uns gesund?“ und „Soziale Unterstützung“, in deren Rahmen beispielsweise auch eine Auseinandersetzung mit Fragestellungen wie „Selbstvertrauen“ (vgl. ebd., S. 96) oder „Rückhalt bei anderen Menschen finden“ (vgl. ebd., S. 121 ff.) und mit Themen wie „Einsamkeit“, „Verlust und Trauer“ und „Kommunikation mit sich selbst“ (vgl. ebd., S. 146 ff.) möglich ist. Da Gesundheitsbildung in der Rehabilitation aber mit häufig wechselnden Patientenkonstellationen zu tun hat, dürfte es allerdings unter Umständen schwierig sein, die Kontinuität und den Raum zu schaffen, der für erfahrungsbezogenes Lernen und für eine nachhaltige Auseinandersetzung mit solchen Themen erforderlich ist.

Mit dem Blick auf das Interventionsziel „emotionale Kompetenz“, das in der Diskussion um die Ziele medizinischer Rehabilitation durchaus als relevant erachtet wird¹⁴², wäre darüber hinaus auch der körperbezogenen Basis der Emotionen größere Aufmerksamkeit zu schenken, als es in dem hier vorgelegten Gesundheitsbildungsprogramm der Fall ist. Ziele wie die „Schulung des Körperbewusstseins“ oder die „Sensibilisierung der emotionalen Wahrnehmungs- und Spürfähigkeit“ finden zumindest in der zugrunde gelegten Theorie wenig Berücksichtigung (vgl. die Einleitung zur Seminareinheit „Bewegung“, ebd., S. 332). Wieweit solche Zielsetzungen im Zusammenhang mit Entspannungstrainings oder Bewegungsangeboten tatsächlich bedacht und einbezogen werden, muss daher an dieser Stelle offen bleiben.

Abschließend sind an der vorliegenden Konzeption sicherlich die vielen Anregungen und Inhaltselemente zu würdigen, die zeigen, dass die tradierte Ausrichtung an einer Risikofaktorenminimierung relativiert und um explizit gesundheitsorientierte Anteile und Sichtweisen erweitert und ergänzt wurde. Wieweit damit allerdings bereits ein weitergehender Paradigmenwechsel in der Rehabilitation im Sinne einer Würdigung der Subjektivität und Individualität des kranken Menschen (vgl. dazu: Schröder u. Hackhausen, S. 5) und im Sinne eines noch vorzustellenden Kompetenzmodells von Gesundheit (vgl. 7.3.1) tatsächlich eingeleitet ist, das kann hier nicht beurteilt werden. Auch muss auf eine tabellarische Einordnung verzichtet werden: Es ist zwar eine ganze Reihe von Aspekten des hier zugrunde gelegten Profils „emotionaler Kompetenz“ in dem diskutierten Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung zu finden. Da diese aber auf den jeweiligen Einzelfall abgestimmt werden, kann hier kein abgegrenztes Gruppenprogramm beurteilt werden.

7.2.2 Ein Stressbewältigungsansatz aus der Mind-Body-Medizin

7.2.2.1 Das Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR)

Hier wird nun ein Ansatz vorgestellt, der in den USA schon seit 1979 besteht und dort inzwischen an über 250 Kliniken und Gesundheitszentren verbreitet ist, in Deutschland und anderen europäischen Ländern allerdings erst seit einigen Jahren zur Anwendung kommt. Gemeint ist das Mindfulness-Based Stress Reduction Program, kurz MBSR-Programm, von Jon Kabat-Zinn, dem Gründer und ehemaligen Leiter der Stressreduktionsklinik am UMass Medical Cen-

¹⁴² In diesem Zusammenhang ist auf zwei Diskussionsbeiträge von Schröder zu verweisen, der zunächst die „Medizinische Rehabilitation als ganzheitliche Persönlichkeitsförderung“ (Schröder, 2001a) bestimmt und vor diesem Hintergrund dann als ein zentrales personbezogenes Interventionsziel die „emotionale Kompetenz“ (ebd., S. 41 f.; vgl. a. Schröder, 2001b) ableitet.

ter, einem Universitätsklinikum in Worcester, etwa 70 km westlich von Boston, Massachusetts. Kabat-Zinn, der damals in der molekularbiologischen Forschung arbeitete, hat dieses Programm, das er als einen komplementärmedizinischen Ansatz innerhalb der Verhaltensmedizin versteht, entwickelt, als er im Gespräch mit Arztkollegen erfahren hatte, dass diese vielen Patienten mit chronischen Schmerzen und Beschwerden nicht wirklich zu helfen wussten. So begann er nach Möglichkeiten zu suchen, wie solche Patienten selber aktiv zur Bewältigung ihrer Krankheit beitragen können. Da er selber langjährige Erfahrung mit buddhistischer Meditation und mit dem Hatha-Yoga hatte, kam er auf die Idee, die heilsamen Wirkungen dieser Praxis auch für ganz normale Menschen ohne Interesse an Buddhismus und östlicher Spiritualität zu nutzen. Als er auch die Krankenhausverwaltung von dieser Idee überzeugen konnte, war der Grundstein für das MBSR-Programm gelegt (vgl. Kabat-Zinn 1993 b, 2003), das seitdem bei einer Vielzahl von klinischen Indikationen ebenso wie im außerklinischen Kontext und in der Prävention eingesetzt wird (vgl. Kabat-Zinn u. Santorelli, 2003) und nachfolgende Programme wie beispielsweise das Mind-Body-Programm der Harvard Medical School am Beth Israel Deaconess Medical Center in Boston, Massachusetts, beeinflusst hat (vgl. Borysenko, 1990 u. 2003). Seit 1979 haben alleine in der Stressklinik über 15.000 Menschen an diesem komplementärmedizinischen, ambulanten Trainingsprogramm teilgenommen, das in den USA landesweit verbreitet und anerkannt ist und bis vor kurzem auch von den Krankenkassen (mit)finanziert wurde. Inzwischen ist die Finanzierung allerdings Sparmaßnahmen im amerikanischen Gesundheitssystem zum Opfer gefallen. Auch in Deutschland liegen mittlerweile einige Erfahrungen vor, u.a. aus einer internistischen Akutklinik in Essen (Ruhrgebiet), wo achtsamkeitsbasierte Stressbewältigung ergänzend zur regulären medizinischen Behandlung und eingebettet in ein umfassendes Konzept integrativer, naturheilkundlicher Medizin und Gesundheitsförderung vermittelt wird.

Das Konzept der Achtsamkeit als Grundlage des MBSR-Programms

Der Grundgedanke des Programms drückt sich bereits in seinem Namen aus: „Mindfulness“, ein Begriff, der sich am besten mit „Achtsamkeit“ übersetzen lässt. Darunter wird eine besondere Form der Aufmerksamkeitslenkung verstanden, welche zwar ein zentrales Anliegen verschiedener buddhistischer Meditationsansätze darstellt, aber „nicht notwendigerweise an einen bestimmten religiösen oder kulturellen Kontext gebunden ist“ (Kesper-Grossmann u. Grossmann, S. 48) und in den letzten Jahren auch verstärkt in verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze integriert wird (vgl. Heidenreich u. Michalak, 2003). Kabat-Zinn hat diese „ganz konkrete und praktische Form des Geistestrainings“ (Kesper-Grossmann u. Grossmann, S. 48) für die Gesundheitsförderung und Therapie nutzbar gemacht, weil er aus eigener Erfahrung überzeugt ist, dass sich mit der Schulung und dem Training von Achtsamkeit ein Weg eröffnet, der sehr hilfreich ist, „die ‚ganze Katastrophe‘“ (Kabat-Zinn, 2003, S. 20), nämlich das Leben mit all seinen Facetten und all seinen Höhen und Tiefen zu meistern. Im Zusammenhang mit dieser Aussage, bei der sich Kabat-Zinn auf den Film Alexis Sorbas bezieht, erläutert er, dass „das Wort Katastrophe nicht automatisch gleichbedeutend mit Unglück (ist). Es bringt vielmehr die ganze Komplexität des Lebens zum Ausdruck, zu dem existentielle Krisen ebenso gehören wie all die kleinen Widrigkeiten, aber auch Freude und Glück“ (ebd., S. 21). Darüber hinaus komme in dem Wort „Katastrophe“ eine Sichtweise und eine Haltung dem Leben gegenüber zum Ausdruck, die deutlich macht, dass es möglich ist, „sich auch mit den schwierigsten Situationen im Leben auszusöhnen und in ihnen die Möglichkeit zu entdecken, zu wachsen, zu erstarken und wahrhaft weise zu werden“ (ebd.). Hier deutet sich in wenigen

Sätzen bereits an, dass mithilfe des Achtsamkeitstrainings möglicherweise mehr gelernt werden kann als nur reine Stressbewältigung, dass es sich vielmehr um einen „Weg des Seins, des Lebens“ handelt (ebd., S. 325) und darum, „das ganze Leben zu einer bewussten Erfahrung“ zu machen (ebd., S. 326), anstatt von den Umständen gelebt zu werden (vgl. ebd.). Um diese umfassende Aussage nachvollziehen zu können, ist es notwendig, zunächst genauer zu betrachten, was Achtsamkeit bedeutet.

Die „Schlüsselfunktion“ der Achtsamkeit für die Stressbewältigung

Achtsamkeit bedeutet, den gegenwärtigen Moment so bewusst und aufmerksam wie möglich zu erfassen und alles, was geschieht – die äußeren Umstände wie das innere Erleben – ohne Wertung und aus einer offenen Grundhaltung heraus wahrzunehmen (vgl. Kabat-Zinn, 2003; vgl. a. Goleman, 1998 a, S. 67 ff.). Wie schwer diese Art von Präsenz, von tatsächlichem im Moment Gegenwärtigsein ist, das weiß jeder, der einmal versucht hat, mit dieser Art von wacher Aufmerksamkeit auch nur einen Apfel zu essen oder eine Tasse Tee zu trinken. Gegenüber den Ablenkungskräften, die unsere Aufmerksamkeit immer wieder von dem wegziehen, was wir gerade tun – in die Vergangenheit, die schon vorbei ist, oder in die Zukunft, über die wir ja noch gar nichts wissen können –, helfen Achtsamkeitsübungen, unser Bewusstsein und unsere Aufmerksamkeit auf die Gegenwart zu richten und den Augenblick möglichst umfassend wahrzunehmen (vgl. Kabat-Zinn, 2003, S. 33 ff.). Dabei haben Achtsamkeitsübungen ihren Wert nun nicht nur darin, dass sie zu einem intensiveren und tieferen Erleben der schönen Momente führt. Es geht vielmehr auch gerade darum, mit den schmerzhaften, stressigen und unangenehmen Aspekten des Lebens in Kontakt zu kommen und zu lernen, mit ihnen umzugehen (vgl. Kabat-Zinn, 1998, 1999).

Worin der Sinn und die heilsame Wirkung einer solchen konzentrierten Aufmerksamkeit für innere und äußere Vorgänge besteht, wird deutlich, wenn man sich noch einmal veranschaulicht, wie nach dem transaktionalen Verständnis Stress entsteht und wie er möglicherweise zur Gesundheitsgefahr werden kann. Achtsamkeit spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle, indem Wahrnehmung und Bewusstsein nach entsprechender Übung systematisch auf alle hier angesprochenen Teilaspekte des transaktionalen Prozesses gerichtet werden (vgl. Kabat-Zinn, 2003). Zwar erwähnt Kabat-Zinn das Lazarus-Modell in seinem Hauptwerk „Gesund durch Meditation“ nur am Rande (vgl. ebd., S. 202). Allerdings bezieht er sich im Curriculum zum MBSR auf Lazarus (vgl. ders., 1993 b, class 4) und macht im Übrigen durchgängig deutlich, wie sehr das Konzept der Stressbewältigung durch Achtsamkeit an einem transaktionalen Verständnis von Stress anknüpft. Die „Schlüsselfunktion der Achtsamkeit“ liegt nach Kabat-Zinn gerade darin, dass Menschen lernen, die Automatismen der Stressreaktion zu unterbrechen und „das, was geschieht, zu erkennen, noch während es geschieht“ (ders., 2003, S. 220), so dass es ihnen zunehmend möglich wird, trotz Stress den Gesamtkontext wahrzunehmen und durch diese Präsenz gegenüber den inneren und äußeren Stressauslösern sowie den damit verbundenen Bewertungen und Gefühlen neue Möglichkeiten zu entdecken (vgl. die Abb. zur Stressaktion, ebd., S. 221).

In „Gesund durch Meditation“ stellt Kabat-Zinn sehr anschaulich dar, wie aus einem erhöhten Maß an Aufmerksamkeit auf alle Aspekte einer sich entfaltenden Stresssituation und durch Registrierung aller Empfindungen, ohne auf sie zu reagieren, eine ungewohnte Art der Kontrolle erwächst und man sich paradoxerweise weniger in sie verstrickt. Dabei wird deutlich, warum Achtsamkeit so sehr dabei hilft, bis dahin selbstverständlich ablaufende Reiz-Reak-

tions-Muster zu unterbrechen und die Stressreaktion zunehmend durch eine bewusste Stressaktion zu ersetzen. Kabat-Zinn stellt in diesem Zusammenhang dem automatischen unbewussten Reagieren, das dem eines Autopiloten gleicht (vgl. ebd., S. 37), das achtsame, bewusste Handeln gegenüber, welches „uns erst wirklich in die Lage (versetzt), das ganze Spektrum an Möglichkeiten zu erkennen und zu nutzen, um Einfluß auf das weitere Geschehen zu nehmen“ (ebd., S. 220). Schon „der einfache Vorgang des Sichbewußtwerdens kann einer Streßsituation bereits die Spitze nehmen“ (ebd., S. 222), indem zwar die volle Aufmerksamkeit auf die Stresssymptome, d.h. auf den Ärger, die Wut, die Ungeduld gerichtet wird, noch während diese Emotionen aufsteigen, zugleich aber durch Verankerung des Bewusstseins im Körper und in der Atmung Raum geschaffen wird, der es ermöglicht, den Gedanken- und Gefühlsimpulsen aus einer „Position des neutralen Beobachters“ zuzusehen (ebd., S. 222 ff.). Durch die Präsenz gegenüber allen Aspekten einer Situation werden die Zusammenhänge klarer und Entscheidungsspielräume deutlicher. Man erkennt ein breiteres Spektrum an Coping-Möglichkeiten und lernt, bewusst zu entscheiden, ob man eine Situation emotions- oder problemorientiert bewältigen möchte.

Durch Kultivierung und Übung der Achtsamkeit gelingt es schließlich zunehmend, Probleme mit einem gewissen Abstand zu betrachten und von der gewohnheitsmäßigen Reaktionsweise auf ein bewusstes, präsenten Handeln umzuschalten. Eine solche Art der Präsenz im Handeln ist aber – wie Kabat-Zinn ausdrücklich betont – nicht alleine durch intellektuelles Verstehen zu erreichen, sondern nur durch regelmäßige Übung oder, wie er es ausdrückt, durch „Praxis, Praxis und noch mal Praxis“ (ebd., S. 316). Wie eine solche Praxis aussieht, wird im folgenden Abschnitt deutlich, wenn der Aufbau des Programms und die zu vermittelnden Übungen und Inhalte dargestellt werden.

Aufbau und Inhalte des Programms

Ein regulärer MBSR-Kurs dauert 8 Wochen und besteht aus zweistündigen Gruppensitzungen, die einmal pro Woche stattfinden. Hinzu kommt ein ganztägiger Achtsamkeitstag, der einer Vertiefung der Praxis dient und überwiegend im Schweigen durchgeführt wird. In den Gruppensitzungen wird über verschiedene Themen gesprochen und es werden verschiedene Übungen vorgestellt, die von den Teilnehmern zu Hause mit Hilfe von Tonkassetten selbstständig durchgeführt werden.

Zunächst zu den Übungen, die das Herzstück des Programms bilden und das Fundament für eine erfahrungsorientierte Vermittlung der Theorie darstellen. Die erste im Programm durchgeführte Übung ist der sogenannte **Bodyscan**. Hierbei lernen die Teilnehmer, mit ihrer Aufmerksamkeit den ganzen Körper zu durchwandern und in ihrer Vorstellung die verschiedenen Teile und Regionen des Körpers nacheinander „von innen abzutasten“. Indem diese Übung regelmäßig in einer achtsamen, nicht bewertenden Haltung gegenüber allen jeweils in den Vordergrund tretenden Körperempfindungen durchgeführt wird, werden insbesondere die Konzentrationsfähigkeit und das Körperbewusstsein geschult (vgl. ebd., S. 83 u. 86). Kabat-Zinn drückt dies folgendermaßen aus: „Man lernt auf praktische Weise im Körper zu sein, und auf diese Art selbst subtile Botschaften zu 'hören' und sie zu beachten. Man hat die Möglichkeit den Körper systematisch zu erforschen und gründlich zu entspannen. Im Laufe der Zeit entsteht so wie von selbst eine gewisse Vertrautheit mit dem Körper und mit seinen Signalen“ (ebd., S. 99). Darüber hinaus erweist sich die Übung aber auch gegenüber Schmerzzuständen „als außerordentlich segensreich“ (S. 91), ein Aspekt, der später noch erläutert wird.

Ab der zweiten und dritten Sitzung kommen zum Übungsprogramm auch die traditionelle Sitzmeditation und Übungen aus dem Yoga hinzu, deren gesundheitsförderliche Wirkungen bereits vorne beschrieben wurden (vgl. 6.2.1.6 u. 6.2.1.7). Im MBSR-Programm wird das **Hatha-Yoga** angewandt, das eine Reihe von sanften Haltungen und Bewegungsabläufen beinhaltet, die langsam und mit Aufmerksamkeit auf den Atem durchgeführt werden und neben einem umfassenden Körpertraining eine Vertiefung des Körperbewusstseins und eine Sensibilisierung für die Möglichkeiten und Grenzen des Körpers erlauben. In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass das Yoga in der Stressreduktionsklinik gerade auch mit Menschen durchgeführt wird, die unter verschiedensten Krankheiten und häufig auch unter Schmerzen leiden. Da kranke Menschen vielfach dazu neigen, sich in ihrer körperlichen Beweglichkeit auf Dauer immer mehr einzuschränken und sie so schließlich in ihren „unverifizierten Grenzen ... erstarren“ (Kabat-Zinn, 2003, S. 102), wird im MBSR großer Wert „auf das allmähliche Erwachen des Körpers zu seiner vollen Mobilität“ gelegt (ebd., S. 103). Daher werden auch Menschen mit krankheitsbedingten Einschränkungen ganz bewusst ermuntert, nicht in der Immobilität zu verharren, sondern mit Hilfe der achtsam durchgeführten Yoga-Haltungen und -Bewegungen ihr körperliches Potenzial wiederzuentdecken und innerhalb ihrer Möglichkeiten allmählich auszu dehnen (vgl. ebd., S. 101 ff.).

Eine weitere formale Achtsamkeitsübung ist schließlich die **Sitzmeditation**, für die am Anfang nur 10 Minuten vorgesehen sind, die später aber bis zu 30 und 45 Minuten dauern kann. Während der ersten Woche steht die reine Aufmerksamkeit auf den Atem im Vordergrund. Wenn sich dann nach einer Zeit regelmäßiger Übung die Konzentration gefestigt hat, kommen als weitere Meditationsobjekte auch der Körper als Ganzes, Geräusche, Gedanken und Gefühle hinzu. Immer geht es darum, die Aufmerksamkeit ganz auf das jeweilige Meditationsobjekt zu richten und, sobald die Aufmerksamkeit abschweift, den Inhalt der ablenkenden Gedanken zu registrieren, um sich dann wieder auf das gewählte Objekt zu konzentrieren (vgl. ebd., S. 77 ff.). Kabat-Zinn verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass die Achtsamkeitsmeditation über reine Konzentrations-Meditationen hinausgeht, für die Gedanken oder Geräusche nur Ablenkungen sind (vgl. 6.2.1.7), und dass ihre Eigenart demgegenüber auch darin liegt, sich der von Moment zu Moment wechselnden Erfahrungen ganz bewusst zu sein und ihnen gegenüber eine Haltung „des Erforschens“ und des „unparteiischen“ und zugleich „differenzierenden Beobachtens“ zu entwickeln (Kabat-Zinn, 1999, S. 11 ff.). Ein solchermaßen „reines, urteilsfreies Wahrnehmen der Moment-zu-Moment-Erfahrung“ (ebd., S. 12) ist aus verschiedenen Gründen hilfreich. Es ermöglicht zu erkennen, dass Gedanken nichts weiter sind als im Geist stattfindende „unbeständige“ Ereignisse, die kommen und wieder aus dem Bewusstseinsfeld verschwinden (vgl. ders., 2003, S. 80), und es kann dazu verhelfen, einen tieferen Einblick in die eigenen Reaktionsweisen, Gedanken- und Gefühlsmuster zu bekommen und sich weniger in ihnen zu verstricken (vgl. ders., 1999, S. 12). Dazu Kabat-Zinn: „So können wir Einsicht gewinnen, was uns antreibt, wie wir die Welt sehen, was wir denken und wer wir sind – Einsichten somit in unsere Ängste und Wünsche“ (ebd.).

Um in der geschilderten Weise von diesen Übungen profitieren zu können, wird regelmäßige Praxis als notwendige Voraussetzung gesehen. Von den Teilnehmern an einem MBSR-Kurs wird daher erwartet, dass sie sich täglich bis zu ca. 1 Stunde Zeit für die täglichen Übungen und für weitere schriftliche Aufgaben (vgl. dazu den nächsten Absatz) nehmen. Obwohl ihnen dies bereits im Vorgespräch mitgeteilt und ausdrücklich erklärt wird, wieviel Zeit sie für häus-

liche Aufgaben benötigen und dass es schwierig und langweilig werden kann, melden sich doch 90 % aller Interessenten an (vgl. Kesper-Grossmann u. Grossmann, S. 49).¹⁴³

Achtsamkeit im Alltag

Neben dieser formalen Praxis, bei der die Patienten mit Hilfe der genannten Methoden lernen, über eine ausgedehnte Zeitspanne hinweg wach und achtsam im Augenblick zu bleiben, kommt der informellen Praxis der Schulung von Achtsamkeit im täglichen Leben große Bedeutung zu. Letztlich geht es darum, nicht nur bei der Sitzmeditation, beim Yoga, beim Bodyscan (oder bei weiteren Formen wie der Meditation im Gehen, die hier nicht berücksichtigt werden) Achtsamkeit zu entwickeln, sondern auch bei allen Tätigkeiten des täglichen Lebens: bei der beruflichen Arbeit ebenso wie in der Familie oder beim Sport, beim Autofahren und bei Gesprächen mit anderen Menschen ebenso wie beim Duschen, beim Geschirrspülen oder beim Einnehmen einer Mahlzeit.

Zum Einüben dieser Achtsamkeit im Alltag und zur Sensibilisierung gegenüber den eigenen Stressreaktionen und Kommunikationsmustern werden die Teilnehmer aufgefordert, Routineaktivitäten des Tages mit voller Achtsamkeit zu erledigen und zwischen den Gruppensitzungen verschiedene „Tagebücher“ bzw. Selbstbeobachtungsbögen zu bearbeiten. So notieren sie während einer Woche täglich eine angenehme Erfahrung, während einer anderen Woche unangenehme, stressreiche Begebenheiten, und in einer weiteren Woche achten sie schließlich auf schwierige zwischenmenschliche Situationen und auf deren Auswirkungen auf Körper und Geist. Bei all diesen Aufgaben geht es darum, sich der Erfahrung – möglichst noch während sie geschieht – bewusst zu werden und die jeweiligen Körperempfindungen, Gedanken, Gefühle etc. differenziert zu beobachten und aufzuschreiben. Bei den wöchentlichen Treffen bieten diese Tagebuchaufzeichnungen dann die Grundlage zum Erfahrungsaustausch mit der Chance, voneinander zu lernen. Letztlich geht es aber bei der Achtsamkeit im Alltag darum, diese Art der Präsenz wieder und wieder zu üben und in alle Lebenssituationen hinein auszuweiten.

Zur inhaltlichen Struktur und zur didaktischen Vermittlung von MBSR

Zusätzlich werden in den jeweiligen Stunden Informationen und Erkenntnisse zu verschiedenen Themen vermittelt, wobei sich der Kursablauf an einem umfassenden Manual orientiert, welches das Kurscurriculum und eine Vielzahl von unterstützenden Materialien enthält. Eine Kurzform des Programms findet sich in Kabat-Zinn (vgl. 2003, S. 128 ff.). Der folgende Überblick kann nur einen Eindruck von den wichtigsten Themen geben (für eine ausführliche Darstellung vgl. Kabat-Zinn, 1993 b; Kabat-Zinn u. Santorelli, 2003). Bei der Darstellung ist zu berücksichtigen, dass es zu jeder Stunde spezifische Hausaufgaben gibt, die zum Teil der Einübung des in der Stunde Vermittelten und zum Teil der Wahrnehmungsschulung und der Selbstbeobachtung dienen (S. dazu den vorangehenden Absatz). Darüber hinaus werden die Teilnehmer durch ein Begleitbuch unterstützt, in dem neben den Materialien, die für die Selbstbeobachtung benötigt werden, eine Reihe von Texten enthalten sind, die dazu anregen, die Achtsamkeitsübung zu vertiefen. Schließlich erfahren die Teilnehmer durch den Aufbau der

¹⁴³ Lange Jahre, von 1979-2001, wurde jeder Kurs von jeweils einem ausführlichen, individuellen Prä- und Post-Interview eingerahmt, das neben anderem auch der wissenschaftlichen Evaluation galt. Aus Kostengründen musste dieses Format aber aufgegeben werden zugunsten einer in der Gruppe stattfindenden Orientierungsveranstaltung zu Beginn und einem „Post-Program Assessment“ in Form eines Fragebogens am Ende der achten Sitzung (vgl. Standards of Practice in: Kabat-Zinn u. Santorelli, 2003; Teil II).

einzelnen Stunden, dass der Schwerpunkt des Programms auf der Übung und der eigenen Erfahrung liegt. Einzelne Aspekte und Inhalte werden zwar durch Kurzvorträge vermittelt, sind aber immer in einen Kontext des Übens und des Erfahrungsaustauschs zwischen den Teilnehmern eingebettet. So wird in den Anlagen zu „Struktur, Methoden und Schlüsselcharakteristika des Programms“ (in: Kabat-Zinn u. Santorelli, 2003, Teil II, S. 3). betont, dass die Geschicklichkeit des Lehrenden darin bestehen sollte, die reichhaltigen Erfahrungen und Einsichten der Teilnehmenden zu nutzen, um das mehr didaktische Material damit zu „verweben“

Nach allem hier Gesagten verwundert es nun nicht, dass zu den Hauptthemen der **ersten Sitzung**, neben dem Kennenlernen und neben der Vermittlung des Bodyscan eine Einführung in das Konzept der Achtsamkeit gehört. Am Beispiel eines achtsamen Rosinen-Essens erfahren die Teilnehmer „am eigenen Leibe“, wie es sich anfühlt, von Moment zu Moment ganz gegenwärtig und bei dem zu sein, was sie gerade tun. Dem entspricht dann auch die Hausaufgabe der ersten Woche, bei der es darum geht, die Übung des Bodyscan in den täglichen Ablauf zu integrieren und allmählich eine Haltung der Achtsamkeit bei der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten zu entwickeln. Ganz konkret werden die Kursteilnehmer zum achtsamen Verzehren einer Mahlzeit angeregt.

Die **Sitzung der zweiten Woche** beginnt mit dem Bodyscan und damit, dass sich die Teilnehmer über ihre häuslichen Erfahrungen damit und mit ihren ersten Achtsamkeitsübungen austauschen. Ein weiteres Schwerpunktthema dieser Stunde ist die Funktionsweise unserer Wahrnehmung und ein Gespräch darüber, wie wir das Feld unserer Aufmerksamkeit erweitern und statt unserer eingeschränkten Sicht- und Reaktionsweisen kreative Antworten und Lösungen finden können. Darüber hinaus erfolgt eine Einführung in die Sitzmeditation und ein Gespräch über diesbezügliche Erfahrungen der Teilnehmer.

Ein Hauptgegenstand der **dritten Sitzung** ist die theoretische und praktische Einführung in das Yoga. Außerdem wird über die Erfahrungen der Teilnehmer mit den häuslichen Übungen, dem Bodyscan und ihren ersten Sitzmeditationsversuchen gesprochen. Hier ist auch der Raum für den Austausch über die Schwierigkeit, die Übungen in die alltägliche Routine einzubauen, sich „ganz egoistisch“ Zeit für sich zu nehmen, sich abzugrenzen etc. Außerdem erfolgt in dieser Stunde ein Austausch über das Tagebuch „angenehmer Ereignisse“ und die damit verbundenen ersten Erfahrungen der Teilnehmer mit dem, was es bedeutet, ganz im Moment gegenwärtig zu sein. In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, dass im MBSR-Programm zunächst eine Hinwendung und Fokussierung auf die angenehmen Erfahrungen erfolgt und erst später die Auseinandersetzung mit den unangenehmen Erlebnissen.

Die **vierte und fünfte Sitzung** bilden, wie Kabat-Zinn es im Curriculum formuliert, das Herzstück des Programms. Schwerpunktthema dieser Einheit ist die Vermittlung eines transaktionalen Stressverständnisses und achtsamkeitsbasierter Formen der Bewältigung. In Kleingruppen und im Plenum wird über die Folgen von Stress gesprochen und über die eigenen Erfahrungen damit. Es wird die Bedeutung der eigenen Erwartungen und Bewertungen dafür, dass eine Situation überhaupt stressreich werden kann, herausgearbeitet, und es wird der automatischen, gewohnheitsmäßigen Stressreaktion die bewusste Stressaktion gegenübergestellt. Von der vierten bis zur fünften Woche üben die Teilnehmer zunächst einmal nur, sich im Alltag ihrer Stressreaktionen bewusst zu werden, ohne sie gleich verändern zu wollen.

In der **fünften Woche** wird die Meditationspraxis weiter vertieft, und die Kursteilnehmer lernen, ihre Gedanken zu beobachten, ohne sich in den Inhalt verstricken zu lassen. Dadurch

und unterstützt durch die Verankerung des Bewusstseins im Körper und in der Atmung versuchen sie dann, neue kreativere Copingmöglichkeiten zu erkunden. Im Zusammenhang damit können während dieser Sitzung auch die Bedeutung von emotionaler Reaktivität auf Gesundheit und Krankheit thematisiert werden und Hinweise auf die Auswirkungen von Typ-A- und Typ-C-Verhalten bzw. auf die Untersuchungen von Seligmann zu gelernter Hilflosigkeit und zu gelerntem Optimismus erfolgen. Ein wichtiges Thema dieser Sitzung ist schließlich der achtsame Umgang mit schwierigen Gefühlen, ein Aspekt, der aber auch in eine spätere, beispielsweise die siebte Woche mit hinübergenommen werden kann.

In der **sechsten Woche** geht es schwerpunktmäßig um das Thema „Kommunikation“, wobei unterstützt durch die Tagebuchaufzeichnungen der Teilnehmer und durch veranschaulichende Übungen verschiedene Kommunikationsstile herausgearbeitet und passive, aggressive und selbstbewusst-bestimmte Verhaltensmuster nebeneinandergestellt und verglichen werden. Das Thema ist nun, wie man sich unter den Bedingungen von Stress und beeinflusst von gewohnheitsmäßigen Mustern des Emotionsausdrucks zentrieren und seine Anliegen und Gefühle in zwischenmenschlichen Beziehungen wirkungsvoll äußern kann. Darüber hinaus dient diese Sitzung einer weiteren Vertiefung der Meditationspraxis und der Vorbereitung auf den Tag der Achtsamkeit.

Der **Tag der Achtsamkeit**, der in der Stressklinik ca. 7 Stunden dauert und an einem Wochentag stattfindet, dient einer Vertiefung der Übungspraxis und ermöglicht den Teilnehmern, einen längeren Zeitraum kontinuierlicher Achtsamkeitsübung zu erleben und selbstständig mit dem zu arbeiten, was immer in dieser Zeit an Erfahrungen für sie auftauchen mag. Nach einer Einführung durch den Kursleiter, bei der die Teilnehmenden noch Gelegenheit haben, sich über ihre Ängste und Vorstellungen auszutauschen, wird dieser Tag einschließlich des Mittagessens und eines kleinen Spaziergangs im Schweigen verbracht, das nur von den Erläuterungen des Kursleiters zu den wechselnden Übungen unterbrochen wird. Erst in der Schlussrunde besteht dann wieder die Möglichkeit, über die eigenen Erfahrungen zu sprechen.

In der **siebten Woche** wird zunächst über „Nachklänge“ zum Tag der Achtsamkeit gesprochen. Danach kann es um die Frage gehen, was wir nicht nur an Nahrung und Umweltbelastungen, sondern auch an unnützer Information und Berieselung fortwährend in uns „hineinstopfen“. Da das Programm an dieser Stelle sehr auf die amerikanischen (Ess)gewohnheiten abhebt, besteht hier auch die Möglichkeit, auf weitere oder auch alternative Schwerpunkte abzuheben. Beispielsweise wird eine Fortführung des Themas Kommunikation aus der sechsten Stunde vorgeschlagen oder es kann eine vertiefende Auseinandersetzung mit der Problematik des Umgangs mit schwierigen Gefühlen aus einer der vorhergehenden Stunden erfolgen. Die häuslichen Übungen werden in dieser Woche einmal ohne Anleitungskassette durchgeführt, und die Teilnehmer werden ab diesem Zeitpunkt ermuntert, sich ihr häusliches Übungsprogramm individuell zusammenzustellen.

Die **letzte Sitzung** in der achten Woche gilt schließlich dem Rückblick auf das Gelernte und dem Ausblick darauf, wie die Achtsamkeitspraxis künftig in den individuellen Alltag integriert werden kann. Es werden Materialien verteilt, die die Teilnehmer in einer selbstständigen Praxis unterstützen sollen, und jeder Teilnehmer wird aufgefordert, sich drei kurzfristige (3 Monate) und drei langfristige Gesundheitsziele (3 Jahre oder mehr) zu setzen. Abschließend haben die Teilnehmer Gelegenheit, ihre Gefühle bezüglich des Kursendes zu äußern und sich in einem Abschiedsritual voneinander zu verabschieden.

Der hier skizzierte 8-Wochen-Verlauf bildet die Grundstruktur des Programms. Diese sollte aber, wie Kabat-Zinn in der Einleitung zum Curriculum betont, nicht als „straightjacket“, also als Zwangsjacke betrachtet werden, sondern als „ein Führer“ und als „ein dynamisches System“, welches unterschiedlichen Umständen sowie den Erfordernissen der Gruppe, des Einzelnen und des Augenblicks anzupassen ist (Kabat-Zinn, 1993 b, S. 1). Wesentlicher als die Berücksichtigung jedes Curriculum-Details ist, dass sich die grundsätzliche Ausrichtung am übergreifenden Konzept der Achtsamkeit durch das Programm zieht und der oder die MBSR-Lehrende selber in der Achtsamkeitspraxis verwurzelt ist, damit Achtsamkeit „nicht als intellektuelles Kochbuchwissen“, sondern „aus dem eigenen Leben und der persönlichen Erfahrung heraus“ vermittelt werden kann (vgl. ebd.). Die Verwurzelung in der eigenen Praxis gilt nicht nur als wesentliche Voraussetzung für eine lebens- und erfahrungsnahe Weise der Vermittlung und für die (auch sprachliche) Kompetenz des Lehrenden, eine Verbindung zu und zwischen den Menschen herzustellen, anstatt Distanz und Widerstand zu produzieren. Sie gilt auch als wesentliche Bedingung dafür, dass den Teilnehmern die mit dem MBSR-Kurs verbundenen Übungsanstrengungen überhaupt zuzumuten sind.

In diesem Zusammenhang ist noch erwähnenswert, dass aus dem buddhistischen Hintergrund des Programms zwar kein Hehl gemacht wird, dass dieser aber auch nicht hervorgehoben wird. So äußerte sich Kabat-Zinn anlässlich eines Professional Trainings im Sommer 2003 in Oldenburg recht zufrieden darüber, dass „Gesund durch Meditation“ zwar zentrale Aspekte der buddhistischen Lehre vermittele, es ihm aber gelungen sei, dieses Buch ganz ohne das entsprechende Vokabular und basiert auf den Befunden der westlichen Wissenschaft zu schreiben. Damit sind nun – wie auch schon zuvor angedeutet – weiterreichende Implikationen und Tiefen des Programms angesprochen, die noch einer genaueren Betrachtung bedürfen.

7.2.2.2 *Weiterreichende Implikationen des MBSR (im Vergleich mit den bereits diskutierten Ansätzen)*

Bevor nun abschließend das MBSR-Programm in Bezug auf die zuvor entwickelten Kriterien einer emotionsfundierte Gesundheitsförderung bewertet und eingeordnet wird, sind noch einige tiefer greifende Implikationen des Achtsamkeitskonzepts genauer zu betrachten und zu verstehen. Die bisherige Darstellung hat zwar die Grundidee und wesentliche Aspekte zur Struktur des Programms vermittelt. Dennoch ist in gewisser Weise nur die Oberflächenstruktur des MBSR transportiert worden, so dass einige der mit Achtsamkeit verbundenen charakteristischen Qualitäten noch zu kurz gekommen sind. Um auch diese Gesichtspunkte herauszuarbeiten, wird nun eine Diskussion aufgegriffen, die in jüngster Zeit um das Thema „Achtsamkeit als Therapieprinzip ... in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin“ (Heidenreich u. Michalak, 2003) geführt wird und anhand derer sich nicht nur sehr gut die Bedeutung von Achtsamkeit für die Förderung emotionaler Kompetenz aufzeigen lässt, sondern zugleich auch die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu bereits diskutierten Ansätzen, besonders den rein kognitiven, deutlich werden.

Gemeinsamkeiten zwischen achtsamkeitsbasierten und rein kognitiven Ansätzen¹⁴⁴

Betrachtet man zunächst die Gemeinsamkeiten, dann fällt sofort auf, dass beide auf eine **Durchbrechung automatisierter Erlebens- und Verhaltensmuster** abzielen. So wie in der kognitiven Therapie die Patienten, so werden auch die Teilnehmer beim Achtsamkeitstraining dazu angehalten, alle Aspekte einer Situation einschließlich ihres körperlichen, gedanklichen und gefühlsmäßigen Erlebens und ihres Verhaltens genau zu beobachten, um so einen gewissen Abstand zu gewohnheitsmäßigen Reaktionen und Spielraum für neues und erweitertes Verhalten zu gewinnen. Wie Achtsamkeit dabei ganz allgemein hilft, bis dahin selbstverständlich ablaufende Reiz-Reaktions-Muster zu unterbrechen und durch eine bewusste Stressaktion zu ersetzen, dies wurde bereits in 7.2.2.1 ausführlich dargestellt. Hier wird daher nur noch der Umgang mit den eigenen Bewertungsmustern herausgegriffen, hinsichtlich dessen sich die Vorgehensweisen unterscheiden. Während es im Rahmen achtsamkeitsbasierter Ansätze vor allem darum geht, sich mit seinen Gedanken und Gefühlen nicht zu identifizieren und „sich nicht im Netz ihrer Assoziationen zu verfangen“ (Kabat-Zinn, 2003, S. 264), sondern diese als vorübergehende, mentale Ereignisse wahrzunehmen, wird in den kognitiven Ansätzen vielmehr auf eine Veränderung dysfunktionaler Denkmuster bzw. Kognitionen hingearbeitet. In diesem Zusammenhang ist allerdings ein Hinweis von Segal u.a. (vgl. 2002, S. 37 ff.) interessant, wonach die Wirkung der klassischen kognitiven Therapie möglicherweise gar nicht so sehr auf einer Veränderung dysfunktionaler Kognitionen beruht als darauf, dass Gedanken nicht mehr als Realität und als Aspekte der eigenen Persönlichkeit, des Selbst, sondern als vorübergehende, mentale Ereignisse betrachtet werden. Im Rahmen ihrer achtsamkeitsbasierten Variante der kognitiven Therapie für rückfallgefährdete depressive Menschen bezeichnen sie die damit verbundene grundlegende Haltungsänderung daher als „metacognitive awareness“ (zit. n. Heidenreich u. Michalak, S. 267; für einen detaillierten Vergleich zwischen der „Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression“ und dem MBSR-Ursprung vgl. Segal u.a., 2002). Vor diesem Hintergrund dürfte deutlich sein, dass achtsamkeitsbasierte ebenso wie auch kognitive Ansätze in hohem Maße zur Förderung dieses Aspekts emotionaler Kompetenz beitragen, wobei allerdings zu erwähnen bleibt, dass die Haltung der Nicht-Identifikation im Rahmen achtsamkeitsbasierter Ansätze letztlich viel weiter reicht und nicht nur gegenüber Gedanken, sondern gegenüber dem Gesamt der Erfahrungen eingenommen wird (vgl. Heidenreich u. Michalak, S. 267).

Weitere Gemeinsamkeiten zwischen beiden Ansätzen betreffen die Berücksichtigung und **Vermittlung von Entspannungsmöglichkeiten**, wobei das „Prinzip der Achtsamkeit ... dem Prinzip Entspannung gleichsam übergeordnet ist“ (ebd.) und Entspannung als willkommenes, aber nicht vorrangig angestrebtes Ergebnis betrachtet wird. Paradoxerweise wird Entspannung dabei häufig gerade dadurch erreicht, dass alle von Moment zu Moment auftauchenden Körperempfindungen, Gefühle und Gedanken einfach nur mit nicht-wertender, sanfter und liebevoller Aufmerksamkeit wahrgenommen werden und keine Anstrengung unternommen wird, etwas Bestimmtes erreichen zu wollen.¹⁴⁵ Eine Vergleichbarkeit sehen die Autoren Heidenreich und

¹⁴⁴ In diesem Fall ist eine Unterscheidung zwischen „rein“ kognitiven und achtsamkeitsbasierten, verhaltenstherapeutischen und verhaltensmedizinischen Ansätzen alleine deshalb notwendig, weil sich ja auch das MBSR-Programm auf eine verhaltensmedizinische und das heißt kognitive Tradition bezieht.

¹⁴⁵ Im Zusammenhang damit meine ich allerdings, dass, verglichen mit den unter 7.2.1 diskutierten Stressbewältigungsansätzen aus der kognitiven Tradition, der Entspannungsaspekt im MBSR aufgrund der wesentlich intensiveren Übungspraxis möglicherweise auch höher zu gewichten wäre. Begründen möchte ich dies auch

Michalak darüber hinaus auch in der „Fokussierung auf das körperliche Erleben“, im „Rückzug von der sozialen Umwelt für die Dauer der Übungen“ und in der „Notwendigkeit regelmäßiger Übung“ (ebd.).

Eine starke Parallele besteht schließlich auch in der Anregung zur **Entdeckung des Positiven im Denken und Handeln**, wobei achtsamkeitsbasierte Ansätze allerdings insgesamt auf „eine stärkere Freiheit von Bewertungsprozessen“ abzielen (ebd.). Darüber hinaus erscheint mir am MBSR-Programm bemerkenswert, dass die Erfahrung angenehmer Erlebnisse und die so einfache „Methode“, mit den schönen und angenehmen Seiten des Lebens in intensiveren und tieferen Kontakt zu kommen, quasi naturwüchsig aus der bewussten Wahrnehmung des gegenwärtigen Moments hervorgeht und außer der Achtsamkeit im Alltag und der Tagebuchnotizen sowie einer diesbezüglichen Auswertung keiner weiteren Programmelemente bedarf. Damit ist, verglichen mit beispielsweise dem Kaluza-Programm, zwar relativ wenig Zeit für die Beschäftigung mit dem Thema vorgesehen, dennoch zieht es sich wie ein roter Faden durch das Programm, eben weil es vom Achtsamkeitskonzept nicht zu trennen, sondern mit diesem eng verwoben ist. (Vor diesem Hintergrund ist meines Erachtens auch eine gleiche Bewertung der beiden Programme zu rechtfertigen. Darüber hinaus zeigen auch Teilnehmerfahrungen (vgl. 7.2.2.4), dass alleine durch diesen Input schon eine sehr wirkungsvolle Umstellung bzw. Veränderung der Wahrnehmung in die oben genannte Richtung möglich wird.

Weitere – allerdings nicht so eindeutige – Gemeinsamkeiten betreffen schließlich auch den Bereich, der als Domäne der kognitiven Ansätze gelten darf, nämlich die „**Erweiterung von Kompetenzen und Problemlösefähigkeiten**“ im Allgemeinen und die „**Erweiterung von kommunikativen Kompetenzen**“ im Speziellen. Beginnend mit dem letztgenannten Aspekt, findet dieser in Form von Aufgaben zur Selbstbeobachtung und in Form von Überlegungen und Übungen zur Verbesserung der Kommunikation im MBSR-Programm ebenfalls Berücksichtigung, wobei allerdings festzuhalten ist, dass kein explizites Kompetenztraining durchgeführt wird. Ebenso wenig werden im MBSR umweltgerichtete Kompetenzen und Problemlösefähigkeiten in dem Sinne, wie dies beispielsweise im Kaluza-Programm oder im Stressimpfungstraining von Meichenbaum vorgesehen ist, trainiert. Vielmehr wird eine Haltung der Präsenz gegenüber allen Aspekten einer sich entfaltenden Stresssituation vermittelt und kontinuierlich eingeübt, die es ermöglicht, ein größeres Spektrum an Copingmöglichkeiten wahrzunehmen und ganz bewusst zwischen – im Sinne Lazarus – „problemorientierter“ und „emotionsorientierter“ Bewältigung zu unterscheiden. Die dadurch angestrebte „Balance zwischen Veränderung und Akzeptanz“ (Heidenreich u. Michalak, S. 272) muss dabei keineswegs einen Nachteil gegenüber „der ‚Einseitigkeit‘ früherer ausschließlich veränderungsorientierter“ Ansätze (ebd.) bedeuten. Sie wird vielmehr inzwischen auch von Vertretern der kognitiven Richtung als sinnvoller und „notwendige(r) Perspektivwechsel“ (ebd.) gesehen. Da allerdings im Verlauf dieser Arbeit immer wieder die große Bedeutung von allgemeinen und spezifischen Problemlösefähig-

mit (leider nur erinnerten) Aussagen einiger TeilnehmerInnen, die bereits die Progressive Muskelrelaxation praktizierten und dann die Achtsamkeitsmethoden kennengelernt haben und letztere hinsichtlich ihrer Wirkung als noch tiefergehend beschrieben haben. Schließlich sind darüber hinaus Äußerungen von TeilnehmerInnen anzuführen, die nach wenigen Stunden des Übens in Stille meinten, eine solche Ruhe zu verspüren, wie sie es sich niemals hätten vorstellen können (vgl. in diesem Zusammenhang auch einige der unter 7.2.2.4 zitierten Teilnehmererfahrungen). Da es aber an Belegen für diese Behauptung fehlt und ich die kognitiven Programme nur aus der Außenperspektive kenne, ist die gleiche Bewertung nur angemessen. Es bleibt aber festzuhalten, dass bezüglich der Wirkungen verschiedener Entspannungsmethoden und in Bezug auf ihre Eignung für verschiedene Nutzer(typen) möglicherweise noch weiterer Forschungsbedarf besteht.

keiten und Kompetenzen betont wurde, würde ich diesen Aspekt im MBSR-Programm nicht ganz so hoch bewerten wie bei den zuvor genannten Ansätzen. Aus eigener Erfahrung mit dem MBSR weiß ich zwar, dass Kursteilnehmer auch ohne explizites Problemlösungstraining oft neue Möglichkeiten entdecken und sehr vieles durch den Erfahrungsaustausch voneinander lernen, so dass im Ergebnis zum Teil ähnliche Effekte erzielt werden wie bei dem von Kaluza vorgeschlagenen Vorgehen. (So würde meines Erachtens ein Vergleich zwischen den von Kaluza (2004, S. 130 f.) vorgestellten Beispielen mit den hier in Kapitel 7.2.2.4 vorgestellten Erfahrungen von TeilnehmerInnen an achtsamkeitsbasierter Stressbewältigung auch eine parallele Bewertung legitimieren). Da aber zugleich auch immer wieder Kompetenzdefizite insbesondere im kommunikativen Bereich deutlich werden und viele Menschen ein Interesse daran äußern, mehr zu diesem Thema zu lernen, halte ich explizite Kompetenzförderung, die über das im MBSR vorgeschlagene Maß hinausgeht, weiterhin für sinnvoll.

Unterschiede

Betrachtet man beide Ansätze unter der Frage nach den Unterschieden, dann fällt zunächst die sehr unterschiedliche **Gewichtung körperorientierter Wirkfaktoren** ins Auge. Während in den kognitiven Stressbewältigungsansätzen körperliche Vorgänge fast nur als Interventionsziel des Entspannungstrainings genutzt werden oder um im Rahmen der Selbstbeobachtung die Auswirkungen von Belastungen zu erfassen (vgl. Heidenreich u. Michalak, S. 268), wird im MBSR außerordentlich großes Gewicht auf die Schulung des Körperbewusstseins gelegt und auf die Vermittlung vielfältiger Möglichkeiten, den Körper in Ruhe und in Bewegung zu erfahren. Das fortwährende „im Kontakt mit dem Körper sein“ stellt ein grundlegendes Ziel des MBSR dar. Dadurch wird es nicht nur möglich, die Weisheit des Körpers für das eigene Handeln zu nutzen. Zugleich sind die (auf Ganzheitlichkeit) abzielenden Methoden auch in besonderem Maße geeignet, die körperlichen Potenziale auf eine Weise zu mobilisieren, die zugleich auch der psychischen und sozialen Selbstregulationskompetenz eines Menschen zuträglich ist (vgl. 6.2.1.6 u. 7.1.2).

Ein weiterer Unterschied besteht in Bezug auf die **Berücksichtigung von Gefühlen und deren möglichen Hintergründen**. Während diesen Aspekten in den rein kognitiven Ansätzen keine eigenständige Bedeutung zukommt, wird ihnen in der Mindfulness-basierten Stressbewältigung alleine schon aufgrund der Definition von Achtsamkeit selbstverständliche Aufmerksamkeit entgegengebracht. Durch Achtsamkeit soll es möglich werden, „Emotionen umfassend zu verarbeiten, ohne wichtige Aspekte ... abzuspalten“ (Heidenreich u. Michalak, S. 268). In erster Linie geht es darum, Gefühle zuzulassen und sie – auch wenn sie schmerzhaft sind – zu beachten und anzuerkennen. „Der Schlüssel dazu ist – wie könnte es anders sein – die Bereitschaft, den Schmerz zu erforschen, zu beobachten, sich ihm bewusst zu öffnen anstatt ihn zu verdrängen, und mit ihm zu arbeiten, wie man es mit physischen Symptomen oder mit Gedanken auch tun würde“ (Kabat-Zinn, 2003, S. 253). Eine solche akzeptierende Grundhaltung gegenüber allen leidvollen Emotionen kann helfen, die ihnen „innewohnende Energie für Heilung und Wachstum zu nutzen“ (ebd.). Der Weg dahin führt nur durch die Emotion hindurch, indem wir die schmerzliche Erfahrung einerseits ganz zulassen und andererseits zugleich den außerhalb der schmerzlichen Erfahrung liegenden – weiter vorne bereits beschriebenen – Standpunkt des Beobachters einnehmen, „der von den Stürmen im eigenen Innern unberührt ist. Der Sturm muß sich austoben, aber er nimmt einen anderen Verlauf, wenn man ihm mit Achtsamkeit begegnet“ (ebd., S. 254).

Ein solchermaßen bewusster Umgang mit Emotionen, „während man noch in ihnen steckt, bedeutet, sie mitzugestalten und positiv zu verändern“ (ebd.). Daraus können nicht nur der Gesundheit sehr förderliche Einsichten hervorgehen wie etwa die, dass auch die schmerzvollsten Emotionen sich in ihrer Qualität und Intensität von Moment zu Moment verändern (vgl. ebd., S. 255). Es entsteht auch Raum für die achtsame Erforschung einer Emotion, für bewusste problem- oder emotionsorientierte Lösungen und für ein mögliches „Reframing“, eine Erweiterung des eigenen Bezugsrahmens (vgl. ebd., S. 258). Schließlich ist diese grundsätzliche Haltung auch von großem Nutzen im Umgang mit starker Angst und Panik (vgl. ebd., S. 261 ff.; vgl. a. Kabat-Zinn u.a., 1992) sowie im Umgang mit körperlichen Schmerzen, einem wichtigen Anwendungsbereich des MBSR (vgl. ebd., S. 244; vgl. Kabat-Zinn u.a. 1985, 1986 u. 1992; vgl. a. Tiefenthaler-Gilmer, 2002). Die heilsamen Wirkungen eines solchen Umgangs mit belastenden Emotionen dürften nicht weiter verwundern, da in diesen zusammenfassenden Ausführungen zum Umgang mit Emotionen und emotionalem Schmerz unschwer deutlich geworden ist, wie sehr der achtsamkeitsbasierte Umgang mit Gefühlen einerseits den therapeutischen Prinzipien (der Katharsis bzw. der Reizkonfrontation) entspricht, die in Psychoanalyse und Verhaltenstherapie als wirksam gelten (vgl. Kap. 6.1.2.4), andererseits aber darüber hinausgeht, weil die Übung zugleich darin besteht, Gefühlserfahrungen ebenso wie Gedanken „von einer höheren Warte aus zu betrachten und deshalb nicht von automatischen, gewohnheitsmäßigen Reaktionsmustern überwältigt zu werden“ (Kabat-Zinn, 2003, S. 265).

Die Ausführungen zu diesem Aspekt abschließend, möchte ich ihn im Rahmen der tabellarischen Bewertung nur auf einem mittleren Niveau gewichten. Zwar ist der bewusste Umgang mit Emotionen in einem achtsamkeitsbasierten Ansatz immer eingeschlossen. Auch haben die vorherigen Ausführungen deutlich gemacht, dass sich das MBSR in beeindruckender Weise für eine Sensibilisierung der Gefühlswahrnehmung (bzw. des Gefühlserlebens) sowie für den kompetenten Umgang mit belastenden Emotionen eignet. Da allerdings das Thema „belastende Gefühle bzw. Emotionen“ und die Berücksichtigung von deren möglichen Hintergründen im Original-Curriculum nicht explizit betont wird, erscheint mir eine solche Einordnung gegenüber den anderen Programmen, die ich alleine aus der Außenperspektive beurteilen kann, nur angemessen und gerecht.

Eine ganz wesentliche Unterscheidung zwischen MBSR und den vorher bereits diskutierten kognitiven Ansätzen betrifft schließlich **den Umgang mit Leid und mit Krisen**. Wie in vorhergehenden Teilen dieser Arbeit (vgl. 4.1.1 u. 6.1.2) deutlich wurde, bietet der Stressbegriff die Möglichkeit, vielfältigste Arten der Belastung von den sogenannten „daily hassles“ bis zu extremen, überwältigenden Lebensereignissen und neben äußeren auch innere Anforderungen einzubeziehen, ein Potenzial, welches von den kognitiven Ansätzen kaum gesehen und berücksichtigt wird. Im MBSR mit seinem buddhistischen Hintergrund ist es dagegen selbstverständliche Ausgangsbasis, dass „jeder Mensch, der in die Streßklinik kommt oder hier arbeitet, seine eigene Katastrophe erlebt (hat). Obwohl unsere Patienten mit ganz bestimmten Diagnosen zu uns geschickt wurden, verschleiern diese oft mehr als sie enthüllen. Sie sagen nichts über die wahre Katastrophe aus, die sich hinter einem komplexen Gebilde aus vergangenen und gegenwärtigen Erfahrungen und Beziehungen, aus Hoffnungen und Ängsten verbirgt. Viele haben das Gefühl, nicht nur ihr Körper sei aus den Fugen geraten, sondern ihr ganzes Leben“ (Kabat-Zinn, 2003, S. 22). Solche Katastrophen oder, anders ausgedrückt, all die vielfältigen Probleme des Leidens am Leben sind nun gerade die Domäne des Buddhismus, dessen Begründer die Linderung des Leidens als seine zentrale Aufgabe ansah und gelehrt hat, „wie Schmerz und

Leiden in geistige Entwicklung und schöpferische Kraft verwandelt werden können“ (Young-Eisendrath, S. 20).

Um dies nachvollziehen zu können, ist es wichtig, noch einmal die weiter vorne (vgl. 6.1.2) bereits vorgenommene Unterscheidung zwischen notwendigem Leiden, also den in jedem menschlichen Leben unvermeidbaren schmerzvollen Erfahrungen, und dem nutzlosen Leiden, das entsteht, wenn wir uns durch Leugnen und durch Vermeidung der Begegnung mit diesen Erfahrungen entziehen, aufzugreifen. Diese Unterscheidung ist nun auch aus buddhistischer Sicht von fundamentaler Bedeutung. Diese lehrt, dass es zunächst einmal darum geht, Leid „als eine natürliche Tatsache menschlicher Existenz“ (Dalai Lama, 1999, S. 129) und als „Grundeinstellung gegenüber den Widrigkeiten des Lebens“ (ebd., S. 134) zu akzeptieren. In einer Gesellschaft, die permanent neue Glücksversprechen produziert, lässt uns alleine schon eine solche Haltung toleranter gegenüber unglücklichen Erfahrungen werden und hilft uns zu erkennen, dass wir die „Katastrophen“ des Lebens mit vielen anderen Menschen teilen. Darüber hinaus kann diese Grundeinstellung uns darin unterstützen, zu erkennen und mithilfe von Meditation zu untersuchen, wie wir selber durch unsere Bewertungen, durch unser „Streben nach Selbstschutz“ und durch „unsere Wünsche nach Kontrolle“ einer Situation zu nutzlosem Leiden beitragen (Young-Eisendrath, S. 21). Der Buddhismus spricht hier von „Anhaftungen“ als der häufigsten Quelle von Leiden und meint damit, dass, „wenn wir anhaften, wir darauf (bestehen), dass das Leben gemäß unserer bevorzugten Geschichte verläuft“ (Gehart, S. 9). Gegenüber den damit verbundenen Verstrickungen im Leiden ist es aber wiederum das Loslassen und das vollständige Akzeptieren der gegenwärtigen Erfahrung und des gegenwärtigen Moments, von wo aus die Menschen „eingeladen werden (können), die Ursachen ihres Leidens und/oder die Möglichkeit zu erkunden, mit ihm umzugehen“ (ebd., S. 10). Auch dabei geht es nicht anders als beim Umgang mit schwierigen Gefühlen weder darum, das Leid „zu verringern oder zu beseitigen“ noch „ganz in die Erfahrung einzutauchen“, sondern dabei zu sein – mitfühlend, beobachtend, ohne Beurteilung und ohne es verändern zu wollen (ebd.).

Die hier skizzierte Haltung im Umgang mit Leid zieht sich nicht nur wie ein roter Faden durch das Buch von Kabat-Zinn und durch das gesamte MBSR. Sie ist auch konstitutiv für diejenigen, die das Programm vermitteln. Dies setzt nicht nur voraus, dass die MBSR-Lehrenden das, was sie vermitteln, aus eigener Erfahrung kennen. Eine solche Haltung hat auch Konsequenzen für die Unterscheidung zwischen Professionellem und Persönlichem (vgl. Gehart, S. 11). Die Kursteilnehmer werden nicht als die problembeladenen Klienten oder Patienten gesehen, die sich ändern müssen, sondern als mitmenschliche Wesen, die mit dem Leben ringen, wie alle anderen Menschen und man selber auch. Analog zur Psychotherapie, wo den Therapeutenvariablen Kongruenz, Echtheit und Empathiefähigkeit an sich schon eine heilsame Wirkung zugeschrieben wird, wird dabei für die MBSR-Lehrenden eine Haltung vorausgesetzt, die in der buddhistischen Terminologie als „liebvolles Mitgefühl“ bezeichnet wird. Die oben skizzierte Grundeinstellung und die mitfühlende Begleitung sind wiederum die Voraussetzung dafür, dass die Kursteilnehmer es lernen können, in der beschriebenen Weise mit den eigenen Problemen umzugehen und vor allem auch eine ebensolche Haltung des akzeptierenden, liebevollen und heilsamen Mitgefühls sich selber gegenüber zu entwickeln. Pointiert ausgedrückt könnte man sagen, dass – ganz im Sinne des Prinzips „Hilfe zur Selbsthilfe“ und „Anregung zur Selbstregulation“ – die Teilnehmer an einem MBSR-Kurs sich selbst gegenüber die empathische Haltung zu entwickeln lernen, die sonst ein Therapeut seinem Klienten gegenüber zeigt. Da es nun den Rahmen sprengen würde, diese Thematik an dieser Stelle auszuweiten, sei hier auf das

Buch „Zerbrochen und doch ganz“ von Santorelli (1999), dem heutigen Leiter der Stressreduktionsklinik, hingewiesen, dessen Schwerpunkt auf der heilenden Beziehung liegt. Im Vorwort weist Kabat-Zinn darauf hin, wie eine solche „liebevoll[e] Aufmerksamkeit“ (ein Begriff, den er von dem Gelehrten und Meditationslehrer Corrado Pensa entlehnt) gegenüber sich selber und gegenüber beliebigen Gefühlszuständen „zu einer tiefgreifenden Erfahrung von Freiheit, ebenso wie zu der Möglichkeit, alte und neue Wunden zu heilen, (beitragen kann)“ (Kabat-Zinn in Santorelli, S. 20).

Fasst man die vielen hier angedeuteten Dimensionen achtsamkeitsbasierter Stressbewältigung zusammen, dann scheint mir abschließend noch ein wichtiger Unterschied zu den „kognitiven“ Ansätzen erwähnenswert. Das MBSR bietet ein in sich schlüssiges – weil durch das Konzept der Achtsamkeit verbundenes – Konzept. Damit ist gemeint, dass die Ausrichtung des gesamten Kurses auf das Schlüsselkonzept der Achtsamkeit einen „vereinheitlichenden roten Faden“ bietet, der es erlaubt, die verschiedenen Themen in ein kohärentes Ganzes zu integrieren“ (Kabat-Zinn, 1993 b, S. 2; Übersetzung von mir/U.F.). Demgegenüber stehen in den kognitiven Programmen zum Teil sehr viele Themen nebeneinander. So fragt man sich beispielsweise, wie im Programm von Reschke u. Schröder (2000) so schwergewichtige Inhalte wie der der Identitätsarbeit und des „Buchs meines Lebens“ oder der „Wege zum Ich“ und „Meilensteine meines Lebens“ in jeweils 1 1/2 Stunden bearbeitet werden sollen.¹⁴⁶ Zumindest ist zu erwarten, dass solche Inhalte überwiegend kognitiv erarbeitet werden müssen und wenig Zeit für Entspannungsübungen und Körpererfahrung bleibt. Dies gilt auch für das in jüngster Zeit neu aufgelegte Kaluza-Programm (vgl. 2004), welches zwar um verschiedene „Ergänzungsmodule“ (ebd., S. 155 ff.) erweitert wurde, u.a. auch um die Themen „Bewegung“ und „sozialer Rückhalt“, dem Kursleiter aber überlassen bleibt, wie er diese – insbesondere auch zeitlich – zusätzlich zum bisherigen Kursablauf in das Programm integriert (vgl. ebd., S. 173 f.).

Gegenüber solchen additiven Zusammenstellungen verschiedener Bausteine bietet das Achtsamkeitskonzept eine Mitte, eine – mit dem Stresskonzept außerordentlich kompatibel – Perspektive, auf die alle Themen hin orientiert sind. Das war bereits am Thema „Entdeckung des (auch) Positiven im Denken und Handeln“ aufgezeigt worden und gilt, wie ja inzwischen deutlich geworden sein dürfte, auch für alle anderen Themen. Vor diesem Hintergrund stellt sich auch die Frage, ob es wie bei Kaluza (2004) oder auch bei Reschke u. Schröder (2000) überhaupt notwendig ist, den „sozialen Rückhalt“ als Thema ausdrücklich zu berücksichtigen, wenn sich aus dem gesamten Setting bereits eine „Gemeinschaft des Lernens und der Praxis ergibt“, in der die heilsamen Faktoren der gegenseitigen Akzeptanz und des gegenseitigen Verständnisses sowie Gefühle der Zugehörigkeit und der gegenseitigen Unterstützung wirksam werden (vgl. Standards of Practice, in: Kabat-Zinn u. Santorelli, 2003, Teil II). Alleine die Einsicht, wie sehr wir die „Katastrophen“ unseres Lebens mit anderen Menschen teilen, trägt oft

¹⁴⁶ Aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang die TeilnehmerInnenkritik an einem weiteren Gesundheitstraining für chronisch kranke Menschen, welches in einer Arbeitsgruppe des Deutschen Roten Kreuzes in Zusammenarbeit mit Kaluza (2002) entwickelt und in 10 Kursgruppen mit insgesamt 86 Personen erprobt wurde. In diesem Programm wurden in 7 Kurseinheiten à 2 Stunden neben dem Entspannungs- und Genussttraining der „soziale Rückhalt“ und das Thema „Wert- und Sinnorientierung“ kombiniert, wobei das Angebot zwar insgesamt positiv bewertet wurde, der rote Faden für die TeilnehmerInnen aber nur schwerlich zu entdecken war (vgl. ebd., S. 154) und diese kritisierten, dass „die Gespräche ‘nicht tief genug’ gingen und Dinge nur ‘angerissen’ würden“ (vgl. ebd., S. 152).

mehr zum Wirksamwerden dieses Faktors bei, als es eine theoretische Vermittlung leisten könnte.

Vergleicht man nun das hier vorgestellte MBSR-Programm mit all seinen tiefgreifenden impliziten Komponenten mit den zuvor entwickelten Kriterien einer emotionsfundierten Gesundheitsförderung, dann wird deutlich, wie sehr das MBSR nicht nur zu einer Kontrolle äußerer Faktoren, sondern vor allem auch zur Regulation der inneren Bedingungen eines Menschen beiträgt.

Lernziel 1	Einüben von Entspannungsmöglichkeiten	XX
Lernziel 2	Vermittlung von Bewegungsmöglichkeiten	XX
Lernziel 3	Schulung des Körperbewusstseins	XX
Lernziel 4	Sensibilisierung für eine differenzierte Wahrnehmung von Gefühlen und deren möglichen Beweg- und Hintergründen	X
Lernziel 5	Vermittlung von Fähigkeiten zur Krisenbewältigung und zum Umgang mit Leid	XX
Lernziel 6	Anregung zur Einflussnahme auf dysfunktionale Denkmuster	XX
Lernziel 7	Anregung zur Entdeckung des Positiven im Erleben	XX
Lernziel 8	Erweiterung allgemeiner Kompetenzen und Problemlösefähigkeiten	X
Lernziel 9	Erweiterung kommunikativer Kompetenzen	X

Während Kaluza das neu aufgenommene Achtsamkeitskonzept vor allem als Methode zur „Distanzierung vom aktuellen Stressgeschehen“ (vgl. Kaluza, 2004, S. 126) und zur „Disidentifikation mit den z.T. hochautomatisierten emotionalen und körperlichen Stressreaktionen“ (ebd., S. 128) versteht, wurde im Vorangegangenen offensichtlich, dass es der achtsamkeitsbasierten Stressbewältigung, wie sie im MBSR verstanden wird, noch um vieles mehr geht. Dies wird noch deutlicher, wenn im Teil 7.2.2.4 an Erfahrungsbeispielen anschaulich wird, welche emotionalen Kompetenzen durch ein achtsamkeitsbasiertes Vorgehen zu erreichen sind. Es ist verblüffend, wie sehr dem Konzept der Achtsamkeit all die Aspekte inhärent sind, die hier zuvor aus einer ganz anderen Perspektive unter dem Stichwort „emotionale Kompetenz“ entwickelt wurden.

7.2.2.3 Wirkungsnachweise der Programme

Nun ist einerseits ein – vor dem Hintergrund einer umfangreichen Analyse von gesundheitsrelevanten Faktoren entwickeltes – emotionstheoretisch fundiertes Gesundheitsförderungsmodell einschließlich der daraus abzuleitenden Lern- und Interventionsziele erarbeitet (vgl. 7.1). Andererseits dienen eben diese emotionsbezogenen Interventionsziele in einem weiteren Teil (7.2) zugleich als Kriterien, um maßgebliche, bereits bewährte und evaluierte Stressbewältigungs- und Gesundheitsförderungsprogramme auf ihre Passfähigkeit mit den durch diese Ar-

beit begründeten konzeptionellen Überlegungen und auf ihren Beitrag für eine emotionsbasierte Konzeption von Gesundheitsförderung hin zu überprüfen. Dabei haben sich nun alleine aufgrund inhaltlicher Überlegungen deutliche Argumente für das Mindfulness-Based-Stress-Reduction-Programm ergeben, dessen Stärken gegenüber den bei uns verbreiteten kognitiven Ansätzen vor allem aus der sehr herausgehobenen Betonung und Gewichtung körper- und gefühlsorientierter Wirkfaktoren resultieren.

Da nun aber solche inhaltlichen Überlegungen alleine nicht ausreichen und Gesundheitsförderung sich auch den Standards wissenschaftlicher Evaluation stellen muss, gilt es, neben den aus der inhaltlichen, konzeptionellen Arbeit resultierenden Begründungen ebenso die vorhandenen Wirksamkeitsnachweise zu berücksichtigen und die tatsächliche Effektivität der Programme zu prüfen. Möglicherweise lassen sich auch daraus weitere (Rück)schlüsse für eine emotionstheoretisch fundierte Gesundheitsförderung ziehen.

Beispielhaft für alle anderen sollen daher nun auch die Wirksamkeitsnachweise der beiden Programme „Gelassen und sicher im Stress“ von Kaluza (1996, 2004) und Mindfulness-Based Stress Reduction von Kabat-Zinn (vg. Kabat-Zinn, 1993 b; Kabat-Zinn u. Santorelli, 2003) genauer betrachtet werden. Beide sind – wie wohl alle hier vorgestellten Konzeptionen – mehrfach evaluiert. Darüber hinaus dürfen sie wohl auch als repräsentativ für die gegenwärtig relevanten Strömungen in der Stressbewältigung bzw. Gesundheitsförderung gelten.¹⁴⁷ Zusätzlich fließen zwei Meta-Analysen ein, eine von Kaluza (1997) zu den Stressbewältigungsprogrammen aus der kognitiven Tradition und eine von Grossmann u.a. (2004), die sich auf die achtsamkeitsbasierten Programme bezieht.

Beide Programme unterscheiden sich zwar insofern, als das Kaluza-Programm vorwiegend in der primären Prävention, das Kabat-Zinn-Programm hingegen in allen Präventionsbereichen Anwendung findet, vor allem auch in der tertiären Prävention. Da aber beide Programme auf dem Lazarus-Modell aufbauen, müssten sich ihre Erfolge zumindest zum Teil in vergleichbaren Outcome-Parametern nachweisen lassen. Als in diesem Zusammenhang wichtige Erfolgskriterien gilt die Erfassung der Bewältigungsstrategien, die ja „die eigentlichen Zielvariablen eines Stressbewältigungstrainings“ (Kaluza, 2002, S. 201) darstellen. Nach allem hier Gesagten leuchtet ein, dass ein Stressbewältigungstraining zu einer Erweiterung des Bewältigungsverhaltens führen und die „Flexibilität der Belastungsverarbeitung“ auf der Basis eines möglichst breiten Repertoires an Copingstrategien fördern sollte (Reschke, S. 91). Daneben gilt es, auch Effekte hinsichtlich des psychophysischen Befindens zu erfassen, da zu erwarten ist, dass sich Veränderungen des Bewältigungsverhaltens nicht nur in Form einer Abnahme negativer Befindlichkeit, sondern auch als Zunahme von psychischem und physischem Wohlbefinden auswirken (vgl. Kaluza, 2002, S. 201). In diesem Zusammenhang wären Wirkungsnachweise

¹⁴⁷ Von den bei uns verbreiteten Programmen wird hier das Programm von Kaluza deshalb ausgewählt, weil es zu den von den Spitzenverbänden der Krankenkassen empfohlenen zählt. Diese Empfehlung gilt zwar auch für das Stressimpfungstraining (SIT) von Meichenbaum. Dieses bleibt hier aber unberücksichtigt, weil es – wie oben bereits angesprochen – eher als kognitives Verhaltensmodifikationsprogramm denn als breitenwirksames Gesundheitsförderungsprogramm anzusehen ist. Im Übrigen ist das SIT zwar auch international viel beachtet und von verschiedenen Forschern evaluiert worden, allerdings sind diese Studien, wie Meichenbaum selber feststellt, mit oft gewichtigen methodologischen Mängeln verbunden (vgl. ders., 2003, S. 42 – dort findet sich auch ein Überblick über bisherige Studien zum SIT). Außerdem sind einige der Evaluationsstudien zum SIT auch in die im Weiteren noch berücksichtigte Meta-Analyse eingeflossen, die Kaluza (1997; vgl. a. ders., 2002) zur Effektivität von primärpräventiven Stressbewältigungstrainings vorgelegt hat.

wünschenswert, die neben den Parametern subjektiven Wohlbefindens auch objektive physiologische Daten einbeziehen (vgl. ebd., S. 212). Schließlich wäre es günstig, wenn neben inhaltlichen Effektivitätsnachweisen möglichst auch der ökonomische Nutzen, beispielsweise „in der Reduktion von Fehlzeiten“, in „einer verringerten Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen“ oder bei „Einsparungen von Arznei- und Heilmitteln“ (ebd., S. 213) nachgewiesen werden könnten. (Letzteres ist allerdings bei primärpräventiven Programmen, die sich ja auf Gesunde beziehen, nur eingeschränkt möglich.)

Einige Evaluationsbefunde zu kognitiven Ansätzen der Stressbewältigung

Zunächst zu der Meta-Analyse von Kaluza, die vor dem Hintergrund eines erheblichen Defizits im Bereich der Evaluation von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung durchgeführt wurde. Dafür konnten auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche insgesamt 36 kontrollierte, darunter 22 randomisierte und 14 quasi-experimentelle Studien in die Meta-Analyse aufgenommen werden (vgl. Kaluza, 1997), wobei allerdings zumindest partiell „Zweifel an dem Erfolg der benutzten Randomisierungsprozeduren“ (ebd., S. 165) und damit an der methodischen Qualität der Studien bestehen. Die Stichprobe bestand aus erwachsenen gesunden Personen, wobei zu den bevorzugten Zielgruppen Studenten (8), Lehrer (4), Krankenschwestern bzw. Krankenpflegeschülerinnen (3), weitere Personen aus Angestelltenberufen (6), Personen mit pflegebedürftigen Angehörigen (3), berufstätige Mütter (2) und Frauen aus unteren sozioökonomischen Schichten (3) gehörten (vgl. Kaluza, 1997, S. 157). Festzustellen ist, dass ganz unterschiedliche Programme in die Meta-Analyse eingeflossen sind. Das Verzeichnis der dafür benutzten Studien zeigt, dass beispielsweise das Stressimpfungstraining von Meichenbaum (3), ein verhaltensmedizinisches Mind/Body-Programm von u.a. Borysenko und Benson (11) ebenso wie weitere Ansätze aus kognitiver Therapie (14) oder rational-emotiver Therapie (18) einbezogen waren (vgl. ders., 1997, S. 168 ff.). In ihrer inhaltlichen Struktur und in ihrem Aufbau ähneln die Trainings den bereits in 7.2.1 vorgestellten Programmen, wobei „in der Hälfte der Studien die Intervention als eine Kombination aus ... drei Bausteinen (Information + Entspannung + kognitive Umstrukturierung) realisiert (wird)“ (ders. 2002, S. 199) und bei den anderen zum Teil weitere Bausteine (Kommunikation, allgemeines Gesundheitsverhalten, Zeitmanagement u.v.m.) kombiniert wurden. Bemerkenswert ist auch noch, dass sich bei der Hälfte der Studien die Trainingszeit auf nicht mehr als 10 Stunden belief (ebd., S. 198 f.). Hier wie auch schon bei den tabellarischen Übersichten weiter vorne (vgl. Kap. 7.2) gilt es, sich noch einmal zu vergegenwärtigen, dass das Kaluza-Programm zu den wohl umfassendsten Programmen zählt und zu denen gehört, die besonders viele Bewältigungsfacetten berücksichtigen.

Die Ergebnisse der Meta-Analyse fasst Kaluza dahingehend zusammen, dass sich „die relativ stärksten Effekte ... hinsichtlich einer Verbesserung des psychischen und physischen Befindens sowie bezüglich einer Reduktion des Typ-A/Ärger/Feindseligkeit-Komplexes“ zeigten (ders. 1997, S. 163) und nur „geringfügige Effekte im Hinblick auf subjektive Belastungswahrnehmungen und somatische Parameter zu verzeichnen (sind)“ (ebd.). Zudem zeigten sich v.a. bei den Befindensvariablen Hinweise auf sich verstärkende Effekte für einen Zeitraum von bis zu 6 Monaten nach der Intervention, die aber wegen fehlender Kontrollgruppen wenig aussagekräftig sind (vgl. ebd., S. 164). Ein wichtiger Aspekt betrifft noch die Dauer der Interventionen, weil sich die deutlich längeren Programme (bis 30 Stunden), die sich u.a. „durch eine Betonung des Anwendungstransfers auszeichnen“ (ebd., S. 165), zumindest hinsichtlich des psychophysischen Befindens als wirksamer und erfolgreicher erwiesen haben (vgl. ebd.). Im

Rahmen der die Meta-Analyse zusammenfassenden Kritik macht Kaluza darüber hinaus auf folgende **Forschungsdefizite** aufmerksam. Es besteht ein Mangel an kontrollierten Daten zur längerfristigen Wirksamkeit der Programme; das Schwergewicht liegt einseitig auf der Erfassung von Aspekten negativer Befindlichkeit, und die unterschiedlichen Formen von Bewältigung werden nur sehr selten differenziert erfasst bzw. hinsichtlich ihrer Effektivität oder mit dem Blick auf mögliche Veränderungen im Kursverlauf untersucht (vgl. ebd., S. 166).

Vor diesem Hintergrund hat Kaluza dann in zwei aufeinanderfolgenden randomisierten und kontrollierten Studien zunächst das von ihm entwickelte Interventionsprogramm (vgl. Kaluza, 1996) mit der Frage nach längerfristigen Veränderungen von Bewältigungsstrategien evaluiert und später dann auf der Basis eines analogen, aber stärker strukturierten Vorgängerprogramms die Bewältigungsprofile und deren Veränderung noch einmal einer genauen Analyse unterzogen. Das Fazit aus beiden Studien: Die Teilnahme am Stressbewältigungstraining „führt zu starken, auch mittelfristig stabilen Veränderungen des selbstberichteten Bewältigungsverhaltens und des Befindens“ sowie zu einer „Erweiterung eines initial einseitig ausgerichteten Bewältigungsprofils“ (Kaluza, 2002, S. 211). Die Resultate der ersten Studie zeigten, dass „ausgeprägte aktive Kontrollversuche“ und „relativierende und distanzierende kognitive Bewältigungsformen“ zu- und „resignativ-vermeidende Tendenzen“ (ebd., S. 203) im Vergleich zur Kontrollgruppe zum Teil deutlich abgenommen haben, wobei über den sechsmonatigen Nachbeobachtungszeitraum noch „eine Intensivierung und inhaltliche Verbreiterung der Trainingseffekte“ eingetreten ist (ebd.). Ebenso werden auch für die zweite Studie eine trainingsinduzierte „Erweiterung“ und ein „Ausgleich initial einseitig ausgerichteter Bewältigungsprofile“ berichtet (ebd., S. 208) sowie eine Verbesserung des psychophysischen Befindens insbesondere bei den Teilnehmern, die erst im Kursverlauf ihre bis dato einseitigen Bewältigungsstrategien in Richtung auf ein flexibles, situationsangepasstes Coping verbessern konnten (vgl. ebd., S. 210 f.). Für die Zukunft hält Kaluza Untersuchungsverfahren für wünschenswert, mit denen Bewältigungsreaktionen nicht nur als Selbstbericht, sondern durch Verhaltensbeobachtung in alltäglichen oder induzierten Belastungssituationen erfasst werden können (vgl. ebd., S. 212).

Evaluationsbefunde zu den achtsamkeitsbasierten Ansätzen der Stressbewältigung

Zur achtsamkeitsbasierten Stressbewältigung liegen zum Zeitpunkt einer von Grossmann u.a. (2004) erstellten Meta-Analyse insgesamt 64 Studien vor. So haben Kabat-Zinn und Kollegen unter anderem die Wirksamkeit des Mindfulness-Based Stress Reduction Programs bei Patienten mit chronischen Schmerzen (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn u.a., 1985 u. 1987) sowie bei Menschen mit Angst- und Panikstörungen (Kabat-Zinn u.a., 1992; Miller u.a., 1995) zeigen können. Darüber hinaus liegen von verschiedenen anderen Forschern Befunde vor, die darauf hindeuten, dass Achtsamkeitstraining auch zur Mitbehandlung und zur Verbesserung von Symptomen bzw. Lebensqualität bei einer Reihe von körperlichen und psychischen Störungen und Krankheiten wie Fibromyalgie, HIV, Spannungskopfschmerz, Altersbeschwerden, Depressionen, Essstörungen, Borderline-Störungen u.a. hilfreich sein kann (vgl. für einen Überblick die Reviews von Bishop, 2002; Baer, 2003). In diesem Zusammenhang ist allerdings anzumerken, dass sich nicht alle Studien auf das strukturierte achtwöchige MBSR-Programm beziehen, sondern wie z.B. bei der Psoriasis-Studie von Kabat-Zinn (1998) auch verkürzte Ansätze evaluiert wurden.

Bei den meisten der genannten frühen Studien handelte es sich um erste explorative Beobachtungsstudien oder um unkontrollierte Längsschnitt- und Follow-up-Studien. Erst in jüngster

Zeit, seitdem im Laufe der Jahre MBSR auch an verschiedenen anderen, vor allem englischsprachigen Universitäten eingeführt und dort das Interesse unterschiedlicher Forschergruppen geweckt wurde, wurden auch einige kontrollierte und randomisierte Studien durchgeführt und veröffentlicht. Beispielsweise konnten Speca u.a. bei Brustkrebspatientinnen eine Zunahme der Vitalität und eine Abnahme von Angst, Ärger, Depression und verschiedenen anderen Stresssymptomen zeigen, die auch in einer Nachfolgeuntersuchung 6 Monate später noch nachweisbar war. Teasdale u.a. fanden heraus, dass MBSR – kombiniert mit einzelnen Elementen aus der kognitiven Therapie – dazu geeignet ist, bei Patienten mit drei oder mehr vorangegangenen depressiven Episoden die Rückfallgefahr zu halbieren. In einer von Shapiro u.a. untersuchten Stichprobe von Medizinstudenten schließlich zeigte die Gruppe der Teilnehmer am 8-Wochen-Programm signifikant niedrigere Depressions- und Angstwerte. Ebenso konnte Astin in einer Gruppe von Undergraduates eine signifikante Reduzierung von Depressionen, Ängsten und interpersoneller Verletzbarkeit (interpersonal sensitivity) sowie eine Verbesserung der allgemeinen Kontrollüberzeugungen und der Fähigkeit zur gelassenen Akzeptanz von Unabänderlichem zeigen (vgl. für einen Überblick über die angeführten Studien die Reviews von Bishop, 2002; Baer, 2003). Aufschlussreich ist auch eine Studie im Rahmen der primären Prävention, die in jüngster Zeit von dem Hirnforscher Davidson in Zusammenarbeit mit Kabat-Zinn durchgeführt wurde (vgl. Davidson u.a., 2003). Bei den Teilnehmern des 8-Wochen-Programms – MitarbeiterInnen einer Firma für Biotechnologie – konnten nicht nur Steigerungen in der linksfrontalen Hirnaktivität nachgewiesen werden, also in dem Teil des Gehirns, der für die positiven Gefühle zuständig ist (vgl. vorne Kap. 2.5.4). Im Vergleich zur Kontrollgruppe konnte auch ein signifikanter Anstieg von Antikörpern gegen den am Ende des Programms geimpften Influenzawirkstoff gezeigt und darüber hinaus anhand der Stirnhirnaktivität auch das Ausmaß des Antikörpertiters vorhergesagt werden (vgl. ebd.).

Für den deutschsprachigen Raum ist neben der ersten Beobachtungsstudie von Majumdar (2000; vgl. a. Majumdar u.a., 2002), bei der für eine psychosomatisch belastete Stichprobe nachhaltige Symptomreduzierungen berichtet wurden, eine kontrollierte, aber nicht randomisierte Studie mit einem Vortest-Nachtest-Follow-up Untersuchungsdesign von Tiefenthaler-Gilmer (2002) anzuführen, die bei chronischen SchmerzpatientInnen eine signifikante Verbesserung des Kompetenzerlebens und der Schmerzbewältigung sowie eine ebenfalls signifikante Verringerung verschiedener Maße des psychophysischen Befindens aufzeigte (vgl. ebd., S. 193 ff.).

Versucht man, vor dem hier skizzierten Hintergrund den Forschungsstand zu den achtsamkeitsbasierten Ansätze zusammenzufassen, dann ist zunächst das Ergebnis der Meta-Analyse von Grossmann u.a. (2004) zu nennen, wonach über alle kontrollierten und unkontrollierten Studien hinweg hinsichtlich verschiedener standardisierter Maße psychischen und physischen Wohlbefindens ähnliche Effektgrößen festgestellt und signifikante Effekte ungefähr mittlerer Stärke berichtet wurden. Dies einschränkend ist allerdings zu bemerken, dass für die Meta-Analyse zwar von den insgesamt 64 Studien zu achtsamkeitsbasierter Stressbewältigung aufgrund relativ strenger Kriterien nur 20 Studien berücksichtigt wurden, zu diesen aber nur 11 kontrollierte, davon 7 randomisierte Studien zählten. Obwohl Schlussfolgerungen also nur aus einer relativ geringen Anzahl von Studien abzuleiten sind, nehmen die Autoren an, dass MBSR wahrscheinlich einem breiten Spektrum der von chronischer Krankheit und Stress Betroffenen bei der Bewältigung ihrer klinischen wie außerklinischen Probleme zu helfen vermag. Das zu vermutende Potential dieser Intervention wird aber noch anhand größerer Stichproben und in

weiteren methodisch strengen Untersuchungen zu überprüfen sein, die geeignet sind, die bisherigen Forschungsdefizite zu überwinden.

In eine ähnliche Richtung zielt das in den beiden Reviews vorgenommene Resümee, wobei Bishop (2002) betont, dass – mit Ausnahme der wenigen kontrollierten Studien – die empirische Evidenz für das MBSR noch unbefriedigend und unzureichend ist, dennoch aber vorsichtiger Optimismus angebracht und es an der Zeit sei, diese „potentiell wirkungsvolle Behandlungsoption“ (ebd., S. 77) bei verschiedensten Krankheitsbildern und anhand methodisch strenger Forschungsdesigns zu erforschen, um so Aufschluss über die Wirksamkeit sowie über mögliche Indikationen und Grenzen der Anwendung innerhalb der psychosomatischen Medizin zu erlangen (vgl. ebd.). Nach Baer (2003) schließlich lassen die vorliegenden Befunde trotz vieler Schwächen der bisherigen Forschung vermuten, dass MBSR bei der Behandlung eines breiten Spektrums von Krankheiten hilfreich sein kann, wobei sie anders als Bishop zu bedenken gibt, dass MBSR ursprünglich gar nicht als Behandlung spezifischer Krankheiten, sondern für Gruppen von Menschen mit einem weiten Beschwerdespektrum konzipiert wurde und nicht nur zur Stressreduktion, sondern auch zur Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit gedacht ist (vgl. ebd., S. 140). Vor diesem Hintergrund seien mit dem Blick auf empirische Wirksamkeitsnachweise Aspekte wie die der Symptomreduktion sicherlich von großer Bedeutung. Darüber hinaus müsse es aber auch um die gründliche Erforschung der möglichen Wirkmechanismen und -pfade von Achtsamkeit gehen, wobei zukünftige Forschung vor der Herausforderung stehe, ergänzend zu den gängigen Erfolgskriterien und Outcome-Parametern auch den ursprünglichen und genuinen Anliegen der Achtsamkeitspraxis wie die Kultivierung von *awareness* (Gewahrsein), Einsicht, Weisheit und Mitgefühl gerecht zu werden (vgl. ebd.).

Abschließende Diskussion

Auf einen weiteren Vergleich bzw. auf eine weitere Gegenüberstellung zwischen kognitiven und achtsamkeitsbasierten Programmen wird hier deshalb verzichtet, weil es sich bei beiden Programmarten ja eigentlich nicht um Gegensätze handelt, sondern um Ausdifferenzierungen der mit erfolgreicher Stressbewältigung verbundenen Grundideen. (In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass Kabat-Zinn das MBSR als komplementärmedizinischen Ansatz innerhalb der Verhaltensmedizin – also innerhalb der kognitiven Tradition – entwickelt hat und es in diesem Kontext als präventiv-rehabilitatives Programm versteht (vgl. Fußnote 162). In Bezug auf die Wirksamkeit besteht eine Gemeinsamkeit darin, dass für beide Programmarten recht überzeugende Einflüsse auf das psychische Befinden gezeigt werden konnten, wogegen körperliche Maße seltener erhoben wurden (vgl. Kaluza, 1997, S. 166; Grossmann u.a.; S. 40). Daher steht es für die zukünftige Forschung noch aus, neben Effekten psychischen Befindens auch die somatischen Wirkungen von verbesserter Stressbewältigung noch intensiver zu erforschen und hier neben selbstberichteten auch objektive Daten zu erbringen. Darüber hinaus gilt es sicherlich, die Langfristigkeit der Effekte noch weiter zu erforschen.¹⁴⁸ Schließlich erscheint

¹⁴⁸ In diesem Zusammenhang sei noch erwähnt, dass nicht nur für das Kaluza-Programm, sondern auch für das MBSR einige Hinweise auf längerfristige Effekte vorliegen (vgl. Kabat-Zinn u.a., 1987; Miller u.a., 1995). Zudem liegen Hinweise vor, dass viele Absolventen die Achtsamkeitspraxis auch nach Beendigung des Kurses regelmäßig fortführen (vgl. Kabat-Zinn u.a., 1987; Kabat-Zinn u. Chapman-Waldrop, 1988; Miller u.a., 1995). Dies unterstreicht den Eindruck, dass es sich beim MBSR um eine kostengünstige und breitenwirksame Präventionsmaßnahme handelt, wobei diese Effekte sicher noch unter kontrollierten Bedingungen und im Vergleich mit anderen Programmen überprüft und gerade auch für den deutschsprachigen Raum bestätigt werden müssten.

es gerade auch mit dem Blick auf die Gestaltung breitenwirksamer, die Prävention der psychogenen Störungen ausdrücklich einbeziehender Gesundheitsförderung von großer Bedeutung und wünschenswert, die verschiedenen Facetten gesundheitsförderlichen Bewältigungsverhaltens möglichst genau zu verstehen, um diese bei der Programmgestaltung umfassend berücksichtigen und dann auch entsprechend evaluieren zu können (vgl. zur differentiellen Darstellung von Bewältigungsstrategien die bereits erwähnten Studien von Kaluza <1997> sowie hinsichtlich der Wirkmechanismen von Achtsamkeit auch Baer, 2003, S. 128 ff.)¹⁴⁹.

Mit dem Blick auf dieses Ziel wird im nun folgenden Teil anhand qualitativer Befunde bzw. anhand von Teilnehmeraussagen veranschaulicht, welche Bewältigungskompetenzen im Rahmen achtsamkeitsbasierter Stressbewältigung zu erwerben sind. Nachdem es sich die vorliegende Arbeit zum Anliegen gemacht hat, über allgemeine Stressbewältigungskompetenzen hinaus auch die für die psychophysische Gesundheit relevanten, spezifischen emotionalen Kompetenzen zu beleuchten, sollen die auf diesem Weg entwickelten Kategorien nun auch noch mittels einer Reihe von Teilnehmererfahrungen lebendig werden.

7.2.2.4 *Erfahrungen von TeilnehmerInnen an achtsamkeitsbasierter Stressbewältigung*

In diesen Teil fließen nun einige Erfahrungen ein, die ich selber in der Arbeit mit dem MBSR-Programm bzw. bei der Vermittlung seines zentralen Konzepts, der Achtsamkeit, sammeln konnte. Diese Unterscheidung wird hier deshalb vorgenommen, weil die Erfahrungen aus sehr unterschiedlichen Kontexten stammen und nur zum Teil auf dem MBSR-Kurs beruhen, wie er oben dargestellt wurde. Zum größten Teil stammen die Erfahrungen aus dem Kontext einer internistischen Akutklinik in Essen (Ruhrgebiet). Hier werden seit 1999 herkömmliche Schulmedizin, evidenzbasierte Naturheilkunde und gesundheitsfördernde Mind-Body-Medizin (Kabat-Zinn, 1993 b; Benson u. Baim, 2002) zu einem integrativen Konzept verbunden, für die Therapie chronisch kranker Menschen nutzbar gemacht und im Rahmen eines neugegründeten Lehrstuhls für Naturheilkunde erforscht. Zum anderen Teil stammen die Erfahrungen auch aus den verschiedensten Bereichen außerklinischer, freiberuflicher Tätigkeit. Dazu gehören Seminare, die im Bereich der Fort- und Weiterbildung von Pflegenden und für Pflegepädagogik- oder Pflegemanagement-Studierende angeboten wurden. Ebenso zählen dazu Kurse, die im Rahmen von Raucherentwöhnung oder im Bereich der Prävention für eine Krankenkasse durchgeführt wurden. Schließlich beruhen die Erfahrungen auch auf mehreren Wochenendseminaren zum Thema 'Emotionale Kompetenz und Gesundheit', die im Auftrag der Wiese e.V., der Essener Kontaktstelle für Selbsthilfe, für Mitglieder aus verschiedensten Selbsthilfegruppen durchgeführt wurden. Nicht zuletzt basieren die Beobachtungen auch auf Kursen, die durch eigene

¹⁴⁹ Hinsichtlich der mit Achtsamkeit verbundenen Wirkmechanismen und „Fähigkeiten“ ist noch auf eine weitere Arbeit von Baer (vgl. Baer u.a., 2004; vgl. a. Baer, 2004) hinzuweisen. Dabei wurden auf der Basis einer Analyse diesbezüglicher Literatur und unter Berücksichtigung der dazu bereits von verschiedenen Forschergruppen entwickelten Assessment-Instrumente die mit Mindfulness assoziierten „Skills“ zunächst inhaltlich bestimmt, dann wurden Skalen bzw. ein Fragebogen zur Messung dieser skills entwickelt und evaluiert und schließlich wurden die Beziehungen zu verschiedenen, in der Psychologie relevante Konstrukten (u.a. Neurotizismus, Alexithymie, emotionale Intelligenz u.v.a.m.) überprüft, wobei die meisten der erwarteten Relationen zu anderen Konstrukten signifikant waren und sich vielfach eine positive Beziehung zwischen Achtsamkeit und anderen Maßen psychischer Gesundheit zeigte. Darüber hinaus erbrachte die Faktorenanalyse, dass Mindfulness zwar viele Überschneidungen mit bereits bekannten Konstrukten aufweist, dennoch aber eine einzigartige Kombination von Facetten aufweist.

Acquise und aufgrund von Nachfragen interessierter Menschen zustande kamen. In diesen Zusammenhängen wurde achtsamkeitsbasierte Stressbewältigung auch in verschiedenen anderen Formen (z.B. auch in Tages- oder Wochenendseminaren) oder in Kombination mit anderen Kursinhalten vermittelt. Solche Varianten lehnten sich zwar wesentlich an die Ideen und Methoden des oben dargestellten MBSR-Programms an, können aber dennoch nicht als Erfahrungen, die aufgrund der Teilnahme an einem regulären MBSR-Kurs gewonnen wurden, gewertet werden.

Aus dem Spektrum dieser Erfahrungen zum Thema werde ich mich nun überwiegend auf zumindest einigermaßen objektivierbare Daten beziehen. Datenquellen sind in erster Linie Gruppenauswertungsgespräche, die im Einverständnis mit den beteiligten TeilnehmerInnen auf MD aufgezeichnet wurden. Viele Daten entstammen teilstrukturierten Interviews, die im Zusammenhang mit einer Pilotstudie zur Untersuchung der Effekte von Mind-Body-Therapie auf die Lebensqualität sowie auf neuroendokrine und immunologische Parameter von Patienten mit Colitis ulcerosa durchgeführt wurden (vgl. Elsenbruch u.a., 2004; vgl. Langhorst u.a., 2003; vgl. a. die Zeitschrift der DCCV <2003> zu diesem Thema – hier finden sich auch Artikel, die Hinweise auf das Konzept der oben genannten Klinik geben sowie auf den Hintergrund, vor dem die Studie durchgeführt wurde).¹⁵⁰ Diese Interviews dienten u.a. der Erhebung des gesundheitsrelevanten Lebensstils vor und nach der Intervention. Obwohl sie nicht explizit mit der Fragestellung geführt wurden, was die TeilnehmerInnen beim (Ein)Üben von Achtsamkeit erlernt und erfahren haben, geben sie dennoch erstaunlichen Aufschluss darüber. Darüber hinaus stütze ich mich auch auf Verlaufsnotizen, die im Rahmen von Gruppenvisiten von den behandelnden ÄrztInnen und von mir erstellt wurden. Datenquellen werden in diesem Fall Visitenprotokolle aus unterschiedlichen Patientengruppen sein: aus der erwähnten Colitis-Studie, aus „gemischten“ Gruppen von PatientInnen mit unterschiedlichsten chronischen Krankheiten sowie aus dem adjuvanten Programm für KrebspatientInnen. Schließlich werde ich – wenn dies zur Illustration eines Sachverhalts nützlich erscheint – ergänzend auch Aussagen nutzen, die ich im Verlauf von Gruppenprozessen gehört und die mir entweder nachhaltig im Gedächtnis blieben und/oder in einem der Dokumentation dienenden Prozesstagebuch bzw. auf Karteikarten festgehalten wurden.¹⁵¹

¹⁵⁰ Diese ebenfalls kontrollierte und randomisierte Studie, bei der sich für die Interventionsgruppe eine signifikante Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (gemessen am SF 36) und des IBDQ-Punktwertes (erfasst die subjektiv wahrgenommene Darmsymptomatik einschließlich krankheitsassoziierter emotionaler, sozialer u.a. Belastungen) zeigte, wurde im vorhergehenden Teil deshalb nicht in einem Zusammenhang mit anderen Studien angeführt, weil hier zusammen mit der Mind-Body-Therapie (MBSR) auch verschiedene naturheilkundliche Therapieelemente und Selbsthilfestrategien eingeflossen sind bzw. vermittelt wurden, so dass der relative Beitrag achtsamkeitsbasierter Stressbewältigung nicht bestimmt werden kann.

Der Vollständigkeit halber sei in diesem Zusammenhang auch auf eine explorative – an derselben Klinik durchgeführte – Studie hingewiesen, die zeigen konnte, dass die eben genannten Therapiestrategien auch dazu geeignet sind, verschiedene Aspekte der Lebensqualität und der Fatigue bei Krebspatienten zu verbessern (Spahn u.a., 2003). Die Befunde ermutigten dazu, eine jetzt im Herbst 2004 laufende, kontrollierte und randomisierte Studie mit ähnlicher Fragestellung durchzuführen.

¹⁵¹ Unterschiede zwischen den verschiedenen Arten von Daten werden folgendermaßen kenntlich gemacht: Auf MD festgehaltene Daten werden kursiv gedruckt und in Anführungszeichen gesetzt; Äußerungen, die in Visitenprotokollen oder auf Karteikarten festgehalten wurden, werden zwar kursiv gedruckt, aber nicht mit Anführungszeichen versehen, und nur erinnerte, aber nicht protokollierte Daten werden in dem in der vorliegenden Arbeit üblichen Schriftsatz dargestellt. Die PatientInnennamen sind selbstverständlich alle verändert.

Zwar kann aufgrund dieses Datenmaterials leider kein Anspruch auf Erfüllung wissenschaftlicher Gütekriterien erhoben werden, schon alleine deshalb nicht, weil ich als Gruppenleitung die Gespräche geführt und moderiert habe und deshalb Verzerrungen zumindest nicht auszuschließen sind. Dennoch erscheinen mir die Teilnehmeräußerungen und -resümees doch sehr hilfreich, um den Nutzen achtsamkeitsbasierter Stressbewältigung für die Gesundheitsförderung zu veranschaulichen.

Mit Blick auf das weitere Vorgehen werden die auf MD aufgezeichneten Interviews nun nicht in allen Einzelheiten verschriftet, sondern zunächst zusammenfassend protokolliert und später soweit transskribiert, wie es die hier relevante Fragestellung erfordert (vgl. Flick, S. 193). Zur Eingrenzung und als der Strukturierung dienliche Kategorien (vgl. dazu ebd., S. 212 ff.) werden an das Ausgangsmaterial dabei die Kriterien herangetragen, die weiter vorne in dieser Arbeit bereits als Lernziele und Interventionsziele für die Gesundheitsförderung formuliert wurden (vgl. 7.1.3). Dies bedeutet, dass die Erfahrungsberichte und Teilnehmerresümees jetzt den Lern- und Interventionszielen zugeordnet werden, die nach den Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit für eine – auf das übergeordnete Leitziel „emotionale Kompetenz“ ausgerichtete – Konzeption von Gesundheitsförderung als relevant zu betrachten sind. Da, wo sich Aussagen auf mehrere Aspekte beziehen, werden sie demjenigen Bereich zugeordnet, für dessen Veranschaulichung sie besonders geeignet erscheinen.

Wenn nun im Folgenden deutlich wird, welche emotionalen Kompetenzen und Lernerfolge durch ein achtsamkeitsbasiertes Vorgehen zu erreichen sind, dann ist dies auch deshalb interessant, weil diese Gesprächsprotokolle ja nicht mit dem Blick auf die hier vorgelegten Lernziele entstanden sind, sondern sozusagen Nebenprodukte klinischer und außerklinischer achtsamkeitsbasierter Tätigkeit darstellen. Wie weiter hinten in 7.3.2.1 noch herauszuarbeiten sein wird, kann dies bereits als Hinweis gewertet werden, dass es bei einer emotionsbasierten Konzeption von Gesundheitsförderung nicht um etwas gänzlich Neues geht, sondern in vieler Hinsicht um Abwandlungen und Erweiterungen von Bestehendem.

Zum Lernziel 1: Regelmäßige Entspannung

Das erste Lernziel betrifft die regelmäßige Entspannung, ein Aspekt, der von zentraler Bedeutung ist, weil er, wie sich noch zeigen wird, in vielfacher Weise mit den anderen Lernzielen verknüpft ist. Vielen Menschen wird anlässlich der ersten Achtsamkeitsübungen, beispielsweise beim Bodyscan, erst einmal deutlich, wie unruhig und angespannt sie sind, so dass es ihnen manchmal beinahe unmöglich erscheint, eine entsprechende Übung zu Ende zu führen. Im Verlauf regelmäßiger Übungspraxis bemerken sie dann, wie sie zunehmend ruhiger werden und nicht nur verschiedene stressbedingte Symptome wie z.B. Schlaflosigkeit oder auch Krankheitssymptome allmählich abnehmen oder verschwinden, sondern häufig auch ein Zuwachs an Energie festzustellen ist. Typische Aussagen dazu sind:

Paul: *Ich werde entspannter, sehe die Dinge aus einer anderen Perspektive, so dass mir vieles nicht mehr so nahe geht. Trotz zunehmender Stressbelastung im Job fühle ich mich ruhiger. Schmerzen in Reaktion auf Stress sind ganz weg.* **Renate:** *Reg mich nicht mehr so auf und reagiere gelassener.* **Corinna:** *Ich reg mich nicht mehr so schnell auf, bin nicht mehr so im-*

pulsiv und hau nicht mehr so oft auf den Tisch. Kann auch meinen Mann eher lassen, ohne Dinge ausdiskutieren. **Wolfgang:** bin ausgeglichener und ruhiger geworden. **Hans:** Ich werde ruhiger, bekomme dickeres Fell; schlafe nicht mehr auf der Couch ein und habe Lust, abends noch etwas zu unternehmen. **Maria:** „Abschalten, Jalousie runterlassen.“ **Kerstin:** „Früher habe ich immer alles überstürzt. Das geh ich jetzt alles langsamer an. Denke, was ist wirklich wichtig, was muss ich tun.“ Hätte mir niemals vorstellen können, dass ich zu einem solchen Maß an innerer Ruhe fähig bin. **Barbara:** „Der Bodyscan ist klasse. Ich fühl mich danach wirklich super und bin zu mehr in der Lage als vorher. Ich weiß immer, wenn ich den gemacht habe, geht es mir anschließend besser und ich kann dann wirklich nochmal eine Arbeitsrunde einlegen...“ **Sabine:** „Ich bin so entspannt teilweise, dass ich mich wirklich manchmal schon über mich selber wundere Auch in der Arbeit. ... Diese berühmterühmte dickere Haut, die ich mir so gewünscht habe, die habe ich jetzt, und ich glaube, wenn ich wirklich weitermache, dass ich dann mir wirklich ein dickes Fell zulegen kann, weil, ich meine, das ist ja jetzt gerade mal der Start, ...was ich jetzt daraus mache, das ist mir überlassen. Ich denke, wenn ich wirklich am Ball bleibe, das wird funktionieren. So ein richtiges schönes warmes Gefühl.“

Viele berichten auch, dass ihre Umwelt Veränderungen an ihnen wahrnimmt und oftmals neugierig darauf reagiert. **Christina:** Mein Ehemann merkt, dass ich gelassener geworden bin. **Peter:** „Ich habe auch das Feedback bekommen, dass ich halt bei manchen Sachen ruhiger geworden bin und dies und das anders handhabe.“ ... „Meine Frau will auch mitmachen.“ **Britta:** „Selbst meine Tochter sagt zu mir. `Mama, Du bist so ruhig geworden. Du schimpfst nicht mehr so schnell mit mir.` Ich wär ausgeglichener. Mein Mann hat es auch gemerkt.“ **Sabine:** „Mich verblüfft das im Moment wirklich total. Was man alles (durch Kleinigkeiten eigentlich) erreichen kann.“ Mein Mann „merkt auch, dass ich viel ruhiger geworden bin“, reagiert auf all die Veränderungen „sehr positiv“ und „unterstützt mich eigentlich auch.“ Sie erläutert, dass er beispielsweise dafür sorgt, dass sie zwischen Arbeit und abendlichen Vorhaben Zeit zum Üben hat.

Sehr viele Beispiele beziehen sich auch auf die Achtsamkeit im Alltag und auf deren Bedeutung für kurze Momente der Entspannung angesichts der verschiedensten Anforderungen und Stressauslöser: **Hanna:** „Ich merke auch von mir aus irgendwann, wenn ich wieder zu hetzig werde ... Dann habe ich das Gefühl, ich werde immer rasender, mein Herz wird immer schneller, ich überschlag mich und ich bin so ausgepowert nachher.“ Jetzt „kann ich die gleichen Dinge oder auch ein kleines bisschen verkürzt ... ruhiger machen. Dann sage ich zu mir `Stop, atme durch`“ **Stefan:** „Ich glaube, dass mir da speziell die Achtsamkeit geholfen hat. Ich habe damals mal erzählt, dass ich früher selbst beim Spaziergang, wenn man nichts mehr Bedrückendes vor der Brust hatte, mich im Magen-Darm-Bereich vollkommen verkrampft fühlte und wenn ich jetzt achtsam atme, 5 oder 10 mal tief und intensiv oder achtsam auf den Atem achte, dann fühle ich mich hier unten ganz anders.“ **Erika:** Mit Achtsamkeit „muss man nicht hinterher überlegen, hab ich das jetzt getan oder nicht.“ **Anne:** Immer wieder die Atmung zu spüren, alleine die Beobachtung hilft zu entspannen. **Marianne:** Ich spüre, dass es besser wird, wenn ich bei beginnenden Kopfschmerzen ein paar mal ruhig in die Stelle hineinatme (und wie um sich selbst zu vergewissern: Halten Sie das für möglich?).

Schließlich möchte ich zum Ende noch aus der Erinnerung ein sehr eindrückliches Beispiel für die langfristigen Wirkungen regelmäßiger Entspannung anführen. Es stammt von einer Patientin, die viele Monate nach der Beendigung eines Kurses anrief, weil sie meinte, dass ich mich

über die folgende Information sicher freuen würde: *Sie können sich doch sicher noch daran erinnern, dass ich zu Beginn des Kurses so nervös und unruhig war, dass ich die Bodyscan-Kassette am liebsten aus dem Fenster geworfen hätte. Daher wird es Sie sicher freuen zu hören, dass ich diese Übung jetzt beinahe täglich durchführe und mir diese vor kurzem sogar dabei geholfen hat, eine Krebsoperation sehr gelassen und ruhig durchzustehen, so dass ich – auch zum Erstaunen der Ärzte – ganz bald wieder entlassen werden konnte.*

Zum Lernziel 2: Regelmäßige körperliche Bewegung

Der zweite Aspekt betrifft die regelmäßige Bewegung, ein Aspekt, der hier vor allem auf das Yoga bezogen ist. Viele Menschen – gerade auch solche, die Körperarbeit nie zuvor unter dem Blickwinkel der Achtsamkeit erfahren haben – schildern, wie ungewohnt und zugleich wohlthuend es ist, einmal so ganz bei sich und in bzw. mit seinem Körper zu sein. Eine Teilnehmerin **Franziska**, die aufführt, was alles ihr an dem Kurs gefallen und gutgetan hat, drückt das so aus: *„und diese Bewegung, die U. uns beigebracht hat, da hab ich gelernt, so mehr in meinen Körper hineinzugehen, durch die ganz kleinen Bewegungen nur, und dann diesen Dingen nachzuspüren, und das war für mich eigentlich ganz neuartig, weil ich immer ziemlich rappelig war und nervös.“* Interessanterweise ergibt sich aus der Perspektive der Achtsamkeit manchmal auch für Menschen, die Yoga schon kennen und seit längerem praktizieren, ein neuer mehr auf das Spüren (und weniger auf das Ergebnis) hin gerichteter Zugang zu sich selber.¹⁵² In diesem Zusammenhang scheinen mir – leider nicht dokumentierte – Äußerungen erwähnenswert, wonach Menschen angeben, dass sie im Verlauf ihres Lebens zwar schon manches der Gesundheit Förderliche erfahren und gelernt haben, dass sie sich aber erst durch die Integration und Verbindung der verschiedenen Aspekte wirklich angesprochen und motiviert fühlen.

Wie fruchtbar sich die Integration verschiedener gesundheitsrelevanter Aspekte in ein kohärentes und zusammenhängendes Konzept emotionaler Kompetenz und Achtsamkeit auswirken kann, wurde mir auch in der Arbeit mit Teilnehmern aus dem Bereich Pflegemanagement und Pflegepädagogik deutlich, anlässlich von zeitlich häufig recht begrenzten Seminareinheiten in verschiedensten Institutionen der Pflegeaus-, fort- und Weiterbildung bzw. von Pflegestudiengängen. Diese äußerten häufig, dass ihnen die Achtsamkeit eine schlüssige und leicht integrierbare Idee vermittele, wie sie den Anforderungen des Alltags mit größerer Bewusstheit und Präsenz begegnen könnten, und zeigten sich motiviert, diesen Zugang stärker zu nutzen und zu integrieren bzw. mit bereits Bekanntem zu verbinden. Als Beispiel dafür sei ein angehender Pflegemanager angeführt, der – obwohl wie bei all diesen Seminaren nur wenig Zeit zum praktischen Üben war – spontan die Bedeutung der Achtsamkeit, des Sich-in-seinem-Körper-Zentrierens und des Im-Körper-Beheimatet-Seins für sich wahrgenommen hatte und in Zukunft entsprechende kurze Übungen in seine Tagesablauf einbauen wollte, um gegenüber den vielen von außen an ihm ziehenden Anforderungen einen inneren, im Körper verankerten Gegenpol zu schaffen.

¹⁵² Welche umfassenden Auswirkungen Yoga auf das Geist-Körper- bzw. Körper-Geist-System haben kann, zeigen eindrucklich auch Gesprächsprotokolle, die im Rahmen einer Diplomarbeit „Yoga mit Jugendlichen“ erhoben wurden (vgl. Hofmann u. Unger, 1985).

Insgesamt liegen viele Aussagen der folgenden Art vor: **Christa:** „*Habe viel mehr Bewegung in den Alltag integriert, mache Yoga, gehe Schwimmen und will das auch beibehalten.*“ Auch zeigt der folgende Ausschnitt, dass das Yoga nicht nur – wie man vielleicht vermuten könnte – Frauen oder speziell Mitglieder der Mittelschicht anspricht, sondern dass beispielsweise auch ein Mann, der ein langes Arbeiterleben hinter sich hat, großen Nutzen aus den Übungen zieht: **Gerhard:** „*Mir hat das viel gebracht und das mach ich auch weiter so alles ... Mein ganzes Knochengerüst tut mir nicht mehr so weh. ... Ich hab ja die Plastik (bezieht sich auf einen Lungenflügel) und hab ja die Wirbelsäule so krumm und ... früher kriegte ich den Arm gar nicht (macht eine Bewegung vor) ohne Schmerzen. Das macht schon viel aus die Yogaübungen dabei und die Entspannungsübungen. Also, ich komm ganz gut zurecht damit. Mir hat das alles was gebracht. Ich kann auch mit allem besser umgehen. Ja, ich seh das irgendwie anders, besser, positiver alles ... Wenn man dann immer mal wieder so 'n schlechtes Ergebnis kriegt und man hat nur die einzige Möglichkeit mit der Chemo ... Dann mach ich Entspannungsübungen ... oder mach Yoga. Ich mach irgendetwas immer und dann fühl ich mich wohl danach. Das hilft mir, dann geh ich ins Esszimmer, mach Tür zu, Schotten dicht, dann bin ich für mich alleine, hör ich nix... .“* Viele KursteilnehmerInnen heben mit Blick auf die unmittelbaren Wirkungen des Yoga auch hervor, wie wohltuend der Wechsel von Anspannung und Entspannung empfunden wird und wie sehr dieser nicht nur zu einem größeren Entspannungsgenuss, sondern auch zu einem vertieften Körpererleben beiträgt. Erfahrungen, die auch regelmäßig von Kursteilnehmern geäußert werden, die ich aber nur aus meiner Erinnerung zusammenfassen kann, sind die Freude an der sich ausweitenden Beweglichkeit und dem Immer-Vertrauter-Werden mit den Möglichkeiten und Grenzen des eigenen Körpers. Interessant wäre es in diesem Zusammenhang herauszufinden, für welche Menschen das Yoga besonders attraktiv ist, so dass sie es zu ihrer Methode machen und zum Teil den anderen Methoden vorziehen. Nach meiner Einschätzung sind darunter recht häufig auch diejenigen, die Schwierigkeiten haben, in Ruhe zu entspannen, beispielsweise **Dorothee**, die berichtet, *dass sie Yoga macht, weil alles andere wegen ihrer Unruhe nicht geht. „Speziell der Bodyscan. Also, heute war er wieder grausam für mich. Letzte Woche ging es eigentlich. Aber heute war es wieder ganz schlimm, weil ich ja dieses Problem mit der ... hatte.“* Das *„war schon wieder nicht so leicht für mich, waren die Gedanken schon wieder kreuz und quer.“* Vor diesem Hintergrund betont sie: *„Für mich ist so das mit dem Yoga, halt Anspannung und Entspannung, das ist perfekt.“*

Darüber hinaus erinnere ich einige u.a. unter Depressionen leidende Menschen, für die das Yoga eine hilfreiche Möglichkeit darstellte, zumindest für die Zeit des Übens zentriert und gegenwärtig zu bleiben und sich nicht in dysfunktionale Gedanken und depressive Stimmungen zu verstricken. Während sie beim Bodyscan oder auch bei der Sitzmeditation häufig mit ihren kreisenden Gedanken konfrontiert waren, ermöglichte ihnen das Yoga zumindest während des Übens eine Auszeit.

Zu erwähnen ist an dieser Stelle auch, dass das Walken, das im Klinikkontext zwar angeboten wird, eigentlich aber ja keine Achtsamkeitsmethode darstellt, von vielen, die einen 10-Wochenkurs durchlaufen, zunehmend dennoch mit Achtsamkeit verbunden wird. Diese Integration und Verbindung wirkt sich dann wiederum auf viele andere Lernziele und Bereiche aus. So wird zum Beispiel der Körper sehr viel intensiver erlebt. Es wird deutlich, wie positiv das Walken die Stimmung beeinflusst, und schließlich erfahren viele am eigenen Leibe, welche einen Lebensgenuss die Bewegung in der Natur darstellt.

Zum Lernziel 3: Sensibles Körperbewusstsein

Zu diesem Lernbereich liegen zahlreiche Aussagen vor, die sich auf den Zusammenhang zwischen Stress und den verschiedensten körperlichen Symptomen beziehen und deutlich machen, wie sehr den Betroffenen ihre Einflussmöglichkeiten bewusst geworden sind. Darunter sind auch einige auf MD aufgenommene Aussagen, die eindrücklich zeigen, wie sehr es durch die Achtsamkeitsübung zur Sensibilisierung des Körperbewusstseins kommt und welche wichtige Voraussetzung dies für die Gesundheitsförderung ist. **Gisela:** „*Ich denke mehr über mich und mein Körpergefühl nach.*“ **Karin:** „*Man achtet mehr auf Dinge Es wird bewusster, wo es zwickelt und zwackelt, was man vorher nicht so bewusst wahrgenommen hat ... diese Verspannung ... dass mir das sonst gar nicht so bewusst war, dass ich also hier auch total verspannt bin.*“ **Robert:** *Spüre, wie der verspannte Bauch immer lockerer wird und die Stirnfalte verschwindet.* **Sabine:** „*Ich kann´s besser einsortieren. Ich kann viel besser damit umgehen. Auch dieses, ich hab Magenschmerzen. Dann, warum hab ich überhaupt Magenschmerzen. Früher hab ich gedacht, ´oh ich hab Magenschmerzen, oh, so ´n Mist` und jetzt frage ich mich, warum ich das hab, geh irgendwie auf die Suche, find dann auch teilweise das Problem. Also ich kann viel besser damit umgehen.*“ **Hille,** eine Patientin, die anfangs Mühe hatte, ihren wie sie es ausdrückte *Schweinehund zu überwinden* und regelmäßige Übungen in ihren Tagesablauf einzubauen, wurde von deren Sinn überzeugt, seitdem sie bei colitisbedingten Bauchkrämpfen den Bodyscan einsetzte und die Krämpfe verschwanden. Seitdem sie diese Erfahrung einige Male gemacht hat und die Achtsamkeitsübung ihr auch bei beginnender Migräne geholfen hat, ist sie vom Wert der Übung überzeugt und baut diese regelmäßig in ihren Tagesablauf ein. Sie resümiert: *Ich weiß jetzt, warum ich mich angemeldet habe. Jetzt habe ich ein Handwerkszeug, welches ich einsetzen kann. Ich bin überzeugt, dass es funktioniert.*

Beeindruckend ist schließlich auch eine sehr bildreiche und anschauliche Schilderung, die **Dagmar** zu ihrem Meditationserleben gibt: „*Alleine im Sitzen das Meditieren, das bringt auch sehr viel. Denn du kannst ja in Dich hineinsehen. Das ist schön. Ich konnte das früher nicht und habe gesagt das geht doch gar nicht.*“ (Auf Nachfrage, was nicht geht:) „*Dass man so entspannen kann. Das geht. Das geht. Du hörst Deine inneren Organe und kannst dann so entspannt – also das ist phantastisch... Ich höre alles, wie sich das im Körper bewegt. Dann sitze ich ganz still da und dann höre ich das und das ist dann alles so im Gleichklang, richtig so schön und das macht mich dann total frei, so entspannt. Ich war doch immer angespannt. Ich habe immer so die Angewohnheit gehabt, die Schulter zu heben, warum weiß ich nicht, ich war total verkrampft.*“ Die Entspannung hilft ihr auch bei Schmerzen, die im Zusammenhang mit ihrer Fibromyalgie auftreten: „*Wenn Du versuchst locker zu bleiben, irgendwie klingt dann der Schmerz ein bisschen ab... .*“

Für viele TeilnehmerInnen der Achtsamkeitskurse ist es eine völlig neue und ungewohnte Erfahrung, dem Körpererleben und dem Spüren soviel Raum zu geben. Wie hilfreich aber dieses Vertrautwerden mit der Weisheit des Körpers und dessen Entdeckung als Basis eines sich selbst regulierenden Geschehens und als Grundlage für körpergeleitete „Lern- und Unterscheidungsprozesse“ ist (Stierlin u. Grossarth-Maticsek, 2000, S. 44), das wird in den folgenden Aussagen anschaulich:

Hanna: „Ich habe gar nicht gewusst, dass man auf sich selber so hören kann. Das hab ich hier gelernt, das war total neu für mich und ja als ich das kennengelernt habe, hat sich das langsam reingeschlichen in meinen Alltag und ich merke das jetzt schon viel eher als noch vor ein paar Wochen und finde das ganz toll für mich selber, weil ich dann wirklich sagen kann: ‘Stop, bis hierher und nicht weiter. Du regst Dich jetzt nicht auf.’ – Ich rege mich über viele Dinge nicht mehr so auf, längst nicht oder ich lass es erst gar nicht dazu kommen und sage mir selber, wo könntest Du jetzt Prioritäten setzen. ... Macht Dir das jetzt was aus, wenn Du das liegen lässt. So kann ich wesentlich gelassener in den Tag hineingehen und das gibt mir Ruhe und das gibt mir auch Kraft ... Ich weiß jetzt, wenn ich mich selber überanstrengt oder wenn irgendwelche Dinge sind, die mich nervlich jetzt überfordern, dann weiß ich jetzt, das kommt aber daher. Das hast Du Dir im Grunde jetzt selber zuzuschreiben, und kann mich dann wieder erholen und bin dann wieder so ungefähr auf dem Level.“ Nachdem sie über die Verbesserung ihrer Krankheitssymptome gesprochen hat, fügt sie abschließend noch hinzu: „Ich find das so toll, dass man sich selber helfen kann.“

Kerstin: „Ich habe ne Menge gelernt... Ich achte viel mehr auf mich. Mein Umfeld, (in dem ich lebe), hat sich nicht gebessert, eher verschlechtert, aber ich habe mich verändert.“ (Auf Nachfrage, was das bedeutet:) „dadurch dass ich aufmerksamer bin und achtsamer, mehr in mich hineinhöre. In vielen Dingen, äußeren banaleren Dingen bin ich gleichgültiger geworden, nicht mehr so ... wie ich das immer so gemacht habe, das muss ich alles schaffen. Ich mach das nicht mehr. Also, ich achte mehr auf mich, geh ein bisschen behutsamer mit mir um. Habe sonst nicht soviel auf mich gehört. .. Habe Dinge oft überspielt, alles anderes war dann wichtiger und musste unbedingt getan werden.“

Ute: „Wenn ich mir das so angucke, dann bin ich oft ziemlich gnadenlos mit mir umgegangen. Ich hab geguckt, dass ich alles mache, was meine Pflicht und meine Aufgabe ist, und bin nicht danach gegangen, was ich eigentlich brauche und was mein Körper gefordert hat. Und das war eindeutig einfach zuviel. ... Insgesamt bin ich einfach auch sehr viel langsamer geworden. Es ist so, dass ich ja eigentlich sehr bewusst (bin) auf der Körperebene, aber ich hab’s einfach überhört, was da war. Ich konnte mich immer gut wahrnehmen (vom Beruflichen her), aber ich habe mich da in keinsten Weise ernst genommen ... Ich merke jetzt aber, dass eine große Entschiedenheit kommt, ernsthaft mich mit mir auseinanderzusetzen und mich ernstzunehmen. Das hat sich wirklich jetzt noch mal sehr gefestigt“ ... „Ich genieße dieses Langsame jetzt. Das tut mir so gut. Ich fühle mich so wohl dabei.“

Abschließend erscheinen mir im Zusammenhang mit der hier angesprochenen Kategorie noch zwei Beobachtungen aus jüngster Zeit erwähnenswert. Gleich zwei therapieerfahrene Patientinnen aus verschiedenen Gruppen sprachen mich nach Abschluss der Gruppe bzw. in den Pausen darauf an, wie außerordentlich wichtig für sie die „Körperwahrnehmungsübungen“ sind (gemeint sind die verschiedenen Formen von Meditation in Stille und Bewegung). Beide gehörten verschiedenen Gruppen an und äußerten unabhängig voneinander, dass sie wahrscheinlich schon viel früher einen Zugang zu ihrer Krankheit und einen Schlüssel zur Krankheitsbewältigung gefunden hätten, wenn die Schulung des Körperbewusstseins in die Interventionen einbezogen gewesen wäre. Ähnlich bedeutungsvolle Entdeckungen machen viele TeilnehmerInnen. Als Beispiel sei hier noch eine Erfahrung aus der Erinnerung angeführt, die mir von einer älteren Dame mitgeteilt wurde. Sie hatte im Verlauf eines Kurses schon sehr erfreut eine wesentliche Schmerzreduktion erleben dürfen und erlitt ganz am Ende einen Rückfall, der zunächst nicht erklärlich erschien. In einer Pause kam sie dann zu mir und fragte: *Ich habe erfahren,*

dass mein Sohn und meine Schwiegertochter sich scheiden lassen wollen, und jetzt mache ich mir solche Sorgen um das Enkelkind und was passiert, wenn es vielleicht mit der Mutter in eine andere Stadt zieht. Halten Sie es für möglich, dass meine Schmerzen aus diesem Grund wieder zugenommen haben?

Zum Lernziel 4: Sensible Wahrnehmung von Gefühlen

Hier sei zunächst ein Beispiel angeführt, das im Bereich zwischen Körpererleben und Gefühlserleben angesiedelt ist. **Monika:** *„Körperwahrnehmungsübungen, das ist für mich der Schlüssel gewesen.“* Bezogen auf ihr eigenes in der Vergangenheit gültiges (und auch auf das gesellschaftlich gängige?) Körperverständnis meint sie dann: *„Also, der Kopf ist so das zentrale Ding gewesen, das andere ist so eine Hülle, die man so mitschlürft, ich sag das mal ganz extrem. – Dann ist es ja auch auffallend, dass alle Krankheitsmanifestationen bei mir im Kopfbereich liegen. – Ja, es ist ambivalent, was hier passiert ist für mich. Ich merk, ich bin dünnhäutiger. Ich träume viel, zum Teil auch Träume, die mich ängstigen. ... Ich merk, ich mag weniger sprechen. Hat sich mehr verlagert auf die Gefühlsebene, und so ein Stilletag, das hat mir wunderbar gefallen. Ich glaube, da geht es für mich lang.“* Dieselbe Teilnehmerin berichtet an anderer Stelle in der Gruppe, dass sie in einer Meditation eine wichtige, für das Verständnis ihrer Krankheit sehr bedeutungsvolle Entdeckung gemacht hat, wie sie nämlich runtergeschluckte Aggressionen als Körperempfindungen und Schwächegefühl in ihren Beinen erfahren hat.

Dies scheint mir eine gutes Beispiel dafür, wie eine „Alphabetisierung des Körpers“ (Herzog, S. 293) aussehen und was sie bewirken kann. Wie Menschen sich mithilfe von Achtsamkeit nicht nur für die Wahrnehmung ihres Körpers sensibilisieren, sondern (von dort ausgehend) auch ihre Gefühlswelt erschließen können, dies zeigen auch die folgenden Aussagen. Dabei wird zugleich deutlich, was es – wie im Verlauf der Arbeit mehrfach betont wurde – bedeutet, dass es im Rahmen von Gesundheitsförderung nur um zunehmende Selbstaktualisierung und um Anregung zum bzw. Hilfestellung beim Umgang mit schwierigen Gefühlen gehen kann, nicht aber um deren Aktivierung und Aufarbeitung.

Karin berichtet, dass sie sich in der letzten Woche mal gezielt mit einer Situation beschäftigt hat, die sie schon eine ganze Zeit beschäftigt und *„sie immer noch gefuchst hat“*. *„Das hab ich letzte Woche mal gemacht. Sonst bin ich ja immer so der Verdränger vor dem Herrn und dann hab ich das mal so gemacht ... es war noch die Situation, die hat immer so wieder gebohrt, gebohrt und gebohrt. Und dann hab ich gedacht, „jetzt komm, jetzt leg Dich hierhin oder setz Dich hierhin, und denk mal darüber nach und lass das mal und dann hab ich das mal so gespürt und dann hab ich das für mich irgendwann so abgearbeitet.“* Auf Nachfrage erläutert sie, dass sie Körperempfindungen und Gefühle *„mal rangelassen“* hat und meint: *„das war gut ... dass ich da mich jetzt echt mal hingestellt hab und hab das mal zugelassen.“*

Anna: *Ich habe viel über mich gelernt, höre mehr in mich hinein. Merke jetzt, dass auch schwierige Gefühle gar nicht so schwer sind, Unruhe oder Angst oder Aufbrausen und Hochkochen. Hat gut getan, auch mal das Ventil aufzumachen.*

Sabine (eine Patientin, die unter Angstzuständen litt/leidet): *„Mein Selbstwertgefühl war ja auf jeden Fall nicht so... Ich hab absolutes Selbstwertgefühl bekommen durch diese Ansicht, die wir hier, ja... gelehrt bekommen haben; weiß ich nicht wie ich das sagen soll... Ich habe Selbstwertgefühl bekommen. Ich bin nicht mehr so..., wie nennt sich noch mal diese Phobie vor Gruppen und Fremden. Ist jetzt auch egal. Das habe ich hier absolut abgelegt. Das habe ich hier absolut abgelegt. Ich bin freier geworden. Das ist ja durch Selbstbewusstsein. Ich hab nicht mehr diese Ängste und diese Sorgen und dieses... Ne, ich bin gelöster, freier. Auch durch die Meditation oder ... wenn ich den Bodyscan mache. Ich fühle mich einfach klasse. ... Ich hätte mir das in meinen kühnsten Träumen nicht gedacht.“* Später schränkt sie allerdings ein, dass sie nicht weiß, wieweit die Angstreduktion auch in neuen Gruppen, in denen sie die Menschen noch nicht kennt, gelten würde. Sie kann sich aber vorstellen, *„jetzt auch einen Kurs an der VHS zu belegen“*, und ist froh, denn *„ich (habe) das endlich mal durchbrochen.“*

Obwohl es in den Kursen nicht um therapeutische Prozesse, also nicht um eine Aktivierung, Aufarbeitung oder Veränderung tiefsitzender Gefühlsmuster und der in Kapitel 4 beschriebenen Hintergrundemotionen geht, kommt es durch die mit der Meditation einhergehende Sensibilisierung sowie durch die von Achtsamkeit und Akzeptanz geprägte Atmosphäre in der Gruppe bei manchen Menschen doch zu einer ungewohnten und manchmal auch schmerzhaften Öffnung gegenüber der eigenen Gefühlswelt. Erwähnt sei in diesem Zusammenhang das Beispiel einer Lehrerin, die während des Gesprächs nach einer Meditation bitterlich weinte, weil ihr klar wurde, warum sie (letztlich aus mangelndem Selbstwertgefühl) in ihrem Leben so viel um Anerkennung gerungen und sich dafür „krank geackert“ hat. Auch wenn solche an die Wurzeln gehenden Prozesse selten sind, so wird in den Kursen zumindest doch der Weg für eine Öffnung gegenüber der Welt der Gefühle und für eine Verbesserung der Gefühlswahrnehmung gebahnt. In diesem Zusammenhang erinnere ich einen Mann, der feststellte, dass er noch nie über so tiefe Gefühle nachgedacht und gesprochen hätte.

Abschließend und im Übergang zum nächsten Teil „Leid- und Krisenbewältigungsfähigkeit“ sollen zwei weitere Protokollausschnitte noch verdeutlichen, dass mit dem Achtsamkeitskonzept nicht nur eine größere Aufmerksamkeit gegenüber der eigenen Gefühlswelt vermittelt wird, sondern zugleich auch Bewältigungsmöglichkeiten aufgezeigt werden: **Ute**: *„Habe mich hier in der Klinikzeit so wie in einem geborgenen Nest gefühlt, wie ich das seit Jahrzehnten nicht mehr erlebt habe, und durch den Kursus wird die Möglichkeit geschaffen, diese Umgebung für sich selber zu schaffen, und das ist ganz angenehm und wohltuend.“* Berührend ist auch das Beispiel einer Krebspatientin, **Franziska**, die aufzählt, was sie alles gelernt hat: *„auch mit dem Weinen, weil ich dann, wenn ich da manchmal so durch den Wald gehe und dann überkommt mich das und ich denke, oh Gott, oh Gott, die armen Hunde, wo kommen die alle hin, wenn ich nicht mehr bin und dann habe ich aber ganz schnell das zurückgedrängt und jetzt setze ich mich auf die Bank und sag: ‘Kommt mal alle her. Hier bin ich jetzt bei Euch und nach Möglichkeit werde ich auch noch ganz lange bei Euch bleiben und ich heul jetzt auch, seid nicht deswegen irgendwie komisch berührt,` und dann geht das auch. Also, ich lass das jetzt auch zu diese Traurigkeit und dann muss ich immer an dieses wunderschöne Märchen denken mit der alten kleinen Frau (von der Traurigkeit, die die Menschen nicht aufnehmen wollen). Dann „dachte ich, nein, das soll bei mir nicht so sein. Ich nehm Dich auf.“*

Zum Lernziel 5: Leid- und Krisenbewältigungsfähigkeit

Beim Umgang mit Leid und mit leidvollen Erfahrungen, zu denen ich nicht nur ausgeprägt un-lustbetonte Gefühlszustände, sondern auch den chronischen körperlichen Schmerz zählen möchte, hat es viele berührende Gespräche, insbesondere auch mit Krebspatienten gegeben, die aber leider nie aufgezeichnet wurden und die auch in meiner Erinnerung nicht mehr so klar sind, dass ich sie einigermaßen wahrheitsgemäß wiedergeben könnte. Unabhängig von konkreten Aussagen kann aber sicher festgehalten werden, wie hilfreich alleine der Austausch in einer Gruppe ist. Als ein Beispiel von ganz vielen sollen dafür die Aussagen von Sabine stehen, die nach einem in den ersten Wochen sehr hoffnungsvollen Verlauf einen neuen Krankheitsschub und damit verbunden eine – aus meiner Sicht – sehr krisenhafte Phase durchmachen musste, die sie allerdings, wie das Gesprächsprotokoll zeigt, auf erstaunliche Weise verarbeitet hat:

Sabine: *„Ich hab das so richtig genossen die Zeit hier, ... obwohl ich ja kurzzeitig einen kleinen Rückfall hatte. Obwohl ich das gar nicht so als Rückfall sehen würde mit meinem Schub, sondern einfach irgendwie – ich weiß nicht – so als Schritt. So das ist jetzt passiert und das ist auch o.k. Die Einstellung hatte ich eigentlich noch nie. Sonst fall ich immer in so eine kleine Machtlosigkeit und das war diesmal gar nicht, ... weil a) durch meine Entspannungsübungen, wo ich dann wusste o.k., das wird auf jeden Fall wieder was und b) dadurch dass hier die Leute irgendwie waren. Ich hatte echt ganz ganz nette Gespräche und die haben mir wirklich geholfen... Dieser Halt, dass einfach irgendjemand für einen da ist. Klar, im Freundeskreis wissen auch alle, dass ich ... habe, aber irgendwie kann keiner etwas damit anfangen.“*

Die folgenden Aussagen zeigen, dass auch die Veränderung der eigenen Bewertungsmuster, also ein veränderter Blick auf die Dinge, schon sehr hilfreich sein kann: **Marion:** *„Ja die Achtsamkeit, die hat mir natürlich schon direkt, so ganz, ganz, ganz von Anfang an hat die mir schon Einiges gebracht. Manche Dinge nicht so eng zu sehen, auch alles nicht immer in so einem grellen Licht zu sehen, sondern auch ruhig mal ein paar Schatten oder ein bisschen Dunkelheit in manchen Dingen zu lassen.“*

Ursula: *„Was mir auch ganz klar geworden ist – ich bin nicht gesund. Ich werd auch nicht mehr gesund, aber ich kann akzeptieren, dass ich das habe ... ich kann danach leben. ... Dinge auch zu akzeptieren. Die sind so. Das hilft mir.“*

Marlies: *„Mir geht's besser aus zwei Gründen“ (spricht über hilfreiche Medikamentenumstellung und darüber, dass) „ich innerlich viel ruhiger geworden bin. Auf manche Sachen kann ich aus anderem Blickwinkel gucken und bin ich dabei zu lernen. Was am Anfang das Schwierigste für mich war, dass ich die Schmerzen habe und haben werde. Man kann die zwar dämmen, aber die bleiben, und das war mein größtes Problem, mich damit auseinanderzusetzen.“ (In späteren Gesprächsausschnitten wird allerdings deutlich, dass sie die Hoffnung, dass sie auch mal schmerzfreie Perioden erleben darf, noch nicht aufgegeben hat.) „Und dann geht es jetzt vorwärts. Und... es ist jetzt nicht so, dass ich schon alles akzeptiert habe, aber der erste Schritt ist da und das ist für mich ein Erfolg. Und dann muss ich weiter die Achtsamkeit lernen, um mir bewusster zu sein. ... Von Tag zu Tag kommt mehr und das ist schon ein großer Fortschritt, weil früher habe ich das nicht gemacht und weil ich meinen Körper besser kenne jetzt ... Ich merke besonders beim Bodyscan, also das mache ich am allerliebsten, ... weil da ist immer ein Stück vorwärts für mich (auf Nachfrage, was das bedeutet), dass ich immer mehr akzeptie-*

ren kann, weil ich den Schmerz besser kennen lerne und sonst lenkte ich das alles ab. Ich versuchte alles zu machen um mich abzulenken. Jetzt spüre ich hin. Ich versuche jetzt darein zu gehen“ ... „ich habe den Schmerz immer von außen betrachtet und davon weg – jetzt bin ich drin und gucke was ich damit machen kann ... Ich war... ich bin ein Arbeitstier, ich habe immer für drei gearbeitet, und diese Umstellung, für sich selber jetzt arbeiten zu können, das war nicht leicht. Ich schaffe es gerade so für mich, wo ich auch viele Sachen abgegeben habe“, (in diesem Zusammenhang beschreibt sie, wie schwer es ihr fällt, Aufgaben abzugeben oder eine Arbeit auf den anderen Tag zu verschieben), „weil eigentlich arbeite ich seit meinen 12. Lebensjahr und ich kenne nichts anderes und ich fühl mich wohl, wenn ich arbeite. Ich mag Arbeiten.“

„Damit kann ich jetzt leben, damit umzugehen. Ich schaffe das und das, und das nicht mehr. Manche Sachen ärgern mich sehr, wenn ich was nähen möchte und kann nicht mehr, einen Knopf annähen auf einmal. Dann ist man sauer, aber dann geh ich weg und akzeptiere das und am anderen Tag geht's mir vielleicht besser und dann mache ich das eben dann.“ Später ergänzt sie eine andere Patientin: *„Aber das ist ein Prozess, das kommt nicht von heute auf morgen. Eines Tages habe ich festgestellt, ich kann auf einmal da rein und dann das ist ein ganz besonderes Gefühl in diesem Moment, muss ich feststellen.“¹⁵³*

Weitere Beispiele stammen von einigen TeilnehmerInnen, die sich mit schwierigen Lebenssituationen bzw. -themen auseinandersetzen zu haben und beschreiben, wie ihnen die Meditation bzw. die Achtsamkeit hilft, dennoch die Balance zu halten:

Britta: *Weil ich „vieles gehört hab, was ich vorher noch gar nicht kannte. Für mich gab's ja eigentlich das ganze Jahr wirklich nur meine Medikamente, die ich stur genommen hab und sonst nichts. Und eigentlich war das immer ein Auf und ab.“ ...* Später ergänzt sie: *„Dass ich mich gefragt habe: geht das mein ganzes Leben jetzt so weiter. Das war für mich echt schon erschreckend.“ ... „Und jetzt ist einfach alles anders. Doch also, ich kann besser mit umgehen. Ich bin viel informierter. In jeder Hinsicht würde ich sagen. Dadurch, dass ich das dann hier mitbekommen habe, hat mich das doch schon sehr beruhigt, auch festzustellen, dass es weniger und besser wird.“* Sie berichtet dann über deutlich weniger Symptome und dass sie besser einschätzen kann, warum und wann diese auftreten.

Monika: *„Ich habe eine heißere Spur zu sagen, wo das alles herrührt. Ich habe also gemerkt, bei mir auf der Arbeit hat sich viel verändert ... Ist nicht schön, macht mich auch irgendwie, weiß nicht, rührt an meinem Wohlbefinden. Aber, ich fühle mich trotzdem ganz gut, weil ich doch ganz genau spüre, dass ich hier Strategien und auch was kennengelernt habe, was, egal was passieren wird, mir den Weg zu mir selbst oder bei mir selber zu sein ermöglicht.“*

Hildegard, eine Frau, die sich vorwirft, dass sie sich in einer bestimmten Angelegenheit nicht genug gekümmert hat, und jetzt darunter leidet bzw. mit Schuldgefühlen kämpft, weil sie das nicht mehr verändern und rückgängig machen kann, beschreibt: *„Vom Verstand her ist Dir das ja alles klar. Aber Verstand, Gefühl und Herz, das sind drei ganz unterschiedliche Dinge, und die zusammenzubringen – ich denke, das ist immer die Schwierigkeit... Diese unendliche*

¹⁵³ Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde dem Thema „Schmerz“ keine besondere Aufmerksamkeit zuteil. Wie hilfreich allerdings Achtsamkeitsmeditation als klinische Intervention für Menschen mit Schmerzen ist, geht aus einer Dissertation hervor, welche die Wirkungen des MBSR auf Patientinnen mit Fibromyalgie erforscht hat (vgl. Tiefenthaler-Gilmer, 2002).

Schwere, die lastet schon mächtig auf der Seele, das ist der Verstand, der auf die Seele drückt.“ Auf die Nachfrage, was das heißt, wenn sie meint, ein besseres Gefühl für sich bekommen zu haben: „Ich denk mal, dass ich nicht mehr so oft in der depressiven Phase bin, dass ich die Verantwortung so schulter, dass ich das Gefühl habe, ich krieg das Joch nicht mehr hoch. Ich kriegs immer wieder hoch und ich kann damit umgehen ... Ja wie mache ich das? Mit mir reden oder mir Dinge bewusst zu machen und Dinge, die nicht zu ändern sind, zu akzeptieren, und ich glaube, das ist das Schwierigste überhaupt, Dinge, die Du nicht ändern kannst, einfach akzeptieren“ „Aber wie gesagt: Ich kann besser mit diesen Problemen umgehe, wenn ich zwischendurch meditiere, wenn ich mir bewusst werde, in vielen Dingen kann ich einfach nichts mehr ändern. Die sind so wie sie sind. ... Ein Leben ist nicht immer nur die gerade Seite oder der gerade Weg, und da sind Kurven und Flüsse und Gärten und Meere, die du unter Umständen durchschwimmen musst und irgendwo bist Du angekommen, wo Du jetzt bist und da musst Du dann den Weg weiterfinden.“

Barbara: Auf meine Aussage: „Durch eine andere Einstellung mit den Höhen und Tiefen gelassener umgehen“: „Genau das ist es ... Das zu akzeptieren, dass das einfach so ist. Das Leben hat Höhen und Tiefen. Also, ich bezieh das jetzt so auf meine private Situation. Ich hatte das ja auch anfangs mal gesagt, die Schwierigkeiten, die ich so mit ... habe, und das akzeptier ich jetzt erst mal so, dass das so ist. Ich möchte nicht, dass das so bleibt, wie das jetzt ist, aber ich akzeptier das jetzt erst mal so. Und das hilft mir schon so. Ich bin da natürlich immer noch beteiligt, aber ich steh irgendwie ein bisschen dann so über den Dingen. Ich akzeptier, dass das einfach so ist.“

„Ich kann so Probleme dann einfach auch besser akzeptieren. Früher haben die mich schon so mehr umgehauen. Klar bin ich jetzt manchmal auch noch traurig. Aber, ich komme dann nicht in so eine Lethargie. Ich fühl mich trotzdem noch sehr handlungsfähig und sehe auch ganz viele positive Dinge noch, an mir und an meinem Drumherum. ... Achtsamkeit ist für mich das Schlüsselwort überhaupt. Das ... ist so für mich ein ganz entscheidender Faktor gewesen. Eigentlich wusste ich das so vorher auch, aber das praktisch umzusetzen Ich habe mich letztlich noch mit einer Freundin unterhalten. Mir haben diese 10 Wochen wesentlich mehr gebracht als so eine dreiwöchige Kur, wo man weit weg von zu Hause ist ... Wenn ich nochmal so die Wahl hätte, ich würde mich für so eine Geschichte entscheiden. ... Da habe ich langfristig mehr von. Das andere ist eine Ausnahmesituation hoch 5. Dann geht's mir die drei Wochen ..., aber dann komme ich ja in die alte Situation zurück – und so ist das für mich integrierter gewesen.“

Schließlich möchte ich aus meiner Erinnerung noch ein Ehepaar erwähnen, das – beide an Krebs erkrankt – berichtete, wie sie beide in vielen – nicht nur bezüglich ihrer Krankheit, sondern auch bezüglich ihrer Kinder – schwierigen Lebenssituationen gemeinsam das Im-Augenblick-Leben leben, so schwer es oft auch fällt, und sich unter anderem mit Hilfe von Erinnerungszetteln am Küchenschrank immer wieder gegenseitig daran erinnern, ängstlichen Zukunftsphantasien nicht einfach freie Bahn zu lassen, sondern immer wieder in den Moment und in die Realität des gegenwärtigen Augenblicks zurückzukehren.

Nicht genug hervorzuheben ist auch die Bedeutung des sozialen Rückhalts, eine Erfahrung, die ich durchgängig in allen Gruppen, u.a. auch im Kontext der Arbeit mit Mitgliedern aus verschiedensten Selbsthilfegruppen machen durfte. Insbesondere bei den Letztgenannten fiel nicht nur auf, wie sehr viele Menschen daran interessiert sind, einen angemessenen und förderlichen

Umgang mit Emotionen zu erlernen. Beeindruckend war in allen Gruppen immer auch, wie hilfreich alleine schon eine Enttabuisierung der damit verbundenen Themen ist und wie nützlich bereits einfache Gespräche über die Verbreitung und den möglichen Sinn von belastenden Gefühlszuständen (Depressionen, Ängsten) oder ein Austausch in der Gruppe über den Umgang damit sein kann. In diesem Zusammenhang sei exemplarisch eine Teilnehmerin erwähnt, die erstaunt war, wie viele Menschen – alleine in dem Wochenendkurs – außer ihr noch unter Angstzuständen leiden, und meinte, dass sie noch nie in dieser durch Achtsamkeit geprägten Weise über das Thema nachgedacht habe und dies sehr nützlich für sie sei.

Vielfach hilft schon *die heilsame Erfahrung, über Probleme sprechen zu können und den Austausch mit den Gruppenmitgliedern und Vertrauen erleben zu dürfen*. Eine Teilnehmerin (**Sonja**) drückt es so aus, dass sie „*Angst vor dem Reden hatte*“ und dass ihr das im Nachhinein betrachtet „*mehr als alles andere geholfen hat, so aufgenommen zu werden, wie man ist*“ Andere meinen, dass für sie *menschliche Wärme, so als Mensch gesehen zu werden, eine veränderte Lebenseinstellung sowie das Erkennen von Zusammenhängen* wichtig waren. (An dieser Stelle ist auch die folgende Bemerkung von **Irene** einzufügen: *Eigentlich wollte ich ja nur meine Schmerzen loswerden. Stattdessen hat sich fast das ganze Leben verändert.*) Am Ende einer Gruppe sind sich wohl alle einig, dass es „*bei allen eigenen Befürchtungen gut (tut) zu erfahren, dass die anderen noch mehr Befürchtungen haben und dass Isolierung der falsche Weg (ist).*“ **Stefan**: „*Gespräche hier haben mir ausgesprochen gut gefallen. Ich habe zu meiner Frau gesagt, ich hätte nie gedacht, dass man aus Gesprächen mit Gleichgesinnten so eine Kraft schöpfen kann. Hätte ich niemals gedacht, dass das einem so eine Kraft gibt, wenn man hört, dass andere die selben Probleme haben ... Einfach die Gewissheit, dass die anderen Leute Verständnis für deine Probleme haben.*“

Zum Lernziel 6: Einflussnahme auf dysfunktionale Denkmuster

Wie bedeutend es für die Teilnehmer der Achtsamkeitskurse ist, eine andere Sichtweise auf das Leben und eine veränderte Art des Umgangs mit sich selbst und mit anderen zu gewinnen, wurde im Vorangegangenen schon deutlich und wird sich auch im Folgenden noch zeigen. Hier werden deshalb nur einige ganz konkrete Beispiele angeführt, die deutlich machen, dass Gedanken nicht zwangsläufig als Aspekte der Realität oder der eigenen Persönlichkeit betrachtet werden müssen, sondern dass man es lernen kann, sie als mentale Ereignisse zu sehen, die wir vorbeiziehen lassen oder auch beeinflussen und verändern können. In diesem Zusammenhang ist allerdings hinzuzufügen, dass den Teilnehmern neben den entsprechenden grundlegenden Achtsamkeitskonzepten auch das vorne unter 6.2.1.3 vorgestellte ABCD-Modell an die Hand gegeben wird, welches mir – nach allen inzwischen vorliegenden Erfahrungen – eine gute und für die Teilnehmer eindrückliche und hilfreiche Ergänzung darzustellen scheint. Leider sind diese Beispiele nicht auf Tonband enthalten, da sie in der Regel im Verlauf von Gruppensitzungen erzählt und in den Abschlussrunden (die den Protokollen zugrunde liegen) nicht wiederholt werden.

Als erstes Beispiel sei eine Patientin – **Gisela** – genannt, die so völlig begeistert von der ihr ungeheuer erhellend erscheinenden Erkenntnis war, dass sie ja nicht mit ihren Gedanken identisch und ihnen nicht ausgeliefert sei, sondern Einfluss darauf nehmen könne, dass sie sofort

angefangen habe, das zu üben, und nun freudestrahlend eine ganzes Bündel von Beispielen mitgebracht habe.

Auch **Beatrix** hat das, was sie im Kurs gelernt hat, schon gleich in der kommenden Woche umsetzen können, als sie einen Brief vom Arbeitsamt erhielt, der sie normalerweise in eine depressive Stimmung gestürzt und dazu gebracht hätte, sich „in Erwartung der Katastrophe“ in ihre Wohnung zurückzuziehen. Stattdessen berichtet sie der Gruppe hochofren, dass es ihr gelungen sei, sich zu sagen, dass sie erstmal den Termin abwarten will, um dann zu hören, worum es eigentlich geht, und nach diesem Entschluss den Brief wieder in den Kasten geworfen, das Haus verlassen und den Schönwettertag genossen habe.

Ein weiteres Beispiel stammt von **Edith**, einer Frau, die unter Einsamkeitsgefühlen leidet, die – obwohl sie auch schon in einer Therapie daran gearbeitet hat – häufig wie aus heiterem Himmel auftreten. Sie nutzt ein Bild des Hirnforschers Hübner, das ich häufig zur Veranschaulichung benutze, wonach wir es zunehmend lernen können, von der Autobahn unserer gewohnheitsmäßigen Muster auf uns wohltuende beschauliche Nebenstraßen oder Waldwege zu wechseln (vgl. Hübner, 1999, S. 7 ff.). Nachdem sie es einige Male mit Erfolg geübt hat, in dieser Weise mit ihren Gedanken- und Gefühlsmustern umzugehen, berichtet sie erfreut, dass es ihr geholfen habe, sich in diesbezüglichen Situationen energisch zu sagen: *Ich will jetzt nicht auf die Autobahn, sondern auf einen wohltuenden Waldweg*. Erfreut über die erfolgreiche Anwendung dieser Strategie, stellte sie zudem erstaunt fest, dass sie sogar den Anlass dafür vergessen habe. Daneben will sie aber auch noch etwas dafür tun, um neben glücklicher Ehe, zufriedenstellender Arbeit und großem Bekanntenkreis auch noch für die Art des Kontakts zu sorgen, die sie vermisst.

Erwähnt sei auch noch eine Fachhochschulstudentin, die mir schon vor Beginn des Kurses, über eine schlechte Note weinend, begegnete und später im Seminar dann eine Übung nutzte, um ihre Gelassenheit und einen Abstand zur Situation wiederzufinden.

Ein letztes Beispiel stammt schließlich von einem erfolgreichen Mann in gehobener Position. **Bruno** erzählt, wie er am Freitagnachmittag nach einer arbeitsreichen Woche nach Hause kommt und sich über einige noch nicht ausgepackte Umzugskisten im Flur so ärgert, dass er sich in einer Abwärtsspirale („Ich bin ein totaler Versager“) zu verfangen droht. Das Wissen aus dem Kurs hilft ihm dann, die Situation zu wenden, aktiv zu werden und sich später über das Erfolgserlebnis der vollbrachten Tat zu freuen.

Offensichtlich bietet die Achtsamkeit für viele Menschen einen hilfreichen Zugang, um flexibler gegenüber festsitzenden, dysfunktionalen und nur vermeintlich realen Gedankenkonstruktionen zu werden. Darüber hinaus wird in den folgenden Ausschnitten aus Gesprächsprotokollen deutlich, wie sich diese Art der Übung auch auf Dauer positiv auf das Erleben auswirkt:

Kerstin *„Ich steh schon auf mit positiven Gedanken, weil ich gelernt habe, schon mit dem Aufstehen, wie ich besser... Früher habe ich immer alles überstürzt. Das geh ich jetzt alles langsamer an. Denke, was ist wirklich wichtig, was muss ich wirklich tun... Das sind tausend Kleinigkeiten, aber die summieren sich dann, sind eben wichtig. Also, ich bin jetzt ganz positiv.“*

Renate: *Grübel nicht mehr so viel über Sachen, die ich doch nicht ändern kann. Habe hier gelernt, dass man sich viele Probleme selber schafft durch die Art über Dinge zu denken.*

Gabriele: *Sehe jetzt mehr meine Grenzen, die ich nie wahrgenommen habe – gelingt mir besser, fünf gerade sein zu lassen und Gedanken zu verändern.*

Britta: *Die Niedergeschlagenheit „ist besser geworden. Ich seh auch nicht mehr alles so ... , ich geh nicht mehr überall so mit Angst ran, würde ich sagen und vielleicht auch nicht ganz so negativ wie vorher. Also ich versuche alles ein bisschen positiver zu sehen und ein bisschen lockerer zu nehmen, mir nicht mehr über alles so den Kopf zu zerbrechen, wie ich es vorher gemacht habe. Ich versuche das jetzt so hinzunehmen wie es ist, wo ich weiß, ich kann es jetzt vielleicht sowieso nicht ändern, dass ich nicht gleich deswegen (gemeint sind z.B. häufige Arbeitswechsel des Mannes) Magenschmerzen bekomme.“*

Bergit: *„Ich bin ganz positiv davon angetan. Ich habe ein großes Stück Selbstvertrauen dadurch gewonnen, Lebensfreude. Ich steh vielmehr mit mir in Einklang. Im Grunde genommen kann ich sagen: Eine positive Entwicklung hat da stattgefunden.“*

Mag die Einflussnahme auf dysfunktionale Gedanken nach den oben angeführten Beispielen womöglich einfach erscheinen, so soll abschließend doch auch nicht verhehlt werden, dass diese Übung vielfach doch eine sehr große Herausforderung darstellt. Zwar stellt der flexible Umgang mit schwierigen Gedanken für viele TeilnehmerInnen und in vielen Fällen ein hilfreiches Werkzeug dar. Dennoch hat dieses – wie ja im Verlauf der Arbeit auch deutlich wurde – auch seine Grenzen. Manche TeilnehmerInnen stellen bei der Meditation und im Zusammenhang mit diesem Thema fest, wie sehr sie durch dysfunktionale Gedanken beeinflusst sind. So **Doris**, die bemerkt: *Mir ist bewusst geworden, wie negativ ich über mich und über andere denke und wie sehr ich da zu üben habe, oder Petra*, die resümiert *„was ich mir vorgenommen habe. Ich hab mal so ‘n Seminar besucht, so Positives Denken,¹⁵⁴ und ich denke, da sollte ich das auch nochmal so auffrischen. Die bietet da auch so Kurse an. Weil das merke ich, dass ich immer ganz schlecht – ... immer in so negative Gedanken komme, ... und ich denke, ich muss da – das war vorher auch schon, aber klar durch diese Erkrankung ist das massiver geworden, dass ich da eine positivere Einstellung gewinne und mir da nochmal so Hilfen mir suche.“*

In Fällen wie diesen stellen ein Kurs und die dort vermittelten Achtsamkeitsübungen erst den Beginn und den Ausgangspunkt dar, um sich mit diesen Bewertungsmustern und deren möglichen Hintergründen noch intensiver zu beschäftigen. In diesem Zusammenhang sei auch auf die Fälle hingewiesen, in denen TeilnehmerInnen sich mit Entspannungsübungen und Veränderungen ihrer Denkmuster begnügen, wahrscheinlich aber eine Initiative auf der Verhaltensebene viel hilfreicher wäre. Ein Beispiel dafür wird noch im Zusammenhang mit der Erweiterung kommunikativer Kompetenzen angesprochen.

Zum Lernziel 7: Entdeckung des Positiven im Erleben

Hierzu liegen eigentlich von jedem Teilnehmer, jeder Teilnehmerin an solchen Kursen Äußerungen vor, die zeigen, dass sich Achtsamkeit förderlich auf die Entdeckung des Positiven im Erleben auswirkt. So resümiert z.B. **Rosemarie:** *„Über schöne Dinge gefreut habe ich mich*

¹⁵⁴ Dass es beim achtsamen Umgang mit Gedanken nicht um positives Denken geht, war in der vorliegenden Arbeit bereits mehrfach betont worden.

immer, aber teilweise habe ich sie nicht mehr so bewusst wahrnehmen können. Das hat sich auch sehr geändert.“ Auch die folgenden Beispiele demonstrieren dies und machen zugleich deutlich, wie einfach die Achtsamkeit für das Positive im Alltag zu realisieren ist.

Zunächst einmal hilft Achtsamkeit, genauer hinzusehen. *So beschreibt Uli: „Halt stopp, wo bist Du jetzt. Guck Dir erstmal Deine Umgebung an. Da seh ich nun auf einmal manchmal Sachen, wo ich dann jahrelang dran vorbei gefahren oder gelaufen bin und dann auf einmal seh ich, ach Gott ... Jetzt bist Du schon so oft hierlang gefahren und da steht ja noch ein Haus, da ist noch ein Bauernhof, den hast Du noch nie gesehen. ... Also so Kleinigkeiten, da achte ich auch sehr viel mehr drauf... .“*

Dieses erweiterte Wahrnehmungsfeld und die präzise, ungeteilte Aufmerksamkeit sind die Voraussetzung dafür, auch an den vermeintlich banalen Dingen des Alltags Freude entwickeln zu können. **Angela:** *„Dieses Durchatmen, auch im Auto, wenn ich sitze, dieses angespannte Fahren. Dann merke ich, du musst jetzt wieder durchatmen und dann geht das auch. Dann atme ich tief durch und dann kann ich auch ruhig fahren. Ich mache kein Radio an und dann genieß ich auch die Umwelt und kann mich dann viel besser darauf konzentrieren. Ich habe einen wirklich schönen Arbeitsweg ... Der geht nur durch so Wiesen mit Pferden und tollen Pflanzen, ... das habe ich früher nicht bemerkt. Schnell nach Haus und schnell dies, schnell das, und jetzt fahr ich langsam nach Hause und entspanne schon auf dem Weg nach Hause.“*

Monika: *„Ich fahr immer am Rhein entlang und hab eigentlich jahrelang gedacht, so ein schmutziger Fluss. Und jetzt denk ich manchmal: So ein Strom, so ‘ne sehr große Intensität dessen, was da so fließt an mir vorbei und ich sehe auch jeden Tag ob das grau oder blau ist. Das hätte ich früher nicht.“*

Aus einem schriftlichen Protokoll: *Denke abends im Bett nochmal über das Positive nach – kann ein Windhauch gewesen sein, den ich erlebt habe, ein Lächeln oder Blumen. Versuche das Leben jetzt heute zu leben, heute glücklich zu sein und den Moment zu genießen.*

Wieder andere TeilnehmerInnen beschreiben, dass sie *„bewusster leben“* und *„mehr Gleichgültigkeit für lapidare Sachen entwickeln“*. In diesen Zusammenhang ist zu hoffen, dass Menschen mithilfe von Achtsamkeit auch ohne einschlägige Krisen- und Krankheitserfahrungen eine solche Lebensintensität entwickeln, wie sie im folgenden Beispiel deutlich wird, welches von **Franziska**, einer Krebspatientin berichtet wurde: *„Durch diese Krankheit ist mir bewusster geworden, das ist auch ‘ne Chance eigentlich, und zwar damit bewusst umzugehen. Wir müssen ja alle irgendwann sterben, aber wenn man jetzt mit dieser Krankheit konfrontiert wird ... Man wird ständig ..., man denkt schon daran. Ich finde, dadurch kann man die Stunden und die Tage viel bewusster eigentlich erleben, so, wenn man sich sagt, ich weiß nicht wie lange das noch ist, aber ich habe es jetzt im Moment und das ist wunderschön. Gestern war ich ... an der Ruhr und dann dachte ich, guck mal so schön wie das hier ist, die Ruhr und der Himmel, und dann dachte ich, siehste das kommt nur deswegen, weil Du weißt, dass Du diese Krankheit irgendwo in Dir tragen könntest und Dir wird jetzt erstmal bewusst, wie endlich unser Leben ist. So hab ich das als Chance gesehen.“*

Viele Menschen entdecken mithilfe der Achtsamkeit, wieviel Genuss der Alltag trotz aller Belastungen zu bieten vermag. Manche entdecken die Natur neu, häufig auch die körperliche Bewegung in der Natur; viele beginnen auch das Essen bewusst zu genießen, anstatt es gedankenlos zu sich zu nehmen. Manche Beschreibungen beziehen sich auch auf überraschende Er-

fahrungen in der Kommunikation mit Menschen, deren Reaktionen man schon zu kennen glaubte (s. dazu den folgenden Abschnitt). Andere wiederum stellen fest, wieviel Genuss auch vermeintlich banale Alltagsaktivitäten bieten können, wenn sie mit ungeteilter Aufmerksamkeit durchgeführt werden. Immer wieder beziehen sich Erfahrungsberichte auf die Erlebnisse mit Kindern. So erinnere ich aus der jüngeren Zeit mehrere Väter, die unerwartete Freude im Zusammensein mit ihren Kindern erlebten, als sie mit allen Sinnen dabei und wirklich präsent waren, oder eine junge Frau, die beschrieb, wie genussvoll sie einen Gang zum Kindergarten erlebt hat, bei dem sie in ihrer Wahrnehmung sehr offen und beispielsweise ganz berührt war, die kleine Hand ihrer Tochter in ihrer Hand zu spüren. Die folgenden Ausschnitte aus den Tonbandprotokollen einer Auswertungsrunde unterstreichen dies und verdeutlichen, wie positiv sich die Achtsamkeit auf das alltägliche Erleben auswirken kann.

Margret: *„Was bring ich in den Alltag mit ein – also ich bin achtsamer geworden wirklich mit jeder Kleinigkeit, die ich mache. Das sind auch wieder Sachen, die ich sehr bewusst genieße und wenn es nur das Abholen der Kinder ist – das war vorher alles immer unter Zeitdruck ... dann strahlt man schon so eine Hektik aus und es war alles immer eher so negativ und im Moment empfinde ich das alles eher positiv, weil ich sehr ruhig bin und Zeit habe bei diesen Dingen.“*

Sandra: *„... kann ich so diese Achtsamkeit auf jeden Fall in meinen Alltag einbringen. Da bin ich viel achtsamer geworden auch ... was so den Umgang mit meinen Kindern betrifft, auch so das Abholen, Hinbringen oder auch viele Sachen – wenn meine Tochter mittags nach Haus kommt und wir zusammen gemeinsam mittagessen, das kann ich ganz entspannt machen. Da denke ich also nicht schon wieder an all die Sachen, die ich noch erledigen muss. Da kann ich schon sehr achtsam mit umgehen, auch mit mir selber...“*

Zu allerletzt schließlich noch das Beispiel einer Teilnehmerin, das deutlich macht, wie komplex die verschiedenen emotionalen Reaktionsebenen verbunden sein können: **Ursula:** *„Ich habe die Lust am Leben entdeckt und würde gerne meiner Krankenkasse ein Dankeschreiben schicken, dass sie mir diesen Aufenthalt sowohl in der Klinik als auch hier bezahlt hat. ... Das ist auch das, was ich hier gelernt habe ... und das ist eine ganz große Hilfe, die Langsamkeit zu entdecken. D.h. also, es muss nicht alles so schnell gehen. Ich muss nicht schnell laufen. Ich muss nicht schnell arbeiten mehr als Rentnerin. Das ist zwar sehr schwierig, wenn man immer anders gelebt hat, aber ich denk, ich habe hier z.B. eine ganz wichtige Geschichte für meinen Alltag gelernt, nämlich mich zu entscheiden, was ich will.“* Sie erzählt ein Beispiel vom Anruf einer Freundin in einer ungünstigen Situation, auf den sie früher wahrscheinlich gereizt und gestresst reagiert hätte. *„Dann habe ich mich kurz besonnen und hab gefragt, wie entscheid ich mich jetzt, und dann hab ich mich entschieden mit ihr zu telefonieren. Das hat mir geholfen, weil das auch für mich klarer war. ... So hab ich mehrere andere Dinge auch, wo ich mich entscheide, willst Du das oder willst Du das nicht. ... Das war oft so bei mir der Punkt, dass ich mich oft von anderen gehetzt fühlte und ich meinte, ich müsste denen nachkommen und da haben mir hier die Achtsamkeitsübungen und auch ‚in der Ruhe liegt die Stärke‘, haben mir sehr geholfen und auch vor allen Dingen diese wirklich handfesten Möglichkeiten ..., wirkliche Techniken habe ich gelernt.“* Später stellt sie noch eine Verbindung her, wie wichtig das, was sie gelernt hat, auch für ihr (körperliches) Wohlbefinden ist. Sie beschreibt und macht vor, wie bei Stress *„hier der Hals zu (ist)“* und es *„ihr die Stimme verschlägt“*, wogegen *„wenn ich mich dann entscheide und sage, das ist jetzt so, das mach ich jetzt so, dann kommt eine Befreiung und das ist mit Lustempfinden verbunden.“*

Zum Lernziel 8: Erweiterung allgemeiner Kompetenzen und Problemlösefähigkeiten

Beim Vergleich der verschiedenen Stressbewältigungsprogramme war deutlich geworden, dass anders als in den kognitiven Konzeptionen im MBSR-Programm kein explizites Problemlöse-training vorgesehen ist. Stattdessen wird großes Vertrauen in die Ressourcen der KursteilnehmerInnen gesetzt und angenommen, dass diese automatisch neue emotions- oder problemorientierte Bewältigungsmöglichkeiten und unerwartete Entscheidungsspielräume entdecken, wenn sie den Autopiloten abschalten und eine Situation bewusst und präsent betrachten. Einige der bereits zuvor dargestellten und die noch folgenden Beispiele zeigen m.E., wie sehr diese Annahme bestätigt wird. Dabei werden hier nun vor allem umweltgerichtete Aktivitäten berücksichtigt, was nicht heißt, dass die zuvor bereits dargestellten selbstgerichteten Lösungen nicht auch der Problemlösung dienen (so wird beispielsweise bei Kaluza der Umgang mit dysfunktionalen Gedanken auch dem Problemlösetraining zugeordnet, vgl. Kaluza, 1996, S. 111 ff.).

Als etwas schwierig erweist sich die Unterscheidung zwischen allgemeinen Problemlösefähigkeiten und kommunikativen Kompetenzen. Nicht umsonst wird der ganze Bereich kommunikativer Selbstdurchsetzung bei Kaluza dem Aspekt Problemlösung zugeordnet (ebd., S. 108 ff.). Diese Unterscheidung war im Vorangehenden vor allem vorgenommen worden, um darauf hinzuweisen, dass es in der Gesundheitsförderung auch um die Ausweitung beruflicher Kompetenzen und Kompetenzspielräume und darüber hinaus der Handlungsspielräume eines Menschen insgesamt gehen sollte. Vor diesem Hintergrund – und obwohl es in den hier zur Diskussion stehenden Kursen nicht um diese Art der Kompetenzausweitung und Schulung geht – möchte ich die Unterscheidung ungerne aufgeben und werde versuchen, die Trennung zwischen einer Erweiterung allgemeiner Problemlösefähigkeiten und der Erweiterung kommunikativer Kompetenzen durchzuhalten. Dafür werde ich mich an einer Trennlinie orientieren, die vor allem durch die Selbsteinschätzung der TeilnehmerInnen gegeben ist. Während es hier in diesem ersten Teil vor allem um Problemlösungen geht, die ohne besonderen kommunikativen Einsatz erfolgten, werden in der folgenden Kategorie vor allem die Äußerungen eingeordnet, mit denen sich TeilnehmerInnen selber auf Achtsamkeit in der Kommunikation beziehen.

Zu Beginn stehen einige Äußerungen, die deutlich machen, dass die entspannte und achtsame Wahrnehmung dessen, was ist, beinahe regelmäßig zu einer neuen Art und Weise der Alltagsorganisation führt. **Marianne:** „Was wichtig ist, macht man eher, was unwichtig ist, lässt man weg. Auch in der Ordnung ist einiges passiert, was ganz wichtig ist.“ **Uli:** „dass ich mir meinen Tag ein bisschen besser sortiere und dass ich alles ein bisschen gelassener einfach angehe und dass ich nicht immer so meine, jetzt muss ich mein Pensum geschafft bekommen an diesem Tag – wenn`s nicht geschafft ist ... da bin ich jetzt nicht mehr so verbissen drin. Dann lass ich`s einfach mal liegen.“ **Hanna:** „Ich reg mich über viele Dinge nicht mehr auf. Ich lass es erst gar nicht dazu kommen und sage mir selber, wo könntest Du jetzt Prioritäten setzen.“ Schließlich stellt **Stefan** fest: „Ich sag jetzt schon mal nein. Hat meine Frau sogar gemerkt, dass ich hier oder da mal nein gesagt habe und mal einen Termin abgesagt hab, obwohl er eigentlich noch gepasst hätte. Und diesen unangenehmen Anruf, den hab ich dann sofort getätigt, den ich da wochenlang vor mir hergeschoben habe ... Also insgesamt achte ich ein bisschen mehr auf mich selbst als früher.“

Weitere Beispiele illustrieren, dass es auch ohne explizites Training in vielen Fällen doch zu – zum Teil sehr originellen – Lösungen kommen kann, und zeigen so, dass das dem MBSR zugrunde liegende Vertrauen in die Problemlösekapazitäten der Teilnehmer durchaus auch seine Berechtigung hat, wobei die Grenzen allerdings nicht verleugnet werden sollen, ein Aspekt, der ganz am Ende noch thematisiert wird.

Zunächst ein lange zurückliegendes Beispiel, welches ich immer noch gut erinnere, weil es für die Teilnehmerin wirklich eine Großtat war. Es stammt von einer Patientin, die mit Mitte vierzig schon ihren ersten Herzinfarkt erlitten hatte und im Kurs allmählich lernt, sich bei den verschiedenen Störungen nicht mehr so aufzuregen, sondern erst einmal tief durchzuatmen und sich notfalls auch einmal einen Moment zurückzuziehen. Eines Tages erzählt sie ganz stolz, dass sie es nicht nur geschafft hat, sich der Atemspannung zu besinnen, als sie einen neuen, auf Kindergröße geschrumpften Pullover nach der ersten Wäsche aus der Waschmaschine holte, sondern auch noch, diesen umzutauschen, weil sie dabei ganz ruhig argumentiert und sich auf die Waschanleitung bezogen hat.

Britta, die gerade lernt, dass ihr Mann sich auch selber mal um sein Essen kümmern kann, erzählt: *„Ja, ich hab sonst immer darauf geachtet – immer das Essen warm gehalten, warm gehalten, diese dreiviertel Stunde kontinuierlich früher immer gewartet, bis er dann endlich raufkam und wenn das jetzt kalt war, dann war mir das jetzt egal, dann muss er sich's selber warm machen. Das war so. Immer dieses ständige auf andere Warten, dass die zufrieden sich an den Tisch setzen können, weil ich hatte schon gegessen, also für mich war es eh uninteressant“* ... *„Ich geh anders damit um. Auch ein bisschen jetzt für meine Zeit und nicht nur meine Zeit für andere einzuteilen ... Auch bei meiner Tochter. Wenn ich das merke, dass es überhandnimmt, dass ich dann sag: 'So jetzt ist Stopp. Das sind die Sachen, die machst du sonst selbst. Die kannst Du jetzt selbst' ... Ich hab's auch nicht mehr gemacht.“*

Dieses Beispiel (wie auch die beiden folgenden) zeigt, dass manchmal auch das Nichtstun zu unerwarteten Lösungen führen kann. So schildert **Arndt**, dass er durch die Achtsamkeit gelernt hat, nicht immer in der ersten Reihe mitmischen zu müssen, und sich manchmal genüsslich zurücklehnt, wenn sich die Kollegen ins Getümmel werfen.

Ein weiteres originelles Beispiel, das ebenso dem Bereich Kommunikation zugeordnet werden könnte, aber auch gut hierher passt, stammt von **Sabine**, die in einem Hochleistungsteam oft unter Termindruck arbeitet: *„Das ist auch so etwas, was ich irgendwie jetzt mit der Zeit gelernt habe. Dass ich mich durch die Achtsamkeit teilweise zurückhalte und warte, was von meinem Gegenüber kommt. Das ist bei meinem Chef sehr sehr interessant. Mein Chef hat früher immer Aufgabenverteilung gemacht. Ja, du musst... und ich sofort: ja, ja, ja, ich weiß, ich muss das und das und das machen. (Und dann fing das ... an, dass ich bemerkt habe, o.k. eigentlich sag ich's ihm ja immer, warum lässt Du's ihn nicht mal sagen.) ... Und mittlerweile ist es so, dass er sagt: Du musst ... und ich warte einfach, was er sagt. Er sagt mir dann, was ich zu tun habe, und das ist nicht die Hälfte von dem, was ich sonst immer machte. Und es klappt auch so. Das ist wunderbar, wobei das jetzt wirklich so ein kleiner einfacher Schritt war, für mich jetzt, ... der aber mich selbst viel Mühe gekostet hat, letztendlich, denn wenn man das so sehn will, ich habe fünf Jahre gebraucht um dahinterzukommen.“*

Im Unterschied zu diesen Beispielen, bei denen sich wesentlich durch „Nichtstun“ bzw. durch bewusstes und präsenten Wahrnehmen von Situationen häufig unerwartete Wege öffneten, wird es für die meisten Teilnehmer wesentlich schwieriger, wenn sie ihre Grenzen, Wünsche,

Bedürfnisse auch aktiv zeigen und vertreten müssen. Vor diesem Hintergrund werden zunächst einige Erfolgserlebnisse berichtet, um dann im abschließenden Teil ganz am Ende auch auf Grenzen und auf aus Sicht der Betroffenen unüberwindbare Schwierigkeiten einzugehen.

Uli, eine junge Frau, die zu Beginn einer Gruppe mal geäußert hatte, dass sie nicht so gut nein sagen kann, berichtet nun: *„Bei meinem Mann und in der Familie arbeite ich da jetzt mehr dran. Außerhalb habe ich das jetzt öfter schon mal gesagt, ne, da sind jetzt auch andere, die das mal übernehmen können. Zum Beispiel im Verein, dass ich einfach mal meiner Nachbarin gesagt habe: Jetzt mach Du das mal. Ich möchte jetzt mal ein bisschen zurückstecken. Jetzt arbeite ich mich bei meiner Familie langsam vor, dass ich da auch mal meine Kinder... Ich bin also so ein richtiges Hausmütterchen, die immer hinterher ist und denen immer alles hinterherträgt, habe ich jetzt mal festgestellt in den letzten ... Wochen, wo ich da jetzt drauf geachtet hab. ... Ich mach zuviel für meine Familie. Die müsste ein bisschen mehr Selbstständigkeit lernen. – Also, ich hab jetzt auch schon mal gesagt mittags, bitte jetzt räumt Eure Sachen mal selber in die Spülmaschine, sonst war eigentlich ich immer die, welche abgeräumt hat. Wenn wir z.B. Sonntags mal zusammensitzen, eigentlich bin ich immer diejenige, die zum Schluss alles macht, abgeräumt hat ... Meine Familie verlässt sich eigentlich ziemlich auf mich, ... dass ich jetzt einfach mal gesagt habe, die müssen jetzt auch mal mehr tun. Spülmaschine einräumen, Gartenarbeiten übernehmen, das habe ich jetzt ein bisschen drin, dass das abwechselnd geht“* (Später deutet sie aber auch an, dass sie manchmal Erfolg damit hat, sich aber manchmal auch ärgert, wenn sie Sachen hundert Mal sagen und nachhaken muss.)

Als ein Beispiel für gelungene Problemlösung möchte ich schließlich auch noch **Agnes** anführen, die so unter ihren schmerzenden Händen litt, dass sie Mühe hatte, an etwas anderes zu denken, und sich durch die „Aktenschlepperei“, für die sie an ihrem Arbeitsplatz zuständig war, völlig überfordert und unglücklich sah. Die Weitergabe eines Selbsthilfeführeres an sie bewirkte dann das Wunder, dass sie nicht nur eine Gruppe fand, in der sie ihre Probleme Theater spielend bewältigen konnte, sondern zugleich auch die Schmerzen in ihren Händen beeindruckend in den Hintergrund traten.

Zum Lernziel 9: Erweiterung kommunikativer Kompetenzen

Obwohl, wie bereits gesagt, nur schwerlich zwischen allgemeinem Problemlöseverhalten und den kommunikativen Anteilen daran zu unterscheiden ist, werden hier in dieser Kategorie nun vor allem solche Aussagen und Protokolle eingeordnet, in denen TeilnehmerInnen sich selber auf Achtsamkeit in der Kommunikation beziehen oder ausdrücklich ungewohntes kommunikatives Verhalten erprobt haben.

Zunächst sind hier all die vielen Erfahrungen zu berichten, bei denen TeilnehmerInnen Defizite in ihrem Kommunikationsverhalten festgestellt haben und überraschende, positive Effekte erzielen konnten, indem sie dieses – manchmal nur in Kleinigkeiten – veränderten. Dazu zählt z.B. **Stefan**, der bemerkt hat, wie oft er anderen ins Wort fällt und diese nicht ausreden lässt. Dazu zählt auch **Cornelia**, die (wie viele andere) in Gesprächen mit ihrem Ehemann die eingefahrenen Routinen durch achtsames Zuhören verlassen hat, ihren Ehemann dadurch in neuer Weise erlebt und dadurch Erfahrungen machen durfte, die sie sehr berührten. Dazu zählt auch

Irene, die durch Ich-Botschaften ebenso einen neuartigen Kontakt zu ihrem Ehemann herstellen konnte und die auch über den Kontakt mit ihrer Freundin berichtet, dass jede von ihnen beiden immer „versucht, die Lücke zu füllen“. Zuletzt sei schließlich noch ein Bauleiter angeführt, der berichtet, wie er einen Konflikt mit einem Anwohner, zu dem es seiner Ansicht nach sonst sicher gekommen wäre, durch entspanntes Zuhören und Sprechen vermieden hat.

Während all diese Erfahrungen aus der Erinnerung bzw. anhand schriftlicher Notizen und Protokolle berichtet werden, unterstreichen die folgenden auf Tonkassette aufgenommenen Aussagen diese Ansätze veränderten Kommunikationsverhaltens: **Brigitte**: *Eine Zeit habe ich immer nur genörgelt mit meinem Mann. Jetzt sagt er 'ist das Wort zum Sonntag oder Montag jetzt beendet?' So ungefähr. So schlimm war das schon. Dann habe ich nachher überlegt: Nee, so darf das nicht weitergehen. Dann habe ich das so genommen wie er ist und was er schafft und leistet“ Auf die Frage einer anderen: „Ändert sich dann was?“ antwortet sie: „Ja“.*

Petra: *„und auch auf der Arbeit so, denke ich so, ... mich mehr zurücknehmen, mehr so achtsamer zu sein. Also mir fallen so Sachen auf, dass ich dann nicht mehr so spontan, negativ spontan sein soll, weil manchmal sag ich schnell was dahin und hinterher tut mir das dann leid, dass ich da so ein bisschen eher darüber nachdenke, was ich sage.“* Auf den geflüsterten Einwurf einer anderen Teilnehmerin hin meint sie dann noch: *„Ja genau, erst denken, dann reden.“*

Sabine äußert sich zu Veränderungen in ihrem Kommunikationsverhalten folgendermaßen: *„Es gibt so viele Missverständnisse, habe ich gemerkt, dass der eine was sagt und der andere es falsch aufnimmt, und ich merke das auch in Beobachtungen zwischen meinen Kollegen oder zwischen meinen Freunden, dass das teilweise... Man brauchr sich manchmal nur in der Frequenz, im Ton vergreifen und schon wird der nett gemeinte Rat als Vorwurf gewertet. Also ich für mich werte das jetzt so aus, dass ich die Leute frage, hör mal, hast Du das jetzt wirklich so gemeint, oder das ich wirklich nachfrage und damit auch diese Unsicherheit, was der gemeint haben könnte oder sie, dass ich das sofort beseitige und das ich das nicht mehr wochenlang mit mir rumschleppe und dann erst durch irgendwelche Verzweigungen diese Auflösung kommt, dass er oder sie das gar nicht so gemeint hat, und das ist so entlastend, für mich selber Aber manchmal merke ich auch, dass wenn ich dann so nachfrage, dass ich dann schon so die Leute vor den Kopf stoße. Die können mit dieser Situation manchmal gar nicht richtig umgehen, ... dann sind die teilweise schon geschockt. Wenn ich dann frage, 'Du hast das jetzt gerade so und so gesagt, stimmt zwischen uns was nicht` ... und ich werde total entsetzt angeguckt: 'Nee, gar nicht`. Durch diese erste Geschocktheit merke ich dann aber, dass sie dann auch empfinden, dass sie vielleicht etwas falsch gemacht haben, und dadurch entstehen ganz viel nette Gespräche, die vorher gar nicht so waren ... Ich frage mich jetzt so im Laufe der Zeit ... Ich habe in den letzten Jahren soviel Energie damit verschenkt, mich zu fragen, wieso hat sie das gesagt, wieso hat sie das so gemeint, wieso war das so, statt wirklich das alles direkt zu klären oder manchmal es auch so stehen zu lassen ... Man ist den Leuten, man ist Menschen gegenüber sehr voreingenommen. Man nimmt vielen Leuten schon die Meinung, die sie eigentlich haben, nimmt man schon vorweg, dass man denkt ja, die hat das so und so gemeint, weil man vielleicht auch vielen Leuten direkt ins Wort fällt und (sie) nicht ausreden lässt. Das ist auch so etwas, was ich irgendwie jetzt mit der Zeit gelernt habe. Das ich mich durch die Achtsamkeit teilweise zurückhalte und warte, was von meinem Gegenüber kommt“*

Später ergänzt sie noch: *„Zuallererst beobachte ich mich selber, wie verhalte ich mich anderen gegenüber. Ich habe schon bemerkt, dass ich vielen Leuten immer die Antwort immer vorweg-sage und ich dachte mir, lass das doch einfach mal, mal gucken, was passiert. Das fing mit so kleinen Schritten an, dass ich mir teilweise was gedacht habe und mein Gegenüber kam mit was ganz anderem, und ich dachte: Du hättest ja das Ende ganz anders formuliert.“*

Gisela: *„Diese Dünnhäutigkeit ... gefällt mir gut. Gibt viele Sachen, die näher an mich ran-kommen, was nicht immer leicht ist, aber auf jeden Fall besser. Ja, ich denke gerade so mit dem Stress zu arbeiten und mit dem Stress umzugehen, das wird mir viel bringen oder bringt mir jetzt schon viel. Stop, ruhig atmen, nochmal nachdenken, nicht so voreilig reagieren. Das ist überhaupt meine große Schwäche, das Spontane – Es kann auch eine Schwäche sein, sehr spontan zu sein. Und Sachen, die mich ärgern, eher anzugehen und rauszulassen.“* (Erzählt von einem Problem, welches sie nicht auf sich hat beruhen lassen, sondern sich hingeworfen und tatsächlich einen Brief geschrieben hat.) *„Dass ich dann trotzdem halt diesen Brief geschrieben habe oder zu anderen hingehere und versuche das zu klären ... das denke ich, tut meinem Körper gut. Kann ich auch allen nur empfehlen, der Brief ist angekommen. Ich habe eine Reaktion bekommen. ... Gezeigt (habe ich den Ärger) immer (lacht), das schon, aber ich denk mal nicht immer an der richtigen Stelle. Oder, wenn ich mich über andere aufrege, ist das immer einfacher, mit Dritten darüber zu reden als denjenigen selber anzusprechen. Dadurch wird aber der Konflikt mit demjenigen, den es betrifft, nicht gelöst, und solche Sachen, die entknotet ich jetzt schneller.“* ... Mit *„Ich-Botschaften, da hatte ich auch schon häufiger mal was zu gelesen, aber es ist ganz gut, wenn es einem immer mal wieder über den Weg läuft, wie wichtig das ist, und da bin ich auch schon in der letzten Woche ganz gut mit gefahren ... Man hat so Standardreaktionen, die so ganz schnell kommen, weiß man auch, wie der andere reagiert, und wenn man das dann mal anders formuliert, wirkt das ganz anders. Das ist mir wirklich positiv aufgefallen in der letzten Woche. ... Es folgten dann auch Entschuldigungen, wo ich gar nicht mit gerechnet hatte. ... Viel fürs Leben gelernt.“*

Viele Gespräche in den Gruppen drehen sich auch um das Thema „Grenzen setzen“, ein Aspekt des kommunikativen Verhaltens, der vielleicht noch leichter zu lernen ist als beispielsweise das Äußern von Wünschen oder das Ansprechen von Konflikten. Ein Beispiel dafür ist die folgende Aussage von **Rosemarie:** *„Vor allem kann ich, wenn mir einer weh tut mit irgendwelchen Dingen oder Worten, kann ich darauf eingehen und in aller Ruhe sagen, also das war jetzt nicht gut und ich hab das so und so empfunden und unterlass das bitte. Das hab ich auch früher nicht gekonnt.“*

Dennoch ist auch „das Setzen von Grenzen“ für manche Menschen mit sehr großen Schwierigkeiten verbunden. In diesem Zusammenhang sei exemplarisch nur das Beispiel einer Teilnehmerin angeführt, die sich damit „quälte“, dass sie sich nicht traute, ihren Freundinnen mitzuteilen, dass ihr Besuch zwar sehr willkommen sei, dass sie sich aber von der(en) alter Gewohnheit, auch über Nacht zu bleiben, jetzt überfordert sähe. Nachdem das Problem in der Gruppe besprochen und sie die für sie notwendige Unterstützung bekommen hatte, gelang es ihr dann, dieses zu äußern, so dass sie beim nächsten Mal der Gruppe ganz glücklich davon berichten konnte.

Wie die folgenden Beispiele zeigen, ist die Sorge für sich selber ganz oft mit einem schlechten Gewissen assoziiert. **Ute:** *„Eines meiner zentralen Themen ist sicher auch diese Ambivalenz. Darf ich mir das Recht herausnehmen zu tun, was jetzt für mich stimmt, was mir gut tut oder*

muss ich mich kümmern, muss ich wieder freundlich sein, angepasst sein ... und ich merke, dass da gerade in diesen Wochen eine ziemliche Entschiedenheit gewachsen ist. Das gefällt mir sehr gut. Sonst bin ich nämlich in kürzester Zeit wieder da, wo ich war.“ Später fügt sie mit Blick auf die Frage, ob und wie weit die Sorge für sich selbst wirklich legitim ist, noch hinzu: *„Wirklich, das bringt mich in Nöte oder hat mich in Nöte gebracht.“*

Rosemarie: *„Ich hab immer Harmonie haben wollen, lieber gar nichts gesagt, runter geschluckt, und heute kann ich aussprechen, was ich denke, ich kann nein sagen und ich kann es auch leichter wieder abtun, wenn es einer nicht versteht.“* ... *„Ich war nur für andere da, habe nie an mich selber gedacht, ganz egal um was es ging. Was mir genommen worden ist hier, ist das schlechte Gewissen, das ich immer hatte, wenn ich was für mich getan habe. Habe ich absolut nicht mehr. Jetzt bin ich einfach egoistisch geworden und sag: nee, kann ich nicht oder mach ich nicht oder ich möchte das nicht“*

„Ich find schon so wichtig, dass man heute ohne schlechtes Gewissen Dinge für sich in Anspruch nehmen kann, wo ich früher oder vergangenes Jahr noch ein schlechtes Gewissen gehabt hätte ... Ich bin so erzogen worden, da sein für Mann, für Kinder und was weiß ich. Nie nein sagen, das habe ich immer mitbekommen von zu Hause und da bin ich sehr spät – also ich habs eigentlich immer bemerkt, aber ich hatte einfach nicht den Mut, das zu ändern, und heute kann ich´s.“

Dabei tun sich nicht nur, wie im zuletzt genannten Fall, Menschen der älteren Generation mit dem Vorwurf des Egoismus schwer. Die folgenden Beispiele zeigen, dass auch jüngere Frauen (mit Doppelbelastung) sich nicht ganz davon freizumachen vermögen und zumindest meinen begründen zu müssen, warum die Selbstsorge nicht nur ihnen selber, sondern auch den anderen zugute kommt. **Barbara:** *„Und für mich selbst halt so gut zu sagen, das habe ich auch ganz gut mitgenommen ... Dass das einfach wichtig ist. Dieser positive Egoismus auch. Eigentlich ist ja Egoismus was ganz Negatives in unserer Gesellschaft, aber ... ich glaube oder ich bin überzeugt davon, dass es ganz ganz wichtig ist, für sich selbst gut Sorge zu tragen ... und im Endeffekt kommt das den anderen dann auch zugute, weil ich dann selber irgendwie ausgeglichener und besser drauf bin.“*

Astrid: *„Ich denke, wenn man diese Entspannungsübungen ... regelmäßig macht, dann ist es ja so, dass man einen besseren Zugang zum Körper hat und von daher ja automatisch schon netter zu sich selber ist, und wenn man sich selber wohlfühlt, kann man wiederum auch netter zu anderen Menschen sein, oder besser mit ihnen umgehen.“*

Abschließendes

Betrachtet man die Erfahrungsberichte und Beobachtungen zu den verschiedenen Zielkategorien noch einmal im Überblick, dann wird das Spektrum und die Vielfalt des im Kontext von Achtsamkeit bzw. Stressbewältigung durch Achtsamkeit zu Lernenden doch sehr deutlich. Achtsamkeitsbasierte Förderung der Gesundheit eignet sich offensichtlich nicht nur für die Verbesserung des Umgangs mit sich selbst, sondern auch für die Förderung der Kommunikation und des Umgangs mit anderen. Wie ja in den Protokollen zum Teil schon anklang, sprechen viele Menschen, die einen achtsamkeitsbasierten Zugang zur Gesundheitsförderung kennenge-

lernt haben, davon, dass sie für ihr Leben gelernt haben. Eine Teilnehmerin meinte sogar, dass dies das Beste war, was ihr in ihrem Leben begegnet ist. Viele bedauern, dass sie so etwas nicht schon viel früher in ihrem Leben kennengelernt haben (so dass es möglicherweise erst gar nicht zur Krankheit gekommen wäre), und regen an, dass solche Programme doch möglichst schon in den Schulen angeboten werden sollten.

Soweit die Erfahrungsberichte auf Auswertungsgesprächen von Gruppen beruhen, die im Rahmen der eingangs dieses Unterkapitels erwähnten Klinik für Naturheilkunde und Integrative Medizin durchgeführt wurden, sind hier viele der Inhalte, die im Rahmen des klinischen Aufenthaltes auch noch vermittelt und von den TeilnehmerInnen angeeignet wurden, noch gar nicht mitberücksichtigt und abgebildet. In den Gesprächsprotokollen wird aber deutlich, dass die Teilnehmenden auch in anderen Bereichen, beispielsweise in Bezug auf die Ernährung oder die verschiedensten naturheilkundlichen Selbsthilfestrategien, vieles gelernt und umgesetzt haben. Offensichtlich bietet Achtsamkeit einen Zugang, der Selbstbeobachtung und Selbstregulation in außergewöhnlich wirkungsvoller Weise zu verbinden in der Lage ist (ein Aspekt, der unter 7.3.2.1 bzw. 7.3.2.2 noch einmal angesprochen wird). Dies drückt ein Teilnehmer, **Stefan**, der seine Colitis in hohem Maße auf seinen Süßigkeitenkonsum zurückführt, während einer Visite folgendermaßen aus: *Achtsamkeit hilft in jeder Situation, weil einem alles viel bewusster wird. Bei mir war der Grund vor allem die Ernährung, und da lege ich meine Hand ins Feuer, dass es nie wieder zum alten Zustand kommen wird.* Als ich ihn beim Abschlussgespräch noch einmal auf diese euphorische Aussage anspreche, schildert er, wie er verschiedene Ernährungsgewohnheiten verändert und insbesondere den übermäßigen Fleischkonsum stark eingeschränkt hat, und meint: *„Da hat es wirklich hier oben Klick gemacht.“* Im gleichen Gespräch räumt er allerdings auch ein, dass *„sich speziell bei der Schokolade der Erfolg in Grenzen (hält)“*, andere Süßigkeiten hat er dagegen zum Teil *„komplett aus seinem Repertoire“* gestrichen.

Vor diesem Hintergrund wundert es kaum, dass Achtsamkeit auch eine hilfreiche Unterstützung bei der Reduzierung des Tabakkonsums darstellt (für diesbezügliche qualitative Interviews, die im Rahmen einer kontrollierten Interventionsstudie zur Förderung des rauchfreien Krankenhauses durchgeführt wurden, vgl. Altner u.a., 2004).

So ist abschließend wohl zu bemerken, dass sicher alle Menschen in irgendeiner Weise von Achtsamkeit profitieren, einfach deshalb, weil – wie eben von **Stefan** bereits gesagt – *Achtsamkeit in jeder Situation hilft, weil einem alles viel bewusster wird.* Dennoch profitieren Teilnehmer in unterschiedlichem Maße von dem Angebotenen. Wenn auch viele TeilnehmerInnen einen – aus meiner Sicht und aus Sicht der beteiligten ÄrztInnen signifikanten – Wandel ihrer Gesundheits- und Lebensgewohnheiten erfahren (beides ist ja nach den Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit kaum mehr zu trennen), stoßen manche Menschen aber auch an die Grenzen ihres Selbsthilfepotenzials. Ein Beispiel für die erstgenannte Variante ist **Rolf**, ein schüchterner junger Mann, der in der akzeptierenden Atmosphäre der Gruppe allmählich doch gelernt hat, zumindest ab und zu etwas zu sagen, und, ermutigt durch die positive Resonanz, dieses Verhalten auch auf den Arbeitsplatz übertragen hat. Wie bei Nachfolgetreffen zu erfahren ist, hat dies nicht nur das Verhältnis zu seinen Kollegen verändert, sondern ihm auch eine gewünschte Versetzung beschert und darüber hinaus schließlich auch eine Partnerin, was endlich zum Auszug aus dem Elternhaus und zur Gründung eines eigenen Hausstandes geführt hat. Seine Krankheitssymptome hat er seitdem gut im Griff.

Als ein Beispiel für die zweitgenannte Variante, bei der Menschen an die Grenzen ihres Selbsthilfepotenzials stoßen, möge **Christiane**, eine Schmerzpatientin – Chefsekretärin in gesicherter Position – gelten, die nun kurz vor der Rente der Gruppe erzählt, dass sie immer noch zusammenzuckt und von Versagensphantasien geplagt ist, wenn ihr Chef einmal leise Kritik äußert oder unerwartete Anforderungen an sie stellt. So erzählt sie, dass sie Himmel und Hölle in Bewegung gesetzt hat, um mithilfe anderer Kollegen eine Powerpoint-Präsentation zu erstellen, die er von ihr erwartet hatte, obwohl sie dafür gar nicht fortgebildet ist. Für sie war es nicht möglich, sich abzugrenzen und ihm dies zu kommunizieren. Auch gelang es ihr kaum, ihre Gedanken in hilfreicher Weise zu beeinflussen, etwa indem sie sich sagte, dass sie im verbleibenden _ Jahr nichts mehr zu verlieren habe. Vor diesem Hintergrund erstaunt es kaum, dass auch Entspannungsübungen in dieser Situation nur begrenzte Wirkungen zeigten und sie diese Episode mit einer Schmerzattacke bezahlen musste.

Im Falle dieser Patientin wird das Schmerzproblem möglicherweise zu einem großen Teil dadurch gelöst, dass sie nun bald in Rente geht und den für sie relevantesten „äußeren“ Stressauslösern nicht länger ausgesetzt ist. Andere TeilnehmerInnen, die bemerkt haben, wie sie an die Grenzen ihrer Selbsthilfemöglichkeiten stoßen, haben sich entschlossen, achtsamkeitsbasierte „Hilfe zur Selbsthilfe“ durch Psychotherapie zu ergänzen. In diesem Zusammenhang erinnere ich eine Patientin, die ganz deutlich sehen konnte, was sie beispielsweise im Bereich Kommunikation und in der Selbstdurchsetzung hätte ändern wollen, und feststellen musste, dass sie *es einfach nicht kann*. Es gibt aber auch andere, die sich standhaft weigern, weil sie mit traumatischen Ereignissen ihres Lebens, beispielsweise einer Scheidung, nie mehr konfrontiert werden wollen oder, wie eine Patientin es ausdrückte, *schon ganz nervös werden, wenn sie nur das Wort Therapie hören*. Für diese TeilnehmerInnen gilt wohl, dass sie bis auf weiteres die Begrenztheit ihrer Selbsthilfemöglichkeiten in Kauf nehmen müssen. Trotz der sich hier andeutenden Grenzen lohnt sich aber, wenn man die vielen Erfahrungen mit achtsamkeitsbasierter Gesundheitsförderung zusammennimmt, in jedem Fall der Versuch, einen kompetenten Umgang mit all den verschiedenen Aspekten belastender Emotionen zu vermitteln bzw. erlernen. Darüber hinaus wäre zu hoffen, dass diesbezügliche Ansätze in der Gesundheitsförderung auch zu einer Enttabuisierung der seelischen Probleme führen, so dass Menschen es nicht mehr nötig haben, sich hinter körperlichen Beschwerden zu verstecken, und ein Satz wie der folgende überflüssig wird: **Regine:** „*Was mir eben auch noch so eingefallen ist, dass es heutzutage ja auch nicht immer einfach ist, krank zu sein, d.h. es ist einfacher zu sagen, ich hab die und die Beschwerden, ich muss zum Arzt gehen und Tabletten nehmen, als zu sagen, ich bin traurig, ich kann heute nicht arbeiten oder sowas, ich bin nicht voll einsatzfähig ... Also sage ich, ich habe irgendwelche (körperlichen) Beschwerden, da kann ich mit umgehen, da können die auch mit umgehen, da muss keiner fragen, was ich für seelische Probleme hab. Das ist aber auch leichter als zuzugeben, was man für Probleme hat, mit denen man nicht fertig wird.*“

7.3 Schlussfolgerungen für die Gesundheitsförderung

In diesem Teil des Kapitels geht es nun darum, die Leitidee dieser Arbeit, die darin besteht, Gesundheitsförderung auf einem Modell emotionaler Kompetenz zu basieren, weiter auszuformulieren und zu konkretisieren. Dies soll in drei Schritten geschehen.

Zunächst einmal erscheint es mit dem Blick auf die weitere Umsetzung des hier vorgeschlagenen Konzepts notwendig, das begriffliche Umfeld des Terminus „Gesundheitsförderung“ genauer zu betrachten. Vor dem Hintergrund der WHO-Ottawa-Charta (1986) ist der Begriff der Gesundheitsförderung in erster Linie als übergeordneter Dachbegriff bzw. als Leitidee und als Programmatik zu verstehen (vgl. vorne 1.5.2). In diesem Zusammenhang wird zwar betont, dass Gesundheitsförderung unter anderem durch die Entwicklung persönlicher Kompetenzen allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen soll, über die Methode und das konkrete Vorgehen erlaubt der Begriff aber kaum Aussagen. Neben dem Begriff Gesundheitsförderung existiert in der Diskussion ein breites Umfeld von „affine(n) Begriffen“ (Wulforth, S. 25), die oft ohne eindeutige begriffliche Abgrenzung nebeneinander verwendet werden. Da diese Begriffe und die damit verbundenen Aktivitätsfelder mit zum Teil recht unterschiedlichen Zielen und Zuständigkeiten assoziiert sind (vgl. ebd., S. 29), werden die damit verbundenen Implikationen im Kap. 7.3.1 zunächst grob diskutiert, um später Folgerungen für die methodische Umsetzung (Praxis) der Förderung emotionaler Kompetenz daraus ziehen zu können.

Darüber hinaus sind aus dem hier entwickelten Modell gesundheitsrelevanter emotionaler Kompetenz und aus der Diskussion um bereits vorhandene Stressbewältigungs- und Gesundheitsförderungsprogramme auch inhaltliche und strukturelle Konsequenzen für die Gesundheitsförderung zu ziehen. Wenn wir mit dem Blick darauf noch einmal die Zielvorstellung dieser Arbeit rekapitulieren, dann ging und geht es darum, ein Konzept für die Förderung der Gesundheit von Menschen mit psychogenen Erkrankungen zu entwickeln, welches möglichst krankheitsunspezifisch und breit – d.h. in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung und der Prävention zu verorten – sein soll und dabei nicht alleine auf die Vermeidung von tatsächlichen oder möglichen Gesundheitsbelastungen zielt, sondern sich im Einklang mit der Ottawa-Charta der WHO und den Stellungnahmen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vor allem auch an erweiterungsfähigen Potenzialen selbstkompetenten Handelns orientiert, um den Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen (vgl. die ausführliche Zielbestimmung vorne in Kap. 1.4).

Ausgangspunkt für dieses Vorhaben waren einerseits inhaltliche Defizite der bisherigen Konzeptionen von Gesundheitsförderung. So hatte sich in der Auseinandersetzung mit deren Zielen und Ansätzen gezeigt, dass eine explizite Fokussierung von gesundheitsförderlichen Ressourcen vielfach sehr diffus ausfällt und unklar bleibt, welche Kompetenzen und Bewältigungsfähigkeiten denn nun genau zu fördern sind. Darüber hinaus war kritisiert worden, dass insbesondere Anstrengungen zur Förderung der Gesundheit von Menschen mit psychogenen Erkrankungen bisher weitgehend vernachlässigt wurden. Beispielsweise bezieht auch ein neuerer Übersichtsband über die wichtigsten Anwendungsgebiete der Psychologischen Gesundheitsförderung diesen Aspekt nicht explizit ein (vgl. Jerusalem u. Weber, 2003). Vor diesem Hintergrund soll im Teil 7.3.2 dargestellt werden, welche inhaltlichen Schlussfolgerungen aus dem bisher Erarbeiteten zu ziehen sind. Mit dem Ziel einer Überwindung bisheriger Defizite in der Gesundheitsförderung werden dafür wesentliche Inhaltsdimensionen der hier vertretenen emotionsfokussierten Konzeption von Gesundheitsförderung zugleich in Bezug auf und in Abgrenzung von bisher verbreiteten „Programmen“ diskutiert und erörtert.

Schließlich gilt es auch die strukturellen Defizite in den Blick zu nehmen, die mit der insgesamt „mangelnde(n) Präventionsorientierung des deutschen Systems“ (Sachverständigenrat, Bd. III, S. 19) verbunden sind und dazu führen, dass bisherige Bemühungen um Prävention und Ge-

sundheitsförderung häufig sehr unzureichend und unsystematisch sind. Zu Beginn dieser Arbeit war ja die Problemstellung skizziert worden, dass einerseits ein großer und wachsender Versorgungsbedarf im Bereich psychogener Erkrankungen besteht und andererseits die bisherigen Versorgungsstrukturen kaum ausreichen, um diesen Bedarf zu decken. Vor dem Hintergrund dieser Problematik sollen im letzten Teil dieses Kapitels (7.3.3) einige grobe Überlegungen zusammengetragen werden, wie das bisherige Versorgungsspektrum um Gesundheitsförderung ergänzt werden könnte.

7.3.1 Zu den „methodischen“ Konsequenzen für die Gesundheitsförderung

Einleitend war bereits darauf hingewiesen worden, dass der Terminus „Gesundheitsförderung“ von einem breiten Feld benachbarter Begriffe umgeben ist, die häufig ohne eindeutige begriffliche Abgrenzung nebeneinander verwendet werden. Hierzu zählen nach Laaser, Hurrelmann u. Wolters (1993) die Begriffe „Gesundheitserziehung“, „Gesundheitsbildung“, „Gesundheitsberatung“, „gesundheitliche Aufklärung“ und „Prävention“, deren gemeinsamen Nenner die Autoren darin sehen, dass „hiermit Aktivitäten von Personen und Institutionen zu bezeichnen sind, die auf die Verhütung von Krankheit und die Förderung von Gesundheit gerichtet sind“ (ebd., S. 176).¹⁵⁵ Zusätzlich zu diesen – zum Umfeld des Terminus „Gesundheitsförderung“ zu zählenden – Begriffen sind aus den einleitend genannten Gründen weitere in der Diskussion gebräuchliche Begriffe wie der des „Empowerment“ zu prüfen und schließlich auch solche Konzepte wie das der „Patientenschulung bzw. Patientenberatung“ und der „Psychoedukation“, die für das hier entwickelte Thema ebenfalls von Bedeutung sind.

Beginnend mit dem oben nach Laaser, Hurrelmann u. Wolters zusammengefassten Begriffs- bzw. Aktivitätenfeld erscheint es zunächst einmal legitim, Gesundheitsförderung und Prävention „als zwei grundlegend verschiedene **gesundheitswissenschaftliche Strategien**“ (Waller, o.J.; Bd. 6, S. 5; Hervorh. i. Original/U.F.) zu betrachten, von denen die erstgenannte Strategie auf „die Erhaltung und Stärkung der Ressourcen für Gesundheit“ und die zweitgenannte auf „die Vermeidung bzw. Minimierung von Risiken für Gesundheit“ abzielt (ebd.; vgl. zur Unterscheidung beider Konzeptionen a. Badura, 1992). Da es sich aber, wie die emotionsfokussierte Diskussion der Gesundheitsschutz- und Gesundheitsrisikofaktoren deutlich zeigt, häufig um unterschiedliche Ausprägungen von gesundheitsrelevanten Variablen, also um zwei Seiten derselben Medaille handelt (vgl. Fußnote 31), ist diese Unterscheidung vor allem in theoretischer Hinsicht wichtig. In der Praxis kann dagegen Prävention durchaus in den Rahmen von Gesundheitsförderung eingebettet sein (vgl. Wulfhorst, S. 32; vgl. a. vorne Kap. 1.4).

Gesundheitsberatung und Gesundheitsaufklärung

Von diesen eher als übergeordnete Leitlinie und als programmatisch zu verstehenden Dachbegriffen sind dann die Begriffe „Gesundheitsberatung“ und „Gesundheitsaufklärung“ auf der

¹⁵⁵ In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Methodenbegriff in den einschlägigen Artikeln sehr unspezifisch gebraucht wird. Während beispielsweise Laaser, Hurrelmann u. Wolters (vgl. 1993) hier von Aktivitäten und Maßnahmen sprechen, differenziert Waller die „Handlungsmethoden“ Gesundheitsförderung, Prävention, Beratung, Bildung und Selbsthilfe (vgl. Waller, o.J., Bd. 6, 7 u. 8). Aus didaktischer Perspektive ist dabei anzumerken, dass es bei dem hier im Folgenden benutzten Methodenbegriff nicht um „methodische Grundformen“ und konkrete „Handlungsmuster“ geht, sondern mindestens um „methodische Großformen“ (vgl. zum Begriffsverständnis: Meyer, 1987, 3. Lektion), wobei die Reduktion von Gesundheitsbildung auf eine bloße Methode in jedem Fall unbefriedigend bleibt (vgl. Wulfhorst, 2002 und die noch folgenden Erläuterungen zu den jeweiligen Begriffen sowie die Fußnote 156).

einen Seite und „Gesundheitserziehung“ und „Gesundheitsbildung“ auf der anderen Seite zu unterscheiden. Nach Laaser, Hurrelmann u. Wolters (1993, S. 176) umfassen dabei **Gesundheitsberatung** und **Gesundheitsaufklärung** „teilweise überlappend – alle Aktivitäten im öffentlichen Raum, die sich an Einzelpersonen oder an ein breites Publikum mit dem Ziel richten, über Informationsvermittlung und Entscheidungshilfe Einstellungen zu verändern und Verhaltensweisen zu beeinflussen“. In gleichsinniger Weise geht auch Waller davon aus, dass Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsberatung „verwandte Methoden“ seien, die „sich deshalb gemeinsam darstellen (lassen)“ (Waller, o.J., Bd. 8, S. 5). „In beiden Fällen handelt es sich um Methoden der Informationsvermittlung, entweder – im Falle der Aufklärung – mit Hilfe von Massenmedien (‘Massenkommunikation’) oder – im Falle der Beratung – durch ein Gespräch (‘Personale Kommunikation’)“ (ebd.). Als Beispiel für innovative Aufklärungskampagnen führt er die sog. Aids-Aktionstage (1988 bis 1994) oder die Wanderausstellung „LiebesLeben“ an, die zur Aids-Prävention anregten und Impulse für einen solidarischen Umgang mit HIV-infizierten und -erkrankten Menschen gaben, wobei beide Informationskampagnen durch „Personale Kommunikation“ und Beratung, d.h. durch Gespräche mit gut informierten Personen unterstützt wurden.

Patientenschulung – Patientenberatung – Psychoedukation

Während die bisher genannten Begriffe überwiegend aus dem Umfeld von (vor allem primärer) Prävention und Gesundheitsförderung stammen und diesbezügliche Aktivitäten sich in erster Linie an eine breite Öffentlichkeit richten, sind im Kontext der vorliegenden Arbeit auch solche Begriffe und Interventionsformen wie die der Patientenschulung bzw. Patientenberatung sowie der Psychoedukation zu berücksichtigen, die sich vor allem auf den Bereich der tertiären Prävention und dabei auf Einzelpersonen und Kleingruppen beziehen. Bei der Interventionsform der **Patientenschulung / Patientenberatung** handelt es sich um Maßnahmen, die „chronisch Kranke in die Lage versetzen sollen, ihre Krankheit und die damit verbundenen Belastungen eigenständiger (eigenverantwortlicher) zu bewältigen“ (Petermann, S. 3). Dabei kann sich Patientenschulung auf alle chronischen Krankheiten beziehen. Besonders umfassende Erfahrungen liegen im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bei Atemwegserkrankungen, beim Diabetes mellitus und im Rheuma- und Schmerzbereich vor, wobei „die Grundlagen und Vorgehensweisen bei allen Krankheitsgruppen weitgehend vergleichbar sind“ (ebd., S. 6).

Zur Unterscheidung der Begriffe meint Petermann, dass der Begriff der „Patientenberatung“ häufig eher im Kontext der ärztlichen Beratung verwendet wird, wobei die Gestaltungsmöglichkeiten offener und der Beratungsbedarf und das entsprechende Angebot auf die Bedürfnisse des Patienten und auf dessen Lebenssituation bezogen sind (vgl. ebd., S. 3). Wieweit dabei das Medizinsystem dem Anspruch „einer differenzierten, individualisierten Beratung von Patienten“ (Schmidt u. Dlugosch, S. 25) statt einer „einseitige(n) Erteilung von Ratschlägen oder Vorschriften durch einen Experten“ (ebd., S. 24) gerecht wird, ist allerdings nicht nur aufgrund des begrenzten Zeitbudgets fraglich (vgl. ebd., S. 23 ff.).

Im Unterschied zur Beratung ist mit einer Schulung ein strukturierteres Vorgehen verbunden. Patientenschulungen finden häufig in Gruppen statt, wobei es darum geht, anhand vorbereiteter Materialien und Übungen krankheits- und behandlungsbezogenes Wissen zu vermitteln. In der Rehabilitation werden solche Gruppen häufig von Psychologen geleitet. Insbesondere in Krankenhäusern sind aber auch verschiedene andere Berufsgruppen beteiligt.



Abb. 11: Die sechs zentralen Komponenten einer Patientenschulung nach Petermann (1997, S. 3 f.)

Betrachtet man die Zusammenstellung der wichtigsten Komponenten einer Patientenschulung (vgl. Abb. 11), dann wird zwar deutlich, dass „Tertiärprävention mit Patientenschulung weitgehend gleichgesetzt werden (kann)“ (Petermann, S. 4). Zugleich wird aber auch betont, dass sich Aspekte der Tertiärprävention mit denen der Primär- und Sekundärprävention überlagern und „einige Vorgehensweisen wie zum Beispiel Trainings zur Streßbewältigung ... oder Vorgehensweisen der Gesundheitsberatung ... generell zur Gesundheitserhaltung (Primärprävention) eingesetzt werden“ (ebd.; vgl. a. Hampel u. Petermann, 1997).

Vor diesem Hintergrund gilt es im Zusammenhang mit dem Anliegen der vorliegenden Arbeit daher festzuhalten, dass in Bezug auf die verschiedensten Krankheitsbilder auch große Anteile an Überschneidungen und an „weitgehend vergleichbar(en) Grundlagen und Vorgehensweisen“ (Petermann, S. 6) vorzufinden sind, die einen Ansatzpunkt für unspezifische Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsförderung bilden könnten. Diesbezügliche Aspekte werden aufgegriffen, wenn es im Kap. 7.3.2 um die inhaltlichen Schlussfolgerungen für die Gesundheitsförderung geht.

Dabei sollte allerdings Klarheit über die Zielsetzungen dieser Interventionsformen bestehen. Patientenschulung und Patientenberatung dienen zwar der „Hilfe zur Selbsthilfe“ und sehen sich auch der Idee der Gesundheitsförderung verpflichtet (vgl. Petermann, S. 4 ff.). Zugleich sind diese Begriffe, soweit sie sich alleine auf „patient management“ oder „patient education“ beziehen, aber tendenziell mit einer „asymmetrische(n) Konnotation verbunden“ (Schmidt u. Dlugosch, S. 23). Zumindest ist in jedem Fall zu prüfen, auf welches Menschenbild sich eine konkrete Konzeption bezieht und wo genau sie im Spannungsfeld zwischen Erziehung und

Management einerseits sowie Selbstbestimmung und Empowerment andererseits anzusiedeln ist (vgl. ebd., S. 23 ff.).

Dies gilt auch für die Interventionsform „**Psychoedukation**“, ein Begriff, mit dem „systematische didaktisch-psychologische Interventionen zusammengefasst (werden), die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über ihre Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäumel u. Pitschel-Walz, S. 3). Neben der Vermittlung von Informationen über die Ursachen einer Krankheit und die derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten stehen die „emotionale Entlastung“ und eine „Förderung des individuellen Selbstmanagements unter salutogenetischer Perspektive“ im Vordergrund (ebd., S. 6). Die Zielsetzung ist also der von Patientenschulung sehr vergleichbar. Psychoedukation bezieht sich allerdings – wenn man die Recherche in einschlägigen Katalogen zugrunde legt – vor allem auf das Feld der psychischen Krankheiten. Als einen Anlass für die hiesige Rezeption des Konzepts seit den 80er Jahren nennt Bäumel die „Verwunderung ..., wie gut informiert die Patienten aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum waren und welches stabile Krankheitskonzept und welche gute Compliance sie zu haben schienen“ (ebd., Vorwort).

Welche verschiedenen Formen Psychoedukation annehmen kann und wie sinnvoll Erklärung und didaktische Unterweisung sein mögen, um Betroffene über ihre (Krankheits-)Probleme und diesbezügliche Hilfestellungen aufzuklären, wurde hier bereits unter 6.2.1.8 angedeutet. Dennoch erscheint es fraglich, ob die Interventionsformen Patientenschulung und Psychoedukation mit ihrem – soweit hier ersichtlich – doch eher edukativen Selbstverständnis für eine Realisierung gesundheitsförderlicher Zielsetzungen hilfreich sind – ein Aspekt, der am Ende von 7.3.2 noch einmal aufgegriffen wird.

Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung

Unter dieser Überschrift sind zunächst Autoren wie Laaser, Hurrelmann u. Wolters (vgl. 1993, S. 176) anzuführen, welche die beiden Begriffe **Gesundheitserziehung** und **Gesundheitsbildung** zusammenfassend betrachten und damit „vorzugsweise die Aktivitäten (bezeichnen), die vor allem in Familien und in Erziehungs- und Bildungseinrichtungen ablaufen, um über Wissensvermittlung und pädagogische Kontakte Einstellungen, Kompetenzen und Fertigkeiten zu vermitteln, die der Selbstentfaltung dienen und das gesundheitsbewusste Verhalten eines Menschen fördern“ (ebd.). Dabei erscheint im Zusammenhang mit dieser Gleichsetzung zumindest auf den ersten Blick völlig unverständlich, warum ein Begriff wie der der Gesundheitserziehung, der zumindest lange Zeit „darauf ausgerichtet (war), Individuen zielgerichtet hin zu festgelegten gesünderen alltäglichen Verhaltens- und Handlungsweisen zu erziehen“ (Schneider, S. 20; vgl. a. vorne Kap. 1.5.1), mit dem Begriff der Bildung gleichgesetzt wird. Während dem Feld der Gesundheitserziehung „ein eher belehrender und autoritärer Charakter zugeschrieben wird“ (Hörmann, 1998, S. 442), „knüpft sich an den Begriff der Bildung das Moment der Selbstverfügung und aktiven Gestaltung, die Ablösung einer ursprünglich externen Steuerung durch eine internalisierte Form der Selbstregulierung, kurz die Ausformung eines unverkennbaren und kultivierten Lebensstils“ (Hörmann, zit. n. Schneider, S. 28; vgl. zu einem ähnlichen Verständnis von Gesundheitsbildung a. Haug, 1991).

Die Unvereinbarkeit der beiden hier skizzierten Positionen lässt sich aber zumindest teilweise auflösen, wenn man sich deutlich macht, dass neben „autoritative(n)“, auf „Verhaltensänderungen“ abzielenden Konzepten der Gesundheitserziehung (Hurrelmann, 2000, S. 103 ff.) auch

„Konzept(e) der partizipativen Gesundheitserziehung“ (ebd., S. 106) bestehen, deren Ziel die „Entwicklung von gesundheitsförderndem Verhalten durch Stärkung und Förderung von Kompetenzen“ (ebd., S. 108) bildet. Im Unterschied zur traditionellen Gesundheitserziehung konzentrieren sich partizipative Konzepte nicht auf die Symptome für das gesundheitliche Risikoverhalten und auf die Vermittlung vorgegebener Gesundheitsnormen. Vielmehr zielen diese alternativen Konzeptionen auf die Stärkung und Förderung der Selbststeuerungs- und Selbstregulationskräfte eines Menschen und darauf, dass dieser fähig und kompetent wird, seine Gesundheit aus eigener Erfahrung auszubalancieren (vgl. ebd., S. 107). Vor diesem Hintergrund wird auch „positives Gesundheitsverhalten nicht als Ziel für sich“ (ebd.) betrachtet. Vielmehr geht es darum, den Menschen in seinem Bewältigungsverhalten und in seinen individuellen Kompetenzen insgesamt zu unterstützen, „so dass es zu einer aktiven und produktiven Form der Auseinandersetzung mit inneren und äußeren Anforderungen kommt“ (ebd.).

Nun passt das „Kompetenzmodell“ der Gesundheit (ebd.), wie es hier von Hurrelmann vorgestellt wird, zwar außerordentlich gut zu der Konzeption von Gesundheitsförderung, wie sie in der vorliegenden Arbeit bisher entwickelt wurde und im Folgenden noch zu explizieren sein wird. Gleichzeitig erscheint es mir aber problematisch, einen Begriff, der in der Diskussion bereits mit soviel Kritik behaftet ist, für zwei solchermaßen heterogene Ansätze zu verwenden. Zwar ließen sich auf der Basis der angloamerikanischen Diskussion (um „Health Education“ und „Health Promotion“) solche alternativen Auffassungen von Gesundheitserziehung durchaus begründen (vgl. Schneider, S. 20 ff.), aber diese Diskussion erscheint mir in der Bundesrepublik so wenig verankert, dass die Rede von einer „neuen“ Gesundheitserziehung (ebd., S. 27) wenig zur Klarheit beizutragen scheint und „die Verwendung eines anderen Terminus, der die Differenz von vornherein signalisiert – zumindest für die Bundesrepublik – plausibel ist“ (ebd., S. 28).

Vor diesem Hintergrund spricht einiges dafür, zumindest für den Bereich der Erwachsenenbildung den Begriff „Gesundheitserziehung“ fallen zu lassen und entweder durch den der „Gesundheitsbildung“ (Schneider, ebd., S. 28; Hurrelmann, 2000, S. 110) und/oder den des „Empowerment“ (Hurrelmann, S. 107) zu ersetzen.¹⁵⁶ Zwar ist auch der Bildungsbegriff trotz des

¹⁵⁶ Einem vollständigen Ersetzen des Begriffs Gesundheitserziehung durch den der Gesundheitsbildung auch in den Arbeitsfeldern, in denen es sich um Kinder und Jugendliche als Adressaten der Arbeit handelt, steht nicht nur entgegen, dass in ministeriellen Dokumenten und Richtlinien überwiegend von Gesundheitserziehung die Rede ist (vgl. Schneider, S. 27; vgl. a. Hurrelmann, 2000, S. 110 ff.). Ein Hindernis besteht auch darin, dass trotz der umfassenden historischen Analyse von Haug (1991) zumindest aus erziehungswissenschaftlicher Sicht die Begriffsklärung bisher noch nicht als abgeschlossen betrachtet werden kann. Es fehlt nicht nur an einer zufriedenstellenden theoretischen Fundierung der Gesundheitspädagogik als der zuständigen erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin und der Gesundheitserziehung als konkretem pädagogischem Praxisfeld (vgl. Wulfhorst, Teil I). Erschwerend kommt hinzu, dass bisher auch eine disziplinäre Verortung der Gesundheitserziehung genau genommen nicht endgültig geklärt ist (vgl. ebd., S. 46 ff.).

Eine Zuordnung der Gesundheitserziehung zur Pädagogik als Grundlagenwissenschaft würde nämlich zum einen deren intradisziplinäre Berücksichtigung im Kreis der pädagogischen Fachdisziplinen, d.h. die Etablierung der Gesundheitspädagogik als erziehungswissenschaftlicher Teildisziplin voraussetzen. Zum anderen müsste sich die Gesundheitspädagogik auch interdisziplinär, d.h. im konkurrierenden Feld möglicher Zuständigkeiten für das Handlungsfeld der Gesundheitserziehung (von Gesundheitswissenschaften/Public Health mit ihren Teildisziplinen Gesundheitspsychologie/Gesundheitssoziologie sowie von Medizin mit ihren Teilgebieten Präventiv- und Sozial- sowie Verhaltensmedizin) als Bezugsdisziplin Geltung verschaffen können (vgl. Wulfhorst, Teil I, Kap. 3). Diesbezügliche Entscheidungen sind insofern von Bedeutung, als sich die Frage stellt, woher „Gesundheitserzieher“ ihr professionelles Wissen beziehen und ob bei der Vermittlung gesundheitsrelevanter Inhalte allgemeine Unterrichts- und Vermittlungsmethoden als ausreichend betrachtet

zentralen Beitrags von Haug zur Tradition der europäischen Gesundheitsbildung noch nicht befriedigend geklärt (vgl. Wulfhorst, S. 39). Zugleich sind aber mit dem Bildungsbegriff Akzentsetzungen und Konnotationen von Kompetenzstärkung, „Befähigung zu ... Selbst- und Mitbestimmung“ (Schulz, S. 151) und „Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung“ (Haug n. Wulfhorst, S. 38) verbunden, die dessen Berücksichtigung im Kontext von Gesundheitsförderung unverzichtbar erscheinen lassen. Auch wenn eine Auseinandersetzung mit diesbezüglichen konzeptionellen Überlegungen (vgl. z.B. Schulz, 1996; vgl. a. Sagebiel, 1994) hier nicht geleistet werden kann, würde ich auf eine Verwendung des Bildungsbegriffs daher ungern verzichten wollen.¹⁵⁷

Empowerment

Zuletzt bleibt nun noch der Terminus Empowerment zu klären, der in den Gesundheitswissenschaften im Sinne der „Stärkung von persönlichen und sozialen Kompetenzen“ (Hurrelmann, 2000, S. 107) und der „Förderung von Gesundheitspotentialen“ (Badura, 1996, S. 45) verwendet wird und damit ebenfalls gut geeignet erscheint, das in dieser Arbeit zugrunde gelegte Verständnis von Gesundheitsförderung zu unterstreichen. Der Begriff Empowerment und die damit verbundene professionelle Perspektive ist eng mit den Emanzipationsbewegungen der sechziger und siebziger Jahre, insbesondere mit der Bürgerrechts- und Selbsthilfebewegung in den USA verknüpft und wurde ursprünglich von Julian Rappaport in die gemeindepsychologische Diskussion eingeführt (vgl. zur Geschichte: Lenz, 2002). Als „professionelles Hilfemodell“ (Lenz, S. 14) steht Empowerment für „Ressourcenaktivierung“ statt „fürsorglichem Aktivismus“ (ebd., S. 13) und für „eine veränderte helfende Praxis, deren Ziel es ist, die Menschen zur Entwicklung ihrer eigenen (vielfach verschütteten) Stärken zu ermutigen, ihre Fähigkeiten zu Selbstbestimmung und Selbstveränderung zu stärken und sie bei der Suche nach Lebensräumen und Lebenszukünften zu unterstützen, die ihnen einen Zugewinn an Autonomie, sozialer Teilhabe und eigenbestimmter Lebensregie versprechen“ (Herriger, zit. n. Lenz, S. 14).

Bei genauerem Hinsehen erweist sich die Empowerment-Perspektive dabei nicht nur wegen ihrer Hinwendung zu und ihrem Vertrauen in die Ressourcen und Selbstgestaltungskräfte der Hilfesuchenden als radikal. Sie hat auch weitreichende Konsequenzen für die professionellen HelferInnen und für die Gestaltung des Verhältnisses zwischen den Beteiligten, weil im Empowerment-Ansatz „die Dominanz der ExpertInnen, ihre mehr oder weniger versteckte Definitions-, Ausführungs- und Kontrollmacht in der Hilfebeziehung grundsätzlich in Frage gestellt (werden)“ (Lenz, S. 15). Rappaport hat dies damit begründet, dass durch fürsorgliches, an-

werden oder auf das spezifische didaktische Wissen der Pädagogik und deren Möglichkeiten zur Ausbildung pädagogischer Kompetenz zurückgegriffen werden soll (vgl. ebd., S. 48, 80, 102).

In diesem Zusammenhang erscheint es auch noch wichtig darauf hinzuweisen, dass der Begriff Gesundheitspädagogik zwar den grundlagenwissenschaftlichen Bezug zu den Erziehungswissenschaften nahelegt, aber noch nichts über deren Zuordnung zu einer bestimmten universitären Institution bzw. einem bestimmten universitären Fachbereich, „z.B. nur zu den Erziehungswissenschaften oder nicht auch oder sogar besser zu den Gesundheitswissenschaften“ aussagt (Wulfhorst, S. 40).

¹⁵⁷ Ein weitere mögliche theoretische Basis für die Gesundheitsförderung bietet meines Erachtens auch der Konstruktivismus, der eine in vielen wissenschaftlichen Disziplinen diskutierte Basistheorie darstellt. Wie unter 7.1.2 bereits dargelegt, erscheint er für die Gestaltung der Art von Lern- und Vermittlungsprozessen, um die es hier geht, überaus hilfreich, weil er gegenüber der traditionellen Perspektive linearer, gesteuerter Wissensvermittlung die selbstgesteuerte, biographisch geprägte Lernaktivität betont (vgl. Siebert, 1999; vgl. a. Kösel, 1993).

waltliches oder auch therapeutisches Handeln von Professionellen, die als Experten die Lösungen bereits wissen und die Zügel in der Hand halten, häufig nicht nur Hilfebedürftigkeit noch verstärkt, sondern auch Möglichkeiten der Betroffenen, ihre eigenen Lebensprobleme zu lösen, übersehen werden (vgl. Rappaport, 1985). Er bezieht sich dabei unter anderem auf Ivan Illich (vgl. 1979), der sehr eindringlich beschrieben hat, wie der Glaube, dass nur Experten unsere (Gesundheits-)Probleme lösen können, die Menschen von ihren Selbsthilfefähigkeiten und autonomen Möglichkeiten zur Gestaltung ihres Lebens und ihrer Umwelt entfremdet. Gegenüber dieser „Enteignung von Gesundheit“ (so der ursprüngliche Titel des Buchs von Illich, vgl. ebd.) und gegenüber der vielfach erlernten Hilflosigkeit im Umgang mit den zahlreichen Problemen des Lebens müssen wir laut Rappaport „diesen Weg zurückgehen“ (Rappaport, 1985, S. 271), damit Menschen die Kontrolle über das eigene Leben und die eigene Gesundheit wiedererlangen können.

Für HelferInnen bedeutet dies die Abkehr von der „traditionell(en) hierarchisch-paternalistische(n) Ebene professioneller Arbeit“ (ebd., S. 16) und „von der Fiktion der wertneutralen ExpertIn, die im Besitz der alleinigen Lösungskompetenz ist, hin zu einem professionellen Verständnis, das von Kooperation und Partnerschaftlichkeit geprägt ist“ (ebd.). Die KlientInnen werden als „CoproduzentInnen der Dienstleistungen“ (Lenz, S. 18) bzw. als „KundInnen“ im Sinne von „KundigE(n)“ (Hargen, S. 18) gesehen, also als Personen, die sich auskennen, die Bescheid wissen, die kundig sind über ihr Leben, ihre Probleme, ihre Lösungen. Eine solche Dienstleistungsphilosophie basiert auf der grundlegenden Empowerment-Strategie der Partizipation und geht davon aus, dass der Klient, die Klientin letztlich die einzigen sind, die wirklich einschätzen können, welche Lösungswege und Bewältigungsstrategien für ihre Situation und ihre spezifischen Probleme hilfreich und wirksam sind (vgl. Lenz, ebd., S. 18 f.).

Eine solche professionelle Haltung stellt nun nicht nur im Hinblick auf die Realisierung und Umsetzung des weiter oben nach Hurrelmann dargestellten Kompetenzmodells von Gesundheit eine wichtige Voraussetzung dar. Sie ist auch unabdingbar, wenn es um die Umsetzung der vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Bd. I/II; S. 40; vgl. a. vorne: 1.3.3) geforderte „Optimierung des Nutzerverhaltens durch Kompetenz und Partizipation“ geht. Um die Ausführungen zu diesem Teil abzuschließen, wird daher im Folgenden vor allem die hier skizzierte Empowerment-Perspektive zugrunde gelegt. Wenn daneben auch der Bildungsbegriff in der oben umrissenen Bedeutung genutzt wird und – soweit es um konkrete Inhaltsvermittlung geht – im Einzelfall auch von Schulung oder Psychoedukation die Rede sein wird, dann ist diese Begriffsverwendung immer in ein übergeordnetes Verständnis von Ermutigung zur Selbstregulierung, Selbststärkung und Selbstbildung eingebunden. Was dies für die konkrete Umsetzung bedeutet, wird am Ende von 7.3.2 noch einmal abschließend thematisiert.

7.3.2 Zu den inhaltlichen Konsequenzen für die Gesundheitsförderung

7.3.2.1 Resümee der inhaltlichen Empfehlungen

Nachdem im Vorangegangenen skizziert wurde, an welchem professionellen Handlungsverständnis sich die hier entwickelte Konzeption von Gesundheitsförderung in methodischer Hinsicht orientieren will, geht es im folgenden Teil darum, zu konkretisieren, welche inhaltlichen

Schlussfolgerungen aus dem bisher Erarbeiteten zu ziehen sind. Dafür werden die im Modell „gesundheitsförderlicher emotionaler Kompetenz“ zusammengefassten Kernaussagen der Arbeit einerseits und die Erkenntnisse, die aus der Analyse verschiedener bewährter Stressbewältigungs- und Gesundheitsförderungsprogramme andererseits resultieren, nun herangezogen, um die Konsequenzen herauszustellen, die sich aus einer emotionsfokussierten Ausrichtung für die Gesundheitsförderung ergeben.

Ausgangspunkt dafür bildet das transaktionale Stress-Coping-Modell von Lazarus, das nicht nur in den bisher gängigen und verbreitetsten Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen den zentralen inhaltlichen Baustein darstellt. Auch in der vorliegenden Arbeit hat sich das Lazarus-Modell als äußerst günstige Basis erwiesen, von der aus es möglich war, die Erkenntnisse aus den verschiedensten hierfür relevanten Disziplinen mit dem Blick auf eine emotionstheoretisch fundierte Konzeption von Gesundheitsförderung zu integrieren. Die sich aus dieser gemeinsamen theoretischen Grundlage ergebenden Überschneidungen zwischen den bereits etablierten Programmen und der hier entwickelten Vorstellung von Gesundheitsförderung sind nun in Bezug auf die weitere Umsetzung von großem Nutzen, weil es bedeutet, dass an Bewährtem angeknüpft werden kann und es weniger um Ersatz als vielmehr um Abwandlungen und Erweiterungen des Bestehenden geht.

Die Erweiterungen des Stress-Coping-Modells um eine auf die Emotionen ausgerichtete Perspektive betreffen zunächst die „zentralen Botschaften“, die nach Kaluza (1996, S. 85) bei der Vermittlung dieses Modells üblicherweise herausgestellt werden. Darüber hinaus sind vor dem Hintergrund des bisher Erarbeiteten aber auch einige weitere Modifikationen und Ergänzungen vorzunehmen, wenn man die in der vorliegenden Arbeit entwickelte Perspektive bei der Gestaltung von Gesundheitsförderung zukünftig berücksichtigen will. In diesem Zusammenhang sei nur daran erinnert, dass mit der hier vorgenommenen Emotionsfokussierung ja die ausdrückliche Zielsetzung verbunden ist, eine Konzeption für die Förderung der Gesundheit von Menschen mit psychogenen Erkrankungen zu entwickeln. Dies ist der Hintergrund, vor dem nun die wichtigsten Erweiterungen und Modifikationen jeweils in Form knapper (kursiv-gedruckter) Empfehlungen herausgestellt und im Anschluss daran erläutert sowie mit den Anliegen der von psychogenen Störungen und Erkrankungen Betroffenen in Beziehung gebracht werden.

Wenn diese für eine emotionsfokussierte Konzeption von Gesundheitsförderung notwendigen Ergänzungen im Folgenden nur sehr knapp ausgeführt werden und dadurch manche der in den Grundlagenkapiteln ausführlich dargestellten Sachverhalte dem Leser möglicherweise unzulässig verkürzt erscheinen, muß dieses Risiko nun in Kauf genommen, weil alles andere eine – immer noch zu reduzierte – Wiederholung von bereits Gesagtem wäre. Um es positiv zu wenden: In gewisser Weise spiegeln sich in diesen knapp formulierten Ergänzungen bereits die Anforderungen an die Praxis der Gesundheitsförderung wider, die Zusammenhänge möglichst prägnant und anschaulich zu vermitteln und, wie Kaluza potentiellen KursleiterInnen empfiehlt, „ohne sich in der Darstellung komplizierterer physiologischer Abläufe oder in komplexe Begriffsdefinitionen zu verlieren“ (ebd., S. 85). Auch aus eigener Erfahrung kann ich seine Empfehlung nur unterstreichen, es gehe weniger um „rationale Aufklärung“ und „sachliche Information“ (ebd., S. 85), sondern vielmehr darum, dass sich die Teilnehmer von Gesundheitsförderung „innerlich angesprochen fühlen“ (ebd.) und durch die Art der Darstellung „eigenes Verhalten und Erleben ... erinnert und lebendig wird“ (ebd.). Nachdem die Zusammenhänge in der vorliegenden Arbeit ausführlich dargelegt und belegt wurden, mag dies auch als Leitlinie für

diese abschließenden und vor allem auf die praktische Umsetzung abzielenden Schlussfolgerungen gelten.

Erstens: Aus der Perspektive eines emotionstheoretisch fundierten transaktionalen Stress-Coping-Modells gilt es im Zusammenhang mit der Unterscheidung zwischen Stressor und Stressreaktion und bei der Darstellung der wesentlichen Merkmale und Ebenen der Stressreaktion zu betonen, dass es sich bei der Stressreaktion nicht um eine „bei allen Menschen und in allen Belastungssituationen in gleicher stereotyper Weise“ (Kaluzka, 1996, S. 21) ablaufende Reaktion handelt, sondern um je nach „individueller Reaktionsspezifität“ (ebd.) und je nach „belastenden Situationstypen“ (Becker, 1992 a, S. 102) verschiedene Reaktionen, denen sehr unterschiedliche Emotionen mit ihren jeweils spezifischen psychophysiologischen Mustern zugrunde liegen können.

Dieser Aspekt wird zwar auch in den bereits verbreiteten Stressbewältigungs- bzw. Gesundheitsförderungsprogrammen thematisiert (vgl. bspw. Kaluzka, 1996, S. 21 ff.; vgl. a. Reschke u. Schröder, 2000), hat aber, wie unter 7.2.1.1 und 7.2.1.3 herausgearbeitet wurde, kaum Konsequenzen für die weitere Programmkonzeption. Für die Gesundheitsförderung ist es aber folgenreich, ob die Emotionen in der Tradition der Bewertungstheorien nur als kognitiv-emotionale Stressreaktionen aufgefasst werden oder ob ihnen ein Eigenwert zugestanden und dieser auch tatsächlich berücksichtigt wird. Wie hilfreich eine emotionstheoretische Erweiterung der Perspektive ist, erweist sich spätestens dann, wenn sich nicht nur die Menschen angesprochen fühlen, die nach eigenem Empfinden und gängigem Verständnis offensichtlich unter „Stress“ in Form von ständigem Zeitdruck, Hektik, Gehetztsein und Gereiztheit leiden, sondern auch diejenigen, die diese Form von Stress nicht zu kennen meinen, aber ganz aufmerksam werden, wenn sie erfahren, dass auch chronische Zustände von Angst, Kummer oder Depressivität psychischen und physischen Stress bedeuten.

Für die meisten Teilnehmer ist es unmittelbar nachvollziehbar, dass die Stressreaktion je nach Situation und in Abhängigkeit von individuellen Reaktionsspezifitäten unterschiedlich ausfallen kann und der Begriff Stress – soweit er die Reaktion betrifft – nur einen sehr unspezifischen Ausdruck für ein Spektrum unterschiedlicher emotionaler Zustände darstellt. Von den individuellen Reaktionen sowie auch vom Spektrum der in einer Gruppe zusammengetragenen Auswirkungen von „Stress“ ausgehend ist es im Verlauf eines Kurses dann sukzessive möglich, den Blick für die verschiedenen Ebenen einer Emotion (Körper, Gefühle, Gedanken u. Verhalten) sowie für deren Bedeutung insgesamt zu öffnen. Worin der Wert einer solchen Perspektive für die Gesundheitsförderung besteht und dass damit eine Basis geschaffen wird, um viele der für das Problemfeld der psychogenen Erkrankungen relevanten Fragen stringent und selbstverständlich in die Gesundheitsförderung einbeziehen zu können, das wird im Folgenden noch deutlicher werden. Mit dem Blick auf die Stressreaktion sei nur schon einmal darauf hingewiesen, dass die hier vorgeschlagene konsequente Erweiterung bzw. Ausformulierung des Stressbegriffs als „Emotionsstörung“ (Scherer, 1990, S. 22) bzw. als „übernormal lang andauernde und überintensive Emotion“ (ebd.) es möglich macht, auch solche Themen im Rahmen unspezifischer Gesundheitsförderungsangebote zu berücksichtigen, die bisher in der Regel nur im Rahmen von Psychoedukation oder als Gegenstand spezieller Programme, beispielsweise

zur Prävention von Angst und von Depression berücksichtigt werden (vgl. zu den Letztgenannten z.B. Junge u.a., 2001; Manz, 2001b; Neumer u.a., 2001). Im Verlauf der weiteren Argumentation wird sich noch zeigen, dass zwischen solchen spezifischen Programmen und den oben unter 7.2.1 bereits vorgestellten unspezifischen Stressbewältigungskonzepten und Gesundheitsförderungskonzepten zahlreiche Überschneidungen bestehen.

Zweitens gilt es, diesen auf der Stressachsen-Konzeption von Henry – und vielen anderen Forschungsergebnissen mehr – basierenden Grundgedanken mit den möglichen gesundheits-schädlichen Auswirkungen von chronischem Stress in Beziehung zu setzen. Dabei ist herauszuarbeiten, dass zwar die psychoneuroimmunologischen Wirkungen der verschiedenen Emotionen noch nicht vollständig erforscht und entschlüsselt sind, dass es aber dennoch zahlreiche Anhaltspunkte gibt, die hoffen lassen, dass sich „perspektivisch... wahrscheinlich eindeutiger psychosomatische Reaktionen und Erkrankungen erklären (lassen)“ (Seefeldt, S. 46).

Die emotionsspezifische Sichtweise ermöglicht es nicht nur – wie in den bereits vorliegenden Programmen üblich –, Bezüge zu allgemeinen Stresssymptomen und zu den verschiedenen Risikoverhaltensweisen herzustellen. Eine solche Perspektive ist insbesondere auch für die sekundäre und tertiäre Prävention von Bedeutung, weil sie es darüber hinaus auch erlaubt, Verbindungen zu potentiellen stressbedingten bzw. „psychosomatischen“ Krankheitsbildern anzusprechen. Neben dem illustrierenden Rückgriff auf geläufige „psychosomatische Redensarten“ (Teegen, S. 103 ff.) und dem Hinweis auf physiologische Veränderungen durch Sympathicus und Parasympathicus (ebd., S. 94) kann es dafür hilfreich sein, die stress- bzw. emotionsbedingten Zusammenhänge am Beispiel einzelner Krankheitsbilder zu erläutern. Ohne dass dabei eindeutige Zuordnungen zu bestimmten Krankheitsbildern vorgenommen werden müssten, können sich die Betroffenen an exemplarischen – möglichst auf die jeweilige Teilnehmergruppe abgestimmten – Beispielen vorstellen, wie es aufgrund schädigender Einflüsse von chronischem Stress auf verschiedene Organsysteme (z.B. Herz-Kreislauf-, Verdauungs- oder Immunsystem) auf Dauer zu Krankheitsmanifestationen kommen kann.

Auf diese Weise sollte sich eine emotionstheoretische Fundierung des Lazarus-Modells auch mit dem Blick auf die weite Verbreitung der eingangs dieser Arbeit beschriebenen psychogenen Störungen als hilfreich erweisen. Indem eine solche Perspektive es ermöglicht, diesbezügliche Probleme ganz selbstverständlich schon im „unverfänglichen“ Rahmen von Gesundheitsförderung zu thematisieren, stellt eine emotionsfokussierte Konzeption von Gesundheitsförderung eine realistische Möglichkeit zur Prävention psychogener Störungen und gegen die gefürchtete Chronifizierung diesbezüglicher Erkrankungen dar. In diesem Zusammenhang darf allerdings die rein kognitive Information nur die eine Seite der Medaille darstellen. Wesentlich wirkungsvoller ist es, wenn die Zusammenhänge zwischen Stressauslösern und Reaktion bzw. Krankheitssymptom „am eigenen Leibe“ gespürt werden, was nur möglich ist, wenn in der Gesundheitsförderung auch das Körpererleben und Spüren in ausreichendem Maße berücksichtigt und begünstigt wird. Dieser Aspekt wird später noch gesondert herausgestellt.

Drittens sollte – wenn im Weiteren die Bewertung von Situationen und eigenen Bewältigungsmöglichkeiten als zentrale Mittler der Stressreaktion herausgearbeitet werden – auch vermittelt werden, dass bei der Bewertung und Bewältigung von Stress nicht leicht zu verändernde Persönlichkeitsmuster wirksam werden, die ihrerseits eine Stressgeschichte oder besser eine emotionale Geschichte haben, in der Stress häufig eine große, außerordentlich prägende Rolle gespielt hat.

Wieweit es in diesem Zusammenhang hilfreich ist, ausgewählte Aspekte zu den verschiedenen, vorne in Kap. 3 dargestellten gesundheitsrelevanten Vulnerabilitäts- und Schutzfaktoren zu vermitteln, muss je nach Bezugsgruppe im Einzelfall entschieden werden. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Arbeit bietet sich auf jeden Fall die Möglichkeit an, Bezüge zu den für die jeweilige Adressatengruppe relevanten Persönlichkeitsmustern herzustellen und dabei auch bisher in der Gesundheitsdiskussion wenig beachtete, nichtsdestoweniger sehr verbreitete Muster wie das der Co-Abhängigkeit oder des Helfer-Syndroms zu akzentuieren. Wichtiger als eine umfassende und detaillierte Übermittlung der verschiedenen Persönlichkeits- und Verhaltensmuster scheint mir allerdings ein prägnantes Herausarbeiten der wesentlichen Gemeinsamkeiten und Unterschiede (vgl. bspw. das Fazit zu 3.3 oder das Vierquadrantenmodell von Shapiro in 3.2.2). Plakativ und sehr verkürzt ausgedrückt bedeutet dies, einerseits zu veranschaulichen, wie andauernde überzogene Kontrollbestrebungen und Verhaltensmuster der Gereiztheits-/Ärger-betonten Selbstdurchsetzung ebenso die Gesundheit beeinträchtigen können wie zu geringe Kontrollbestrebungen und Verhaltensmuster der Hilflosigkeit, der Überanpassung und des resignativen Rückzugs – und dem andererseits dann die gesundheitsförderlichen Bewertungs- und Bewältigungsmuster gegenüberzustellen, solche also, die mit einem Gefühl der Kompetenz sowie mit einem Erleben von Selbstwirksamkeit und der Handhabbarkeit von Anforderungen einhergehen bzw. unter Umständen auch ein gelassenes Akzeptieren des Unabänderlichen bedeuten können.

Wie darüber hinausgehend eine Sensibilisierung für eigene stressrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen zu erreichen ist, ob durch Fragebögen zur Erfassung des Typ-A-Verhaltens oder des Kohärenzsinn wie bei Kaluza (vgl. ebd., S. 85) oder durch Gespräche in der Gruppe in Verbindung evtl. mit kreativen Methoden der Erwachsenenbildung, wird in Abhängigkeit vom Kontext und vom verfügbaren Methodenrepertoire zu entscheiden sein. In jedem Fall teile ich die Ansicht von Kaluza, dass es nicht um „normative Diagnostik“ (ebd.) gehen darf. Vielmehr sollen sich Adressaten von Gesundheitsförderung eingeladen fühlen, ihre eigenen Muster zu erforschen und sich mit anderen darüber auszutauschen. Mit dieser Zielsetzung würde ich – auf Gemeinsamkeiten abhebend – eher betonen wollen, wie verbreitet gerade auch die gesundheitsriskanten Bewältigungs- und Verhaltensmuster sind, dass jeder „von uns“ die eine oder andere Form in unterschiedlicher Ausprägung kennt und dass es durchaus möglich ist, dass ein Mensch in einem Lebensbereich – beispielsweise im Beruf – recht selbstwirksam ist, in einem anderen Bereich – beispielsweise bei der Gestaltung seiner Ehebeziehung – sich aber hilflos fühlt. Dadurch soll neben einer Sensibilisierung für die eigenen Muster auch ein Verständnis für mögliche Unterschiede des Bewertungs- und Bewältigungsverhaltens in verschiedenen Situationen bzw. Lebensbereichen geschaffen werden.

Diese Überlegungen stellen nun, wenn man das Kaluza- oder auch das MBSR-Programm von Kabat-Zinn zugrunde legt, nicht unbedingt eine Ergänzung zu den bisher geläufigen Konzepten

dar. Sie sind aber insofern hervorzuheben, als sie zum einen eine Voraussetzung für den folgenden Schritt – die Einbeziehung der emotionalen Geschichte – bilden. Zum anderen ergibt sich im Gespräch mit Teilnehmern manchmal die Frage, ob es denn überhaupt möglich ist, solche tief in der Persönlichkeit verwurzelten Muster zu verändern. Hier kann erstens der Hinweis hilfreich sein, dass konkret verändertes Bewältigungsverhalten (s. dazu fünftens) manchmal verblüffende Auswirkungen hat, indem es einer Person neue und ungewohnte Erfahrungen ermöglicht und sie dadurch ermutigt wird, sich weiter in einer für sie bisher ungewohnten Weise zu erproben. In diesem Sinne unterstreichen die in 7.2.2.4 dargestellten Patientenerfahrungen mit dem Prinzip der Achtsamkeit die von Stierlin und Grossarth-Maticsek (1998 b, S. 54) geäußerte Annahme, dass oft kleine Impulse ausreichen, um einen sprunghaften Wandel anzustoßen. Hilfreich ist zweitens der Hinweis auf die Notwendigkeit kontinuierlicher und konsequenter Übung, durch die wir – um ein Bild des Hirnforschers Hüther zu benutzen – es zunehmend lernen können, von der Autobahn unserer gewohnheitsmäßigen Muster auf uns wohl tuende beschauliche Nebenstraßen oder Waldwege zu wechseln (vgl. Hüther, 1999, S. 7 ff.; vgl. a. LeDoux, 1998, S. 284 ff.). Drittens kann auch die ebenfalls von den Hirnforschern stammende Erkenntnis hilfreich sein (und neue bisher ungewohnte Perspektiven bieten), dass es gerade die Krisen und die schwierigen Lebensphasen sind, die geeignet sind, uns so zu erschüttern, dass wir uns für neue Möglichkeiten öffnen (vgl. Hüther, 1999 u. 2002). Solche Erkenntnisse der Hirnforschung müssen aus meiner Sicht nicht systematisch in ein Programm eingebaut werden, sondern dürfen dann einfließen, wenn es um entsprechende Themen oder Übungen (beispielsweise zum Umgang mit dysfunktionalem Denken oder mit Leid und Krisen) geht.

Der Hinweis auf die Persönlichkeitsmuster und deren „emotionale“ Genese eröffnet mit dem Blick auf die Stressauslöser viertens die Möglichkeit, aufzuzeigen, dass diese nicht nur äußere Anforderungen beinhalten, sondern ebenso innere Anforderungen (vgl. Becker, 1992 a, S. 102), darunter häufig auch solche, die aus der emotionalen Geschichte stammen. Zu diesen inneren Anforderungen können auch chronisch gewordene Emotionen gehören, die ihrerseits irgendwann im Verlauf der emotionalen Geschichte einmal eine Reaktion auf Stress darstellten und sich dann zu Hintergrundemotionen bzw. zu Stimmungen verdichtet haben. Dieses erweiterte Verständnis dessen, was ein Stressauslöser ist, ermöglicht es, auch belastende Emotionen und Erlebnisse sowie Themen, die normalerweise eher tabuisiert sind, zwar sehr vorsichtig, zugleich aber auch wie selbstverständlich in die Gesundheitsförderung einzubeziehen.

Die Einbeziehung dieses Gesichtspunktes, dass nämlich zu den Stressauslösern nicht alleine äußere Anforderungen zu zählen sind, sondern vielfach auch innere Themen, die aus der näheren oder ferneren emotionalen Geschichte herrühren, eröffnet einen Raum, der die Berücksichtigung aktueller Alltagsanforderungen ebenso erlaubt wie die Einbeziehung von kritischen Lebensereignissen und möglicherweise lange zurückliegenden, auf mehr oder weniger subtile Weise immer noch wirksamen emotionalen Belastungen. Darüber hinaus wird es dadurch auch möglich, zu thematisieren, dass Emotionen nicht alleine Reaktionen auf die verschiedensten Anforderungen und Situationen darstellen, sondern dass sie sich ihrerseits, in Form chronisch gewordener Hintergrundemotionen und Stimmungen wie beispielsweise Angst oder Depressivität, selber auch zu Stressauslösern entwickeln können.

Dabei ist kaum zu erwarten, dass KursteilnehmerInnen schon gleich zu Beginn eines Kurses diesbezügliche Themen offen legen. Auch ist nicht – wie in einer Psychotherapie – intendiert, solche Erlebniskomplexe zu aktivieren und aufzuarbeiten. Vielmehr geht es alleine darum, auch dieser Art von Stressauslösern in dem Wissensnetz, das während eines Kurses oder Seminars zu den Themen Stress und Emotionen geknüpft wird, einen Stellenwert zu geben. Wie im MBSR-Programm bereits mit Erfolg praktiziert, sollte eine (emotionsfokussierte) Gesundheitsförderung sich der Verbreitung menschlichen Leids bewusst sein¹⁵⁸ und durch die Gestaltung eines Klimas der Achtsamkeit und der liebevollen, bedingungslosen Wertschätzung einen Raum zur Verfügung stellen, in dem sich die Beteiligten auch mit ihren schmerzhaften und leidvollen Erfahrungen aufgehoben und gegebenenfalls ermuntert fühlen dürfen, diese bei Bedarf auch in der Gruppe zu thematisieren.

In diesem Zusammenhang geht es kaum um die Vermittlung expliziten Wissens. Das selbstverständliche Berücksichtigen auch dieser Art von Stressauslösern durch die Kursleitung und das „beiläufige“ Einflechten von Beispielen, darunter möglicherweise auch der persönlichen Erfahrung mit solchen inneren „Anforderungen“, eröffnet allerdings nach meiner Erfahrung häufig sehr bald einen Raum, in dem Menschen offener über belastende Emotionen und Erlebnisse zu sprechen beginnen. Wie wichtig eine solche Enttabuisierung psychischer Probleme, der Abbau diesbezüglicher Schambarrieren (vgl. vorne 1.3.4) und ein selbstverständlicher und solidaritätsfördernder Umgang mit der „Universalität des Leidens“ (Yalom, 2001, S. 25 f.) ist, wird immer wieder deutlich, wenn Teilnehmer äußern, wie wertvoll es für sie ist zu bemerken, dass andere auch (ähnliche) Probleme haben und sie nicht alleine damit sind.

¹⁵⁸ Vgl. dazu auch Antonovskys „Hauptthese“ (1993, S. 6). Danach hält er „die Annahme einer Homöostase als Normalzustand, der Glaube, daß, wenn nicht eine bestimmte Kombination bestimmter Umstände auftritt, Menschen nicht krank werden“ für fundamental inadäquat und geht demgegenüber davon aus, „daß Heterostase, Ungleichgewicht und Leid inhärente Bestandteile menschlicher Existenz sind, ebenso wie der Tod“ (ebd.). Seiner Argumentation, „daß die Pathogene ubiquitär, durchdringend und endemisch (sind)“ und „Pathologie ... weit häufiger vorkommt, als es vom pathogenen Ansatz angenommen wird“ (ebd., S. 7), hält der Gesundheitspsychologe Becker zwar exemplarisch eine repräsentative Stichprobe von 495 Einwohnern der Gemeinde Bad Schönborn im Alter von 33 bis 56 Jahren entgegen, wonach 71% der Teilnehmer ihre Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einstufen (vgl. Becker, 1998). Fraglich ist aber, welcher Gesundheitsbegriff dabei zugrunde gelegt wurde. Wenn man die in Kapitel 1 und 5 dieser Arbeit angesprochenen Aspekte berücksichtigen und die Gesundheit der befragten Menschen auch im Längsschnitt und im Lebensverlauf betrachten würde, dann sähe – so meine Vermutung – das Ergebnis wahrscheinlich anders aus.

Fünftens sollte in Bezug auf die der Stressreaktion folgende Copingphase vermittelt werden, dass Bewältigung genau genommen Emotionsbewältigung bedeutet und dementsprechend an allen Aspekten der Stressreaktion bzw. an allen Ebenen der Stress-Emotionen, also an der physiologischen Reaktion ebenso ansetzen kann wie an der kognitiven, der subjektiven oder der verhaltensbezogenen Ebene. Vor diesem Hintergrund sollte zwar der Vermittlung von problemorientierten Bewältigungsformen bzw. Problemlösekompetenzen, die in Bewältigungsforschung und Stressbewältigung häufig favorisiert werden, in jedem Fall großes Gewicht zukommen. Daneben sollte aber auch den (nach dem Verständnis der „traditionellen“ Bewältigungsforschung) emotionsorientierten Bewältigungsformen im engeren Sinne und hier vor allem auch dem kompetenten Umgang mit der subjektiven Ebene des Gefühls mehr Aufmerksamkeit zukommen, als dies in den bei uns verbreiteten Programmen der kognitiven Tradition bisher der Fall war. Insgesamt geht es darum, ein möglichst breites Repertoire von Bewältigungskompetenzen und einen flexiblen und kontextsensiblen Umgang damit zu vermitteln.

Zunächst ist aus der hier vertretenen Sichtweise von Bewältigung als Emotionsbewältigung nicht nur sehr schlüssig abzuleiten, weshalb einseitiges, den Gefühlen ausweichendes und die Probleme vermeidendes Verhalten zumindest auf Dauer der Gesundheit schadet. Es wird auch offensichtlich, warum ein möglichst breites, flexibel angewandtes Repertoire an Bewältigungsstrategien und -alternativen für die Förderung und den Erhalt der Gesundheit so notwendig und wichtig ist. In diesem Zusammenhang kann im Einklang mit vielen der bisherigen Programme nur unterstrichen werden, dass der Vermittlung von problemorientierten bzw. umweltgerichteten Bewältigungsstrategien große Aufmerksamkeit in der Gesundheitsförderung zukommen sollte. Die Relevanz des Kompetenzerlebens für das Wohlbefinden und für das Erleben positiver Emotionen wurde im Verlauf der Arbeit so wiederholt deutlich, dass die Wichtigkeit von je nach Bedarf zu „schulenden“ Kompetenzen sowie dementsprechenden Kompetenzspielräumen für die Gesundheitsförderung nicht genug betont werden kann.

Sehr viel stärker zu berücksichtigen, als dies bisher der Fall ist, ist dagegen meines Erachtens der Bereich der kommunikativen Kompetenzen. Zwar sind in einigen Programmen diesbezügliche Elemente berücksichtigt. Da aber die kommunikativen Kompetenzen für einen gelingenden Austausch mit der Umwelt von so zentraler Bedeutung sind und letztlich einen Kernaspekt aller umweltgerichteten Aktivitäten darstellen, sollte dieser Bereich im Rahmen von Gesundheitsförderung noch sehr viel systematischer und ausführlicher berücksichtigt werden. Besonderes Augenmerk sollte dabei nicht alleine auf die Bereiche Schule und Beruf gerichtet werden, sondern auch auf die Kompetenzvermittlung im Privaten, beispielsweise in der Partnerschaft, ein angesichts der Gesundheitsgefährdungen durch belastete Partnerschaften und der hohen Scheidungsraten in unserer Gesellschaft bisher noch wenig berücksichtigter Bereich (vgl. Bodenmann, 2002).

Auch aus eigener Erfahrung mit unterschiedlichsten Adressaten von Gesundheitsförderung kann ich nur betonen, wie zentral die kommunikativen Kompetenzen für beinahe jede Art der Problembewältigung sind und wie begierig viele Menschen sind, in ihrem kommunikativen Verhalten etwas Neues zu erlernen und auszuprobieren. Manchmal reichen vergleichsweise einfache pädagogische Anregungen, ermutigende Beispiele von anderen oder kleinere Rollen-

einfache pädagogische Anregungen, ermutigende Beispiele von anderen oder kleinere Rollenspiele, um Menschen in dieser Hinsicht zu ermutigen. Häufig wird aber auch der Wunsch nach einer Vertiefung dieser Thematik geäußert. Vor diesem Hintergrund wäre es außerordentlich wünschenswert, wenn im Rahmen von Gesundheitsförderung ausreichend Zeit und Gelegenheit für die Entwicklung dieser Kompetenzen zur Verfügung stünde. Den Kontext von Gesundheitsförderung und die Möglichkeiten, die das lebendige Lernen in einer Gruppe bietet, im Sinne einer Nutzung vorhandener Ressourcen vollständig wahrzunehmen, bietet sich auch gerade da an, wo es darum geht, Menschen anzusprechen, die sich vor ungewollten psychologischen Etikettierungen und Interpretationen fürchten. In diesem Zusammenhang könnte die Förderung kommunikativer Kompetenzen einen hilfreichen, bisher allerdings zu wenig genutzten Ansatz darstellen, um beispielsweise auch psychosomatisch belasteten Menschen einen – wohl auch im Sinne Mitscherlichs – gelungeneren Umgang mit sich selbst und ihrer Umwelt zu vermitteln und Wege aufzuzeigen, die geeignet sind, Fehlformen der Erlebnisverarbeitung zu überwinden (vgl. vorne 4.3 bzw. Mitscherlich, S. 34).

Vor einer möglichen Umsetzung dieser Empfehlung wäre es allerdings wünschenswert, die hauptsächlichen und wesentlichen Kommunikationsprobleme noch weiter zu systematisieren, um daran ansetzend gezielte Kompetenzschulungen anbieten zu können. Ganz zentral dürfte es wohl um eine Verbesserung „der Fähigkeit, die Bedürfnisse von großer/größter gefühlsmäßiger Bedeutung zu äußern und zu befriedigen“ (Grossarth-Maticek, S. 35) gehen sowie um die verschiedensten „Bereiche selbstsicheren Verhaltens“ (Kaluza, 1996, S. 108). Aus der praktischen Erfahrung scheinen dabei insbesondere die folgenden Bereiche kommunikativen Verhaltens wichtig: Besondere Aufmerksamkeit sollte dem Äußern von Gefühlen sowie von Wünschen und Forderungen entgegengebracht werden, Lernzielen also, denen Franke (1991) bzw. Franke u. Möller (1993) in ihrem Programm Raum gegeben haben. Dies würde ich noch um die Fähigkeit, „Nein“ zu sagen und Grenzen zu ziehen, ergänzen wollen, einem Aspekt, der nicht nur bei der Auseinandersetzung mit co-abhängigem Verhalten ins Blickfeld tritt (vgl. Kap. 5.2.2), sondern mir aufgrund meines diesbezüglich geschulten Blicks auch in unterschiedlichsten, nicht nur beruflichen Kontexten ständig begegnet. Schließlich geht es auch um die Erweiterung solcher selbstregulatorischer Fähigkeiten, die ein sozialverträgliches Abreagieren von Emotionen, insbesondere von Ärger erlauben (vgl. dazu Reschke u. Schröder, 2000). Nicht zuletzt wäre vor dem Hintergrund des Kap. 3.2.4 zu klären, welche Kompetenzen Menschen – hier vor allem auch chronisch kranke Menschen – benötigen, um ihre sozialen Beziehungen gut gestalten zu können und die Formen der Unterstützung und des für sie notwendigen sozialen Rückhalts zu bekommen, die/den sie brauchen (vgl. Kaluza, 2004, S. 163).

Sehr viel eingehender sollten neben den umweltgerichteten Regulationsaktivitäten **die selbstgerichteten Kompetenzen** beachtet werden. (Die Unterscheidung zwischen „umweltgerichteter“ und „selbstgerichteter Regulation“ stammt von Schröder, 1997, S. 158). Diesbezüglich werden in den bisher vorliegenden kognitiven Programmen vor allem das Lernziel 1, d.h. verschiedene Entspannungsmethoden, und das Lernziel 6, also Anregungen zur Veränderung dysfunktionaler Denkmuster, vermittelt. Bewegung (das Lernziel 2) wird systematisch einzig im MBSR-Programm, d.h. im Rahmen der anderen untersuchten Konzepte gar nicht vermittelt. (Das 2004 neu aufgelegte Kaluza-Programm bildet insofern eine Ausnahme, als hier der Aspekt Bewegung zumindest fakultativ vorgesehen ist, d.h. für den Fall, dass es die Zeit erlaubt.) Sensibilisierung der Körper- und Gefühlswahrnehmung, also die Lernziele 3 und 4, wird zwar vereinzelt thematisiert und berücksichtigt, bleibt aber – wenn man die in der Bundesrepublik

verbreiteten kognitiven Programme mit dem MBSR-Programm vergleicht – insgesamt doch sehr unterbelichtet. Vor diesem Hintergrund wird in den folgenden Passagen noch dezidierter herausgearbeitet, welche selbstgerichteten Strategien aus der hier vertretenen Sicht von Gesundheitsförderung noch zu vertiefen oder zusätzlich zu vermitteln sind. Dort wird auch der Aspekt der Vermittlung von Leid- und Krisenbewältigungsfähigkeiten noch einmal herausgearbeitet.

Zusammenfassend und im Einklang mit den bereits vorliegenden Programmen zur Gesundheitsförderung sei noch einmal erwähnt, dass es insgesamt natürlich darum geht, ein möglichst breites Repertoire von Bewältigungskompetenzen und einen flexiblen Umgang damit zu vermitteln. Um dabei das Angebot möglichst optimal auf die jeweiligen Adressaten abzustimmen, sollte allerdings auch der Vorschlag von Shapiro und Astin (vgl. 1998) im Auge behalten werden, wonach das hier bereits unter drittens erwähnte Vierquadrantenmodell nicht nur für die Diagnose nützlich ist, sondern möglicherweise auch für die optimale Abstimmung der Interventionen hilfreich sein kann (vgl. vorne 3.2.2).

Sechstens sollte eine emotionsfokussierte Konzeption von Gesundheitsförderung wesentlich mehr, als dies bei den bisher vorherrschenden kognitiven Programmen der Fall ist, dem Körpererleben Raum geben und der Spürfähigkeit wie der Sensibilisierung der Körperwahrnehmung größere Beachtung zukommen zu lassen. Es gilt, wie Stierlin u. Grossarth-Maticsek (2000, S. 44) es ausgedrückt haben, den Körper als Ort „eines sich selbst regulierenden Geschehens“ und als Grundlage körpergeleiteter „Lern- und Unterscheidungsprozesse“ wiederzuentdecken, von denen ausgehend immer wieder die Bedingungen herzustellen sind, unter denen Selbstregulation möglich ist. Darüber hinaus ist es aufgrund der vorliegenden Analysen und Ergebnisse auch notwendig, im Rahmen von Gesundheitsförderung nicht nur verschiedene Entspannungsmethoden einzuüben, sondern auch ganz gezielt geeignete Bewegungsformen zu vermitteln.

Die eingehende Beschäftigung mit den Emotionen, die unter anderem deren tiefe Körperbezogenheit deutlich gemacht hat, lässt es notwendig erscheinen, dem Körpererleben sehr viel mehr Aufmerksamkeit zu schenken, als dies in den gängigen kognitiven Programmen bisher der Fall ist. Während diese in der Regel einzig auf die verschiedenen Formen des Entspannungstrainings fokussieren, hat sich im Verlauf der vorliegenden Arbeit herausgestellt, dass mit dem Blick auf eine emotionsfokussierte Gesundheitsförderung eine Reihe weiterer Aspekte wünschenswert ist. Zum einen ist dem Körpererleben und der Sensibilisierung der Körperwahrnehmung sehr viel mehr Raum zu geben. Diese Aspekte werden zwar beispielsweise im Gesundheitsförderungsprogramm von Kaluza auch erwähnt. Dennoch kann ich mich – auch aufgrund von einschlägigen, mir berichteten Teilnehmererfahrungen – des Eindrucks nicht erwehren, dass die dort präferierte progressive Muskelrelaxation (PMR) sehr leicht alleine zum Erreichen von Entspannungseffekten funktionalisiert werden kann und – entgegen dem Anliegen ihres Begründers – dem Spüren der Körperempfindungen und der emotionalen Reaktionen nicht unbedingt der Raum gegeben werden muss, der aus Sicht einer emotionsfokussierten Gesundheitsförderung wünschenswert wäre. Die Selbstregulation chronisch gestresster Menschen ist häufig erheblich gestört (vgl. die Stufen der Selbstregulation von Hecht u. Balzer, zit. n. Stück,

S. 44). Auch bedarf es in einer von äußeren Zeitgebern durchdrungenen Welt gezielter Hinwendung und Übung, um ein auf die körpereigenen Bedürfnisse und Rhythmen abgestimmtes, subjektiv stimmiges Zeitmaß und eine damit übereinstimmende Lebensweise zu entdecken und zu entwickeln.

Vor diesem Hintergrund ist es nötig, auch solche Methoden in die Gesundheitsförderung zu integrieren, die explizit auf den Körper als wesentliche Quelle der Selbsterfahrung sowie auf die Sensibilisierung der Körperwahrnehmung abzielen und eine Ahnung davon vermitteln, wie eine „verkörperte“, im Einklang mit den Rhythmen und Zyklen des Körpers stehende Lebensweise (vgl. vorne 7.1.2) sich anfühlen könnte. Adäquat vermittelt kann sicher auch die PMR zu dieser Zielsetzung beitragen. Da sie aber im Spektrum der verschiedenen Entspannungsmethoden als vor allem somatisch orientierte Methode eingeordnet wird (vgl. 6.2.1.7), sollten mit dem Blick auf die Umsetzung dieser Ziele vor allem auch Formen der Meditation in Ruhe und in Bewegung berücksichtigt werden, die auf die Emotionen als Ganzes zielen und geeignet sind, diese mit all ihren Komponenten in den Blick zu nehmen.¹⁵⁹

Dabei sollten aus einer emotionsfokussierten Konzeption von Gesundheitsförderung nicht nur Entspannungselemente, sondern wesentlich auch ausgewählte Elemente der Bewegung (z.B. das Yoga) vermittelt oder wie das verbreitete Walken zumindest empfohlen und auch solche Verfahren (z.B. das Qi Gong) berücksichtigt werden, die bisher noch nicht erwähnt wurden, dennoch aber in der Gesundheitsförderung anerkannt sind (vgl. zum Letztgenannten: Altner, 1998). Diese sind nicht nur wegen ihrer allgemeinen gesundheitsförderlichen Wirkung von Nutzen – oder weil sie wie das Yoga eine reiche Quelle physischer und psychischer Selbsterfahrung darstellen. Da Bewegung das emotionale Erleben positiv beeinflusst und, wie einschlägige Forschungsergebnisse nahelegen, speziell bei Angst und bei Depressionen vielfach auch therapeutische Wirkungen zeigt, gilt es, diesen Wirkmechanismus in der Prävention psychogener Störungen ganz gezielt zu nutzen.

¹⁵⁹ Erste, allerdings sehr grobe Hinweise zu möglichen Unterschieden zwischen den verschiedenen Verfahren bietet eine Diplomarbeit, welche die Wirkung der Achtsamkeitsmeditation im Kontrollgruppenvergleich mit der Progressiven Muskelrelaxation hinsichtlich der Veränderung psychopathologischer Symptombelastung untersucht hat (Meibert, 2003; vgl. ebd. im Anhang insbesondere auch die Protokolle zu Fragen und Mitteilungen der Versuchsteilnehmer).

Siebtens sollte mit der Schulung der Körperwahrnehmung auch eine sukzessive Sensibilisierung für die Gefühle und deren mögliche Hintergründe einhergehen. Gefühlswahrnehmung ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die den Emotionen implizite Orientierungs- und Bewertungsfunktion überhaupt zum Tragen kommen kann. Zugleich aber sind Gefühle häufig unter Schutzmechanismen verborgen, so dass es im Rahmen von Gesundheitsförderung schon ein realistisches Interventionsziel darstellen dürfte, wenn Menschen es zumindest ansatzweise lernen, eigene Gefühlszustände wahrzunehmen und zu beschreiben, und wenn sie in diesem Zusammenhang eine Bereitschaft entwickeln, auch diffusen und unklaren Stimmungen, latenten Spannungen und Gefühlen der Leere oder der Langeweile solange Aufmerksamkeit entgegenzubringen und diese auszuhalten, bis die darunter verborgenen Wünsche, Sehnsüchte und Anliegen wahrnehmbar werden. In diesem Zusammenhang sollte Gesundheitsförderung auch Strategien vermitteln, die für eine gelungene Bewältigung von belastenden Gefühlen sowie von Krisen und Leid hilfreich sind.

Die im letzten Abschnitt bereits angesprochene Notwendigkeit zur Sensibilisierung der Körperwahrnehmung ist nun nicht alleine als Voraussetzung für die Selbstregulation wichtig – und weil Menschen erst dadurch ihre körpereigenen Bedürfnisse, Rhythmen und Grenzen erfahren bzw. zu erfahren lernen. Eine „Alphabetisierung des Körpers“ (Herzog, S. 293) ist auch gerade deshalb von Bedeutung, weil körperliche Spürfähigkeit und ein sensibles Wahrnehmen des ganzen Spektrums möglicher körperlicher Empfindungen eine wesentliche Basis darstellen, von der aus die Gefühle erschlossen und häufig erst ins Bewusstsein gelangen können, was wiederum die Voraussetzung dafür ist, dass deren Orientierungs- und Bewertungsfunktion für das eigene Wohlbefinden und für den geglückten Austausch mit uns selber und mit unserer Umwelt überhaupt genutzt werden.

Nun war im Verlauf der vorliegenden Arbeit zwar deutlich geworden, wie wichtig eine sensible Wahrnehmung von Gefühlen ist, damit ein Mensch einen inneren Wert und Verhaltensmaßstab entwickeln kann, der erst ihm wiederum zunehmende Selbstverwirklichung bzw., wie Rogers es ausgedrückt hat, zunehmende Selbstaktualisierung ermöglicht. Zugleich sind Schwierigkeiten im Umgang mit Emotionen aber sehr verbreitet. Für viele Menschen besteht das Problem darin, ihre Gefühle überhaupt deutlich und nuanciert zu erleben. Diese sind nicht nur häufig unter Schutz- und Abwehrmechanismen verborgen. Gesellschaftlich sehr verbreitet ist auch der Einsatz vielfältiger Suchtmittel und Suchtverhaltensweisen, die u.a. dazu dienen, unlustbetonte und als negativ erlebte Gefühle zu dämpfen und ihnen auszuweichen. Darüber hinaus fällt es vielen Menschen schwer, ihre Emotionen in kongruenter und angemessener Weise auszudrücken, was wiederum eine Voraussetzung für gelingende Kommunikation und den geglückten Austausch mit der Umwelt wäre.

Vor diesem Hintergrund und in Anbetracht der hier nur angedeuteten, in der vorliegenden Arbeit aber unmissverständlich deutlich gewordenen, grundlegenden Bedeutung der Emotionen für das physische, psychische und soziale Wohlbefinden scheint es mir daher wesentlich, im Rahmen von Gesundheitsförderung zumindest deren zentralen Stellenwert für unsere Gesundheit wie auch für unser Selbst- und Welterleben herauszuarbeiten und darüber hinaus Grundlagen zur Wahrnehmung und zum Umgang mit Emotionen zu vermitteln. Dazu gehören zum einen die oben bereits angesprochenen kommunikativen Kompetenzen. Es sollte aber auch deutlich werden, dass die Voraussetzung für eine gelungene Kommunikation mit der Umwelt

erst einmal die gelungene Kommunikation mit sich selber ist, in diesem Zusammenhang eben auch die Fähigkeit, nicht nur positive und angenehme, sondern auch unlustbetonte und mit Leid verbundene Emotionen erkennen und durchleben zu können, bis deutlich ist, wohin sie uns führen wollen. In welchem Maße es möglich ist, ein solches Anliegen auch in einem nicht-therapeutischen Rahmen zu vermitteln, dafür liefert meines Erachtens das MBSR-Programm sehr überzeugende Ansatzmöglichkeiten.

Es gibt daher gute Gründe für die Annahme, dass ein emotionszentriertes Angebot zur Gesundheitsförderung besonders auch für solche Menschen einen Beitrag zur Mobilisierung individueller und sozialer salutogener Ressourcen darstellen könnte, die wenig über psychische und psychosomatische Zusammenhänge wissen und bisher sehr wenig darüber nachgedacht haben, wie und warum sie etwas fühlen, denken oder wollen. Darüber hinaus dürfte die ausdrückliche Einbettung eines solchen Programms in den Kontext von Gesundheitsförderung und nicht von Therapie vor allem auch für all diejenigen Menschen eine Chance darstellen, die sich vom landläufigen Verständnis von Psychosomatik als Subjekt nicht ausreichend verstanden fühlen (vgl. dazu die Kritik Schmidbauers <1986 > am objektivierenden Vorgehen der Psychosomatik, die Mühe habe, das Innere und die subjektive Erlebniswelt der Betroffenen zu erreichen). So dürfte ein gemeinsames erfahrungsbezogenes Lernen in der Gruppe und der dadurch gebotene soziale Rückhalt gerade auch für die Menschen, die als alexithym gelten, d.h. als seelenblind und als unfähig, Gefühle zu äußern, einige Chancen zur Gewinnung oder Wiedergewinnung eines emotional begründeten Verständnisses des eigenen Selbst bieten.

Auch aus Sicht der Betroffenen hat Gesundheitsförderung gegenüber den traditionellen Zugängen (Psychosomatik und Psychotherapie) den Vorteil, dass sie einen nicht tabubesetzten Rahmen bietet. In diesem können beispielsweise die Ursachen von Körperentfremdung und der Schwierigkeit des Äußerns von Gefühlen als auch gesellschaftlich bedingte erörtert oder die möglichen Hintergründe chronisch belastender Emotionen bei Bedarf auch relativ fern vom betroffenen Individuum thematisiert werden.¹⁶⁰ Ebenso selbstverständlich kann auch der Umgang mit emotionalen Reaktionen klinischer oder subklinischer Ausprägung in den Rahmen von Gesundheitsförderung einbezogen werden, einfach weil die psychoedukative Vermittlung entsprechender Inhalte beinahe ohne zusätzlichen Aufwand in die einem emotionszentrierten Programm inhärenten Diskussions- und Übungsprozesse einbezogen werden kann. Als Beispiel sei hier wieder das MBSR-Programm genannt, das einen gesundheitsförderlichen Umgang mit Emotionen nahelegt, der beispielsweise für den Umgang mit Angst mit den in einschlägigen Programmen vermittelten Vorstellungen außergewöhnlich kompatibel ist (vgl. Alsleben u.a., 2004; Schröder, 2000).¹⁶¹ Ähnliche Beispiele ließen sich auch für den Umgang mit Depressio-

¹⁶⁰ In diesem Zusammenhang sei ein Auswertungsgespräch mit einer Gruppe erwähnt, die intensiv am Thema Schmerz gearbeitet hatte und sich am Ende des Gruppenprozesses sehr dankbar darüber zeigte, dass ein solches Mind/Body-Programm überhaupt existierte. Es sei ein Glücksfall, dass sie mit einem solchen Angebot in Kontakt gekommen seien, nur leider sei dies viel zu spät der Fall. Auf meine Bemerkung, dass es ja auch andere Möglichkeiten gegeben hätte, an körperlich-seelischen Zusammenhängen zu arbeiten, beispielsweise im Rahmen der Psychosomatik, meinte eine Teilnehmerin unter Zustimmung der anderen: „Dahin wären wir ja nicht gegangen.“

¹⁶¹ Wie einfach es sein kann, ein Thema wie den Umgang mit Angst zu integrieren, soll ebenfalls an einem Beispiel illustriert werden. Als sich im Rahmen eines von einer Krankenkasse geförderten Kurses eine Teilnehmerin als Angstpatientin „outete“, äußerten gleich drei oder vier (von insgesamt 9) weitere Teilnehmerinnen, dass sie ebenfalls von der Problematik betroffen seien. Unter Einbeziehung dessen, was die Erstgenannte in ihrer Verhaltenstherapie gelernt hatte, haben wir dann in der Gruppe besprochen und geübt, wie man das Prinzip der Achtsamkeit auch auf den Umgang mit Angst anwenden kann.

nen anführen, wobei hier stattdessen auf einen Selbsthilfe-Ratgeber verwiesen wird, den ein selbst betroffener und meditationserfahrener Psychotherapeut für andere Betroffene verfasst hat (vgl. Martin, 1999).

Es sollte achtens das Augenmerk nicht alleine auf die Stressreaktion gerichtet werden, sondern auch auf die Bedeutung von Wohlbefinden und Homöostase für die Gesundheit. Nachdem in 7.1.2 herausgearbeitet wurde, dass die Ausrichtung am subjektiven Wohlbefinden ein grundlegendes und – vermittelt über die verschiedenen positiven Emotionen und den Zustand der Homöostase im Organismus – auch ein leicht zugängliches Kriterium für eine erfolgreiche und gesundheitsförderliche Selbstregulation ist, ist es wichtig, in der Gesundheitsförderung ausdrücklich auch für die Wahrnehmung positiver Emotionen zu sensibilisieren sowie dafür, wie Emotionen der Freude und der Gelassenheit erreicht und in den Alltag integriert werden können.

Dieser Aspekt ist insofern nicht eigentlich neu, als in einigen der vorgestellten Stressbewältigungs- und Gesundheitsförderungsprogramme dem Genusstraining und dem Erleben angenehmer Situationen bereits Raum gegeben wird. Wie wichtig eine solche Ausrichtung ist, wird immer dann deutlich, wenn Menschen feststellen, dass es bei genauer Selbstbeobachtung doch sehr viel mehr Positives in ihrem Leben gibt, als sie bisher annahmen, und dass sie mehr Wahlmöglichkeiten haben, ihre Aufmerksamkeit auf „Angenehmes“ zu richten, als ihnen bisher bewusst war.

Neu an der hier vorgeschlagenen Perspektive ist eher, dass die Emotionen in den Mittelpunkt gestellt werden und sozusagen den Schlüsselbereich darstellen, von dem ausgehend ein Mensch sich über die für ihn wichtigsten Bedürfnisse orientieren und sein Handeln leiten lassen kann. Konsequenter verfolgt und in ein kohärentes Bezugssystem gestellt, wie es hier mit der Verbindung aus Lazarus-Modell und Gesundheits-Krankheits-Kontinuum versucht und vorgestellt wurde, sollte im Rahmen von Gesundheitsförderung daher vermittelt werden, wie wichtig die Bewertungs- und Orientierungsfunktion der Emotionen oder mit anderen Worten der diesbezügliche körpergeleitete „Lern- und Unterscheidungsprozess“ (Stierlin u. Grossarth-Maticsek, 2000, S. 44) ist, um die Weisheit der Emotionen für unser Wohlbefinden und für den gegliückten Austausch mit uns selber und unserer Umwelt nutzen zu lernen. Dies zu Ende gedacht, bietet – trotz der prägenden Kraft unserer habitualisierten Verhaltens- und Bewältigungsmuster – doch auch jeder Moment eine neue Chance und vielfältige Möglichkeiten, uns in unserer Art der Lebensbewältigung und damit zugleich auch innerhalb des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums neu zu orientieren.

Um das zu erreichen, dafür zeigen das Genusstraining und die Schulung der Achtsamkeit für angenehme Erlebnisse bereits sehr hilfreiche Wege auf. Diese könnten sich insbesondere auch für einen gesundheitsförderlichen Umgang mit dem Thema Ernährung als hilfreich erweisen, ein Aspekt, der hier weitgehend vernachlässigt wurde. Darüber hinaus gilt es aber noch genauer zu erforschen, mithilfe welcher (weiterer) Methoden Wohlbefinden auch noch erreicht und gefördert werden kann. Bisher wissen wir über die Möglichkeiten zur Beeinflussung unlustbetonter Emotionen sehr viel mehr als über solche zum Erreichen positiver emotionaler Zustände. Dennoch hat das Kapitel 2.5.4 bereits einige Anregungen geben können, wie positive Emotionen

nicht nur durch bewussten Genuss, sondern auch durch Steuerung der Aufmerksamkeit und durch Verankerung guter (Denk-)Gewohnheiten kultiviert werden können (vgl. dazu insbesondere auch Klein, 2002). Ein weiteres dafür wichtiges Instrument ist – nicht nur aufgrund der Erfahrungen vieler Praktizierender, sondern ebenso nach neuesten Forschungsergebnissen – auch die Meditation (vgl. Davidson u.a., 2003).

Schließlich soll an dieser Stelle auch betont werden, dass in der Gesundheitsförderung unbedingt die Bedeutung des sozialen Rückhalts für das Wohlbefinden berücksichtigt werden sollte. Ob dies allerdings wie bei Reschke und Schröder (2000) oder bei Kaluza (2004) durch eine gezielte Auseinandersetzung mit der Thematik im Rahmen einer Kursstunde erfolgen sollte oder ob es reicht, wenn Menschen die wohltuende Wirkung sozialer Unterstützung im Rahmen des Gruppengeschehens einfach nur erleben, dieser Frage soll hier nicht weiter nachgegangen werden (vgl. zur Kraftquelle, die eine Gruppe darstellen kann, auch vorne 6.2.1.8 und die Teilnehmeräußerungen unter 7.2.2.4/Lernziel 7).

Neben diesen in der Gesundheitsförderung bereits praktizierten Wegen und Methoden gilt es, auch all die Spuren zu verfolgen und die daraus resultierenden Anregungen nach entsprechender Prüfung gegebenenfalls noch in entsprechende Programme einzubeziehen, die zur Förderung von positivem emotionalen Erleben und psychischem Wohlbefinden geeignet erscheinen. Erwähnt seien in diesem Zusammenhang nur der populäre und sich zunehmend ausbreitende Ansatz der Lachtherapie (vgl. Ohm, 1997; vgl. a. im Internet unter google das Stichwort „lachyoga“ und dort alle Hinweise auf diesbezügliche Forschungsergebnisse) und das Biodanza, eine Methode des Identitätsausdrucks in der Bewegung, die, aus Südamerika stammend, in einigen europäischen Ländern bereits mit Erfolg durchgeführt wird und zur Zeit an der Universität Leipzig erprobt und erforscht wird (vgl. Stück, 2004).

Mit dem Blick auf die Vermittlung von emotionaler Kompetenz sollte in der Gesundheitsförderung neuntens verstärkt die einprägsame und zugleich überzeugende und wirkungsvolle Kraft der Achtsamkeitsübung genutzt werden. Achtsamkeit, die Fähigkeit, bewusst und mit ungeteilter und nicht wertender Aufmerksamkeit im gegenwärtigen Moment zu sein, ist nicht nur hilfreich, um sensibler für innere und äußere Vorgänge zu werden und Raum zwischen Stressauslösern und Stressreaktion zu schaffen. Menschen bekommen dadurch auch einen tieferen Zugang zu ihren inneren Ressourcen und gewinnen an Klarheit für neue, kreative Entscheidungen. Achtsamkeit trägt in hohem Maße zur Verbesserung von Selbstwahrnehmung und Selbstregulation bei, und die große Akzeptanz dieses Konzepts bei den unterschiedlichsten Adressaten von Gesundheitsförderung lässt es empfehlenswert erscheinen, dieses Prinzip möglichst breitenwirksam für die Gesundheitsförderung zu berücksichtigen.

Nach Goleman stellt Achtsamkeit den „Grundpfeiler“, die „grundlegende emotionale Kompetenz“ dar (1998 a, S. 68), auf der alle anderen aufbauen. Dabei ermöglicht sie einen sehr sanften und wenig bedrohlichen Zugang zur emotionalen Selbstwahrnehmung und erlaubt auch denjenigen eine Beschäftigung mit ihren emotionalen Prozessen und tief verwurzelten Gedanken- und Gefühlsmustern (Bewertungs- und Bewältigungsmustern), die unter anderen Umständen vor „Selbsterfahrung“ möglicherweise zurückschrecken würden. Achtsamkeit gestattet eine ständige Verfeinerung und Erweiterung der eigenen Wahrnehmungsprozesse in einem Maß, das

jeder selbst bestimmt. Sie unterstützt die selbstreflexive Wahrnehmung der eigenen Erfahrung und öffnet Raum für bewusstes Handeln. Viele Dinge werden klarer und Entscheidungsspielräume deutlich, wenn es gelingt, Probleme mit einem gewissen Abstand zu betrachten und von der gewohnheitsmäßigen Reaktionsweise auf ein bewusstes und präsenten Handeln umzuschalten. Darüber hinaus ermuntert Achtsamkeit zu einem akzeptierenden und achtsamen Umgang mit sich selbst und anderen. Und schließlich eröffnet sie nicht nur einen bewussten und hilfreichen Weg zum Umgang mit schwierigen Emotionen, Leid und Krisen. Sie erweitert auch den Blick für das Positive im Leben und bildet so eine Basis für größeres Wohlbefinden und Lebensgenuss.

Vor diesem Hintergrund wird nachvollziehbar, dass das Konzept der Achtsamkeit einen sehr einfachen und für viele Menschen schlüssigen Weg vermittelt, der geeignet ist, die verschiedenen Teilaspekte emotionaler Kompetenz zu integrieren und zu einem kohärenten Ganzen zu verbinden. Für die Überzeugungs- und Integrationskraft dieses Konzepts spricht nicht nur seine Bedeutung für die Gesundheitsförderung (vgl. Majumdar, 2000), sondern auch seine zunehmende Verbreitung in Therapie und Pädagogik. Achtsamkeitsbasierte Ansätze liegen inzwischen für die Therapie bzw. Rückfallprophylaxe bei Depression (Segal u.a., 2002), für die Therapie bei Borderlinestörung (Linehan, 1996a u. b) und für den Suchtbereich (vgl. Scholz, 1992; vgl. a. Marlatt, zit. n. Heidenreich u. Michalak, 2003) vor. In diesem Zusammenhang sei nur erwähnt, dass sich das vorne vorgestellte Achtsamkeitsprogramm (vgl. Kap. 7.2.2) auch als Unterstützung bei der Reduzierung des Tabakkonsums bei Krankenhauspersonal bewährt hat (vgl. Altner u.a., 2004). Darüber hinaus wird Achtsamkeit auch als Teilkonzept im Rahmen verschiedener anderer Therapieansätze verwendet (vgl. Potreck-Rose u. Jacob, 2003; Reddemann, 2001). So erstaunt es nicht, dass „mindfulness“ Gegenstand einer ganzen Artikelserie in der Zeitschrift *clinical psychology* und auf der 37. Jahrestagung der AABT (Association for Advancement of Behavior Therapy) in Boston sogar „das Thema“ war (Kuhr, 2003, S 22; Hervorh. i. Original/U.F.). Auch hat – wie Kabat-Zinn (2004) anlässlich eines Vortrags an der University of Wales berichtete – inzwischen sogar die oberste amerikanische Gesundheitsbehörde, das National Institute of Health (NIH), dem Thema „Mindfulness, Meditation and Health“ ein ganztägiges Symposium gewidmet. Neben dieser zunehmenden Verbreitung im präventiv-rehabilitativen Kontext sowie in der Therapie wird dem Prinzip Achtsamkeit aber auch in der Pädagogik (vgl. Hofmann 2004; Dreitzel, 1998), im Rahmen der Entwicklung von Führungskräften (vgl. Hinze, 2001) und in populären psychologischen Medien (vgl. von Stern, 2004) wachsende Aufmerksamkeit geschenkt. Darüber hinaus häufen sich in jüngster Zeit die Versuche, Achtsamkeit im Sinne eines wissenschaftlichen Konzepts zu definieren und zu messen (vgl. für einen Überblick Baer u.a., 2004; vgl. a. Baer, 2004 sowie die Fußnote 149).

Eine noch zu klärende Frage ist die, ob und wieweit Achtsamkeit auch ohne kontinuierliche Übung ihre Wirksamkeit entfalten kann (vgl. Langer, in: von Stern, S. 22 f.). Im Rahmen des MBSR-Programms, das im Kontext von sekundärer und tertiärer Prävention entwickelt wurde, aber auch in der primären Prävention verbreitet ist, gilt die regelmäßige, möglichst tägliche Übung als Voraussetzung, um in den Genuss der gesundheitsförderlichen Wirkung von Achtsamkeit zu kommen. Dies wird von vielen Teilnehmern bestätigt, die das MBSR-Übungsrepertoire in ihrem Alltag nutzen, und liegt meines Erachtens auch nahe, da das Auftreten von Krankheit und Krankheitssymptomen ja signalisiert, dass die Selbstregulation „partiell oder ganz aus(setzt)“ und infolgedessen „durch therapeutische und präventive Maßnahmen neu

aufgebaut bzw. gestärkt werden muss“ (Hecht u. Balzer, zit. n. Stück, S. 44). Wieviel tägliche bzw. regelmäßige Übung auch auf den anderen „Stufen der Selbstregulation“ (ebd.) erforderlich ist, also dann, wenn es um Erhalt und Ausweitung von Gesundheit bzw. um Krankheitsvermeidung geht – dies zu klären, lässt noch weitere diesbezügliche Forschungsbemühungen wünschenswert erscheinen (zum Vorschlag des Berliner Instituts für Stressforschung vgl. ebd.). Wichtig erscheinen mir aber nicht nur eindeutige physiologische Daten und harte Kriterien, um im Rahmen von primärer und sekundärer Prävention fundierte Empfehlungen aussprechen zu können. Schließlich würde es dem Sinn der Achtsamkeit zutiefst widersprechen, wenn diesbezügliche Methoden nach dem Motto „wie entspanne ich möglichst schnell und rationell“ funktionalisiert würden.

Vielmehr gilt es zu betonen, dass Achtsamkeit letztlich einen Weg darstellt, der den Menschen mehr zu sich selber bringt, oder – wie es eine Patientin ausgedrückt hat – einen Weg, der ihr hilft, endlich die zu werden, die sie immer sein wollte. Dass das Prinzip Achtsamkeit weit entfernt von jeder Verhaltensmaßregelung ist und stattdessen sehr konsequent auf die Selbstreflexivität und Selbstregulationsfähigkeiten jedes Einzelnen rekurriert bzw. auf die Entwicklung eines inneren Verhaltensmaßstabs abzielt – dies macht es möglicherweise für viele Menschen so attraktiv und lohnenswert, dieses Prinzip für die eigene Gesundheit zu nutzen, und lässt es für das mit Gesundheitsförderung angestrebte Empowerment besonders geeignet erscheinen. Dass Achtsamkeit dabei letztlich viel mehr ist als ein für die Gesundheitsförderung oder auch für die Therapie hilfreiches Konzept und darüber hinaus auch auf ein Innehalten gegenüber äußeren Zwängen und auf eine bewusste, schöpferische Lebensgestaltung abzielt, stärkt noch ihre Anziehungskraft und rückt sie in die Nähe von Wegen zur Lebenskunst. So sprechen Segal, Williams und Teasdale von Achtsamkeit als einem „way of life rather than a short-term therapy“ (2002, S. 261) und die Autoren Heidenreich und Michalak (2003, S. 272) betonen, dass Achtsamkeit „in erster Linie ein Lebensprinzip darstellt und erst in zweiter Linie eine therapeutische Strategie“, was sie nach Ansicht der Autoren vor allem für den Einsatz im Rahmen präventiver Konzepte vielversprechend erscheinen lässt.

7.3.2.2 Allgemeine Überlegungen zur Umsetzung

Mit diesen Empfehlungen sind wesentliche Eckpunkte benannt, die aus inhaltlicher Sicht für eine emotionsfokussierte Ausrichtung der Gesundheitsförderung besonders wichtig erscheinen. Dabei wurde deutlich, welche Vielzahl an Möglichkeiten ein solcherart ergänztes und erweitertes Stressmodell bietet, um die zahlreichen Aspekte, die sich aus dem Problemfeld psychogener Erkrankungen ergeben, aufgreifen und berücksichtigen zu können.

Vielfältige Integrations- und Anknüpfungsmöglichkeiten

Den Blick zu weiten und nicht alleine den Risikofaktor Stress, sondern vielmehr das Risiko wie Ressourcen gleichermaßen berührende Thema „Emotionen“ in den Mittelpunkt zu stellen, ermöglicht es, in die Gesundheitsförderung und Prävention vielfältige Themen zu integrieren, die bisher entweder – wie die psychogenen Erkrankungen – in der primären Prävention gar nicht berücksichtigt wurden oder – wie in der sekundären und tertiären Prävention üblich – nur in Form von auf spezifische Krankheitsbilder zugeschnittenen Konzepten vorliegen. Unterzieht man im letztgenannten Fall dann aber die einschlägigen Patientenschulungsprogramme (für somatische Krankheiten) und psychoedukativen Programme (für psychische Krankheiten)

einer genaueren Betrachtung, dann wird deutlich, dass eigentlich die immer gleichen Programmelemente (Stressbewältigung und Entspannung, psychosoziale Kompetenzen, evtl. Kommunikation; evtl. Umgang mit dysfunktionalen Gedanken) mit krankheitsspezifischen Schulungsinhalten kombiniert und vermittelt werden. Vor diesem Hintergrund reduziert sich die schier unüberschaubare Fülle an Konzepten, die auf dem Gesundheitsmarkt vorfindbar ist, auf einige wenige – im Wesentlichen – immergleiche Bestandteile, wobei es allerdings interessant ist zu beobachten, wie sich die Grundideen der kognitiven Psychologie als roter Faden durch die Vielzahl an Entwürfen hindurchzieht.

Demgegenüber eröffnet eine emotionsfokussierte Ausrichtung von Gesundheitsförderung viele substantiell neue Möglichkeiten. Sie erlaubt es insbesondere, das zunehmende Wissen der HirnforscherInnen um die Emotionen aufzugreifen und für ein Überdenken der bisherigen – in der Psychologie und davon beeinflussten Praxisfeldern – vorherrschenden kognitiven Positionen zu nutzen. Die Befunde führen deutlich vor Augen, wie sehr unsere Persönlichkeit auf frühen, häufig sehr schmerzhaften emotionalen Erfahrungen aufbaut. Wenn wir aber realisieren, wie sehr sich hinter „neurotischen“ Erlebnis-, Verhaltens- und Bewältigungsmustern schmerzhafteste Lebenserfahrungen und subjektives Leid verbergen, dann wird auch deutlich, dass sich gesundheitsriskante Persönlichkeits- oder Verhaltensmuster nicht alleine im Rahmen kognitiver Modelle verstehen lassen. Kognitive Strategien liefern wertvolle Beiträge, greifen aber da zu kurz, wo sie beispielsweise die Bewältigungsfunktion von gesundheitsschädlichem Verhalten und damit die Entfremdungs- und Unlustgefühle und das Leid, welches „dahinter“, hinter dem oberflächlich sichtbaren Verhalten verborgen sein kann, ausklammern und ignorieren, wie ungewollt hartnäckig sich Suchtbedürfnisse gegen besseres Wissen durchzusetzen vermögen. Gegenüber solchen Verkürzungen eröffnet die hier entwickelte emotionsfokussierte Konzeption nicht nur ein sehr viel tieferes Verständnis der gesundheitsrelevanten Persönlichkeits- und Verhaltensmuster. Indem sie den Blick von der „phänotypischen“ auf die „genotypische“ Ebene lenkt (Weber, 1995, S. 460), werden zugleich auch ungeahnte Integrationsmöglichkeiten deutlich.

Nicht nur sind – wie oben bereits gesagt – viele der mit dem Blick auf das Feld der psychogenen Störungen relevanten Probleme sehr schlüssig und systematisch zu berücksichtigen. Es bieten sich auch überzeugende Möglichkeiten der Verknüpfung mit den bisher in Gesundheitsförderung und Prävention dominierenden, vor allem an einzelnen Risikoverhaltensweisen ansetzenden Konzepten, die entweder das Bewegungsverhalten, das Ernährungsverhalten, die Bewältigung von Stress oder das Suchtverhalten zu beeinflussen versuchen. Gegenüber einer solchen additiven Aneinanderreihung von – oberflächlich betrachtet recht heterogenen – Faktoren ergibt sich nun die Möglichkeit, alle diese Teilaspekte (in Bezug auf das Thema emotionale Gesundheit) schlüssig zu integrieren und innere Zusammenhänge deutlich werden zu lassen. Eine emotionstheoretisch fundierte Gesundheitskonzeption stellt hierfür einen Bezugsrahmen und einen Raum bereit, in den alle diese Inhalte eingebracht und logisch miteinander verknüpft werden können. Sie erfordert unwillkürlich die Thematisierung von Stress und Stressbewältigung. Sie ermöglicht es, den gefühlsregulierenden Funktionen verschiedener Süchte, darunter auch dem zwanghaften, süchtigen Aspekten des Ernährungsverhaltens, Alternativen gegenüberzustellen. Schließlich macht sie, von der Mehrkomponentendefinition des Phänomens Emotion ausgehend, auch die Einbeziehung von körperlichem Erleben und von Bewegungselementen unumgänglich. In diesem Zusammenhang möchte ich all diejenigen Äußerungen von Kursteilnehmern hervorheben, die feststellten, dass sie zwar schon Lernerfahrungen mit ver-

schiedenen Gesundheitsthemen – Stress, Ernährung, Entspannung etc. – hatten, dass sie diese aber bisher immer isoliert gesehen hatten und erst die hier vorgeschlagene integrative Sichtweise ihnen den Blick für die Vielfalt und das Potenzial ihrer Selbstregulationsmöglichkeiten eröffnet hat und dafür, worum es bei der Selbstregulation eigentlich geht.

In diesem Zusammenhang ist ausdrücklich noch einmal zu betonen, welches ein hilfreiches Werkzeug das Konzept der Achtsamkeit für die Vermittlung von gesundheitsförderlicher emotionaler Kompetenz darstellt. Indem keine Verbote ausgesprochen werden, sondern Menschen erst einmal beginnen, sich selber und ihre Beziehungen zur Umwelt sehr aufmerksam zu beobachten – also die in der Selbstmanagement-Therapie so favorisierte Selbstbeobachtung als wertvolles Hilfsmittel genutzt wird –, werden ihnen Zusammenhänge und Wahlmöglichkeiten deutlich, die häufig eine schrittweise Änderung des in Frage stehenden Verhaltens ermöglichen. Offensichtlich stellt die Achtsamkeit ein Prinzip dar, das Selbstbeobachtung und Selbstregulation in außergewöhnlich effektiver Weise zu verbinden in der Lage ist. Wenn die Grundidee verstanden ist, ist es immer wieder verblüffend, wie Menschen diese nutzen, um den für sie relevanten und geeigneten Gesundheitsweg zu finden. Von besonderem Wert ist dabei auch, dass „Fehlverhalten“ aus der Sicht der Achtsamkeit nicht als ein die Motivation möglicherweise beeinträchtigendes Versagen erlebt wird, sondern als eine Sequenz auf einem sich immer weiter entfaltenden Weg der Selbstentwicklung.

Überlegungen zur Umsetzung

Was nun die konkrete Umsetzung betrifft, sollen hier keine weitergehenden Vorschläge erfolgen. Mit der Darstellung der bewährten Gesundheitsförderungsprogramme, darunter insbesondere auch des MBSR-Programms mit seinen wichtigen Anregungen in Bezug auf die Schulung von Spürfähigkeit und Gefühlsbewusstheit, wurden ja bereits Umsetzungsmöglichkeiten in die Diskussion eingebracht und deutlich gemacht, welche Möglichkeiten die einzelnen Programme in Bezug auf die Vermittlung gesundheitsförderlicher emotionaler Kompetenz bieten und wo ihre Grenzen zu sehen sind. Rein didaktisch ist es möglich, über das Thema Stress zu den Emotionen zu gelangen. Es ist aber auch denkbar, gleich mit der zentralen Rolle der Emotionen zu beginnen und die Befunde der Stressforschung erst später einzubeziehen, wenn es darum geht, die Ebene der Reaktion genauer zu betrachten. Auch was den zeitlichen Umfang betrifft, sind die verschiedensten Spielarten denkbar. Kurse über mehrere Wochen stellen sicherlich die nachhaltigste und sinnvollste Variante dar, weil sie erst bei kontinuierlicher häuslicher Übung die Entfaltung von Spürfähigkeit ermöglichen und eine Ahnung vermitteln, wie sich ein verkörperter, achtsamer Lebensstil anfühlt. Legt man die Erfahrungen nicht nur aus der tertiären Prävention zugrunde, dann wird die Zeit schon alleine deshalb gebraucht, damit chronisch gestresste Menschen eine Chance haben, zu erleben, wie es sich anfühlt, wenn der Körper allmählich in seinen Gleichgewichtszustand zurückfindet. In diesem Zusammenhang wäre es allerdings wünschenswert, dass solche Kurse um die Zeit verlängert würden, die für eine angemessene Vermittlung von Kommunikationsfertigkeiten oder spezifischer weiterer Kompetenzen notwendig ist.

Daneben sind aber auch Tages- und Mehrtages- oder Wochenendkurse möglich, die eine erfahrungsbezogene Auseinandersetzung mit dem Thema erlauben und einen ersten Einstieg in eine geeignete alltagstaugliche Übungspraxis vermitteln. Selbst Vorträge können nach meiner Erfahrung geeignet sein, neue und wichtige Impulse für das Gesundheitsverständnis zu setzen. In diesem Zusammenhang wäre beispielsweise auch zu überlegen, wie ein emotionsfokussiertes

Modell oder Teilaspekte daraus für die hausärztliche Beratung im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung genutzt werden könnten. Nachhaltigkeit wird aber in der Regel immer erst zu erreichen sein, wenn im Verlauf eines längerdauernden Kurses das Gelernte in den Alltag integriert, die eigenen Erfahrungen im Austausch mit anderen reflektiert und der Wert einer regelmäßigen Übungspraxis erkannt werden kann.

Modifikationen sind aber nicht nur in zeitlicher, sondern auch in inhaltlicher Hinsicht denkbar. Sicher werden die Essentials, also das emotionstheoretisch fundierte transaktionale Modell in Verbindung mit dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum sich ähneln. Darüber hinaus werden aber je nach Teilnehmergruppe verschiedene Beispiele zu wählen und unterschiedliche Akzente zu setzen sein. Für die Beschäftigten eines Betriebs oder einer Stadtverwaltung sehen die Betroffenheiten wahrscheinlich anders aus als für die Mitglieder aus helfenden Berufen, für Akut-Patienten anders als für Menschen, die sich in Selbsthilfegruppen zusammengetan haben oder für solche, die (noch) gar nicht krank sind. Obwohl das vorgestellte Modell es erlaubt, im Rahmen eines konkreten Settings einzelne Aspekte (beispielsweise Burnout, Suchtverhalten, Helfer-Syndrom, Ängste, Depressionen) besonders hervorzuheben oder auch auf die Förderung ganz spezifischer – im jeweiligen Bereich notwendiger – Kompetenzen abzuheben, wird es doch – wie es im Verlauf der Arbeit ja sehr deutlich wurde – immer auch einen großen Fundus an Gemeinsamkeiten und Überschneidungen geben.

Zum Schluss stellt sich nun möglicherweise die Frage, wie das ganze hier entwickelte Konzept, in dem soviel komplexes Wissen und so viele Teilaspekte von Gesundheit und Gesundheitsförderung zusammengeführt sind, denn überhaupt vermittelt werden soll. Dazu meine ich, dass die wissenschaftlich fundierte Begründung, Erarbeitung und Klärung des Zusammenhangs zwar, wie die vorliegende Arbeit deutlich zeigt, sehr viel Raum eingenommen hat, dass es sich aber, wenn man jetzt das Ergebnis betrachtet, um ein vergleichsweise leicht überschaubares Gedankengerüst handelt, dessen Komplexität durch die Ausrichtung auf ein Thema, die Emotionen, sehr reduziert wird. Hinzu kommt, dass es – wie es weiter vorne mit dem Hinweis auf eine Empfehlung Kaluzas schon angesprochen wurde – in der Gesundheitsförderung weniger um „rationale Aufklärung und sachliche Information“ (Kaluzka, 1996, S. 85) sowie um eine detailreiche und alle Aspekte des Sachverhalts berücksichtigende Darstellung geht. Vielmehr gilt es, die Begriffe und Zusammenhänge zunächst einer didaktischen Reduktion (vgl. Jank u. Meyer, 2002, S. 338 ff.) zu unterziehen und sie dann den Teilnehmern auf eine Weise zu vermitteln, dass sich diese „innerlich angesprochen fühlen“ und durch die Art der Darstellung „eigenes Verhalten und Erleben ... erinnert und lebendig wird“ (Kaluzka, 1996, S. 85).

Die Bedeutung der Gruppenleitung für lebendiges Lernen und Empowerment

Damit stellt sich die Frage, welche Voraussetzungen notwendig sind, damit der gewünschte Raum des lebendigen Lernens und der gegenseitigen Unterstützung tatsächlich entstehen kann, für ein Lernen also, bei dem sachliche Inhalte in ihrer Bedeutung für das Leben des einzelnen Teilnehmers erfahren und angeeignet werden können. Der Schlüssel dazu ist nach allem, was wir über Gruppenprozesse wissen, sicherlich die Person der Gruppenleitung. Vertrautheit mit dem Sachwissen und ein flexibler, prozessorientierter Umgang damit sind daher zweifellos notwendige Voraussetzungen. Sehr entscheidend für das Gelingen lebendiger, zur Offenheit und zu gegenseitigem Austausch anregender Gruppenprozesse dürfte aber – gerade auch bei der Vermittlung von emotional besetzten Themen wie den weiter vorne skizzierten – die Persönlichkeit und die Haltung der KursleiterIn sein und wieweit es ihm/ihr gelingt, die weiter

vorne skizzierten (gefühlsnahen) Gegenstände glaubhaft transportieren zu können. Letztlich gilt für die Gestaltung lebendiger Lernprozesse in Anbetracht der bei der Vermittlung eines emotionsfokussierten Gesundheitsförderungskonzepts vertretenen Themen das gleiche wie auch für die Therapie, dass nämlich das zwischenmenschliche Geschehen und die Qualität der Beziehungen sowie die Gruppenleitervariablen Kongruenz, Echtheit und Empathiefähigkeit das Ergebnis außerordentlich beeinflussen und neben der Kompetenz in der Sache das für die zwischenmenschlichen Prozesse eigentlich Entscheidende sind (vgl. Kap. 6.2.1.8 u. 6.2.1.2). Vor diesem Hintergrund geht es bei dem hier vorgeschlagenen Konzept von Gesundheitsförderung nicht alleine um die Fähigkeit, Techniken (beispielsweise Entspannungstechniken) und Sachwissen zu vermitteln, so wichtig dies auch für die Verknüpfung eines Wissensnetzes ist. Vielmehr ist auf Seiten derer, die andere bei der Entwicklung gesundheitsförderlicher emotionaler Kompetenz begleiten wollen, umfassende Persönlichkeitsentwicklung und einschlägige Selbsterfahrung vorauszusetzen – sie sollten selber in ihrer Person als Ganzes und in ihrer Haltung diese emotionale Kompetenz zum Ausdruck zu bringen vermögen und auch solche Themen aus dem eigenen Leben und der eigenen Erfahrung heraus vermitteln können, die wie der Umgang mit Leid kaum als Sachwissen zu transportieren sind, sondern sich vor allem „im Atmosphärischen“, „im Nonverbalen und im scheinbar Nebensächlichen“ (Mentzos, 1999, S. 277) ausdrücken. Diese Art von Vermittlungsprozessen, bei denen es in erster Linie um wachstumsfördernde Begleitung geht (vgl. Sagebiel, S. 351 ff.), setzt beim „Lehrenden“ zwar auch ein breites sozialwissenschaftliches Wissen voraus. Wesentlich ist aber, dass dieses „nicht nur theoretisch, sondern vor allem über selbstreflexive Auseinandersetzung mit den Inhalten angeeignet wurde“ (ebd., S. 351) und diesbezügliche pädagogische Kompetenzen in einem Prozess der Persönlichkeitsentwicklung und Selbsterfahrung erworben wurden.

Zugleich aber – obwohl für diejenigen, die Prozesse lebendigen Lernens erfolgreich gestalten will, in gewisser Hinsicht dieselben Voraussetzungen gelten wie für einen guten Therapeuten – ist auch zu betonen, dass es sich bei der hier vorgestellten Auffassung von Gesundheitsförderung nicht um Therapie handelt. In therapeutischen Prozessen geht es u.a. (wesentlich) um „Aktivierung und Aufarbeitung thematischer Erlebniskomplexe“, um „Katharsis“ und Veränderung von „Bewertungsschemata, die in einer früheren Entwicklungsetappe erworben wurden“ (Schröder, 1997, S. 162). Dagegen werden in der Gesundheitsförderung, so wie sie hier verstanden wird, die biopsychosozialen Zusammenhänge, darunter auch die eigenen Reaktionen und die eigenen Bewertungs- und Bewältigungsmuster – möglicherweise und wahrscheinlich – zwar auch deutlicher erkennbar und bewusster. Das Ziel besteht dann aber nicht darin, diese gezielt in Bezug auf die Ursachen und die damit verbundene emotionale Geschichte zu bearbeiten. Leitgedanke ist vielmehr die Hilfe zur Selbsthilfe, was bedeutet, dass den Beteiligten im Verlauf eines Kurses das Wissen und das Werkzeug an die Hand gegeben wird, mit dem sie die im Hier und Jetzt auftauchende Probleme selbstständig und selbstverantwortlich bearbeiten können.¹⁶²

¹⁶² Die Trennlinie zur Therapie liegt meines Erachtens dort, wo die Teilnehmer an ihre eigenen Grenzen stoßen und sich zusätzliche und vertiefte Unterstützung wünschen. In diesem Zusammenhang sei auch auf eine persönliche Bemerkung Kabat-Zinns zum präventiv-rehabilitativen Nutzen von Achtsamkeit hingewiesen. Dabei spricht er „von der Idee, Achtsamkeitskurse im Vorfeld einer Psychotherapie anzubieten und die Therapie nur dann einzuleiten, wenn das Selbsthilfepotenzial immer noch nicht ausreicht. Ein solches Vorgehen könnte Kosten in mehrfacher Hinsicht sparen. Manche Psychotherapien wären möglicherweise nicht mehr nötig. Die nötigen psychotherapeutischen Interventionen könnten effektiver und schneller fruchten. Der präventiv-rehabilitative Nutzen der Achtsamkeit könnte Rückfälle reduzieren bzw. vermeiden helfen“ (zit. n. Majumdar,

Dementsprechend stehen beim Austausch in der Gruppe in erster Linie die Erfahrungen im Mittelpunkt, die jeder der Beteiligten beim eigenen Üben (der verschiedenen Methoden), bei der Selbstbeobachtung und in der Interaktion mit seiner Umwelt macht, und die Erkenntnisse, die er dabei gewinnt. Ebenso spielt bei der Auswertung dieser Erfahrungen die KursleiterIn nur eine begrenzte Rolle. Von großer Bedeutung ist auch der Austausch mit den anderen, das Lernen voneinander, die Erkenntnis, dass andere ähnliche Probleme haben, das Erleben der Höhen und Tiefen, die es in jedem Leben gibt, und die gegenseitige Unterstützung, die sich die Gruppenmitglieder durch Rat und Tat, aber auch durch wechselseitige Anteilnahme geben.

Vor diesem Hintergrund soll nun abschließend noch erläutert werden, auf welche Weise die weiter vorne zunächst allgemein beschriebenen Methoden bzw. Interventionsformen von Gesundheitsförderung im Rahmen der hier skizzierten Konzeption zum Tragen kommen sollen. Die Einleitung zu diesem Unterkapitel und die vorhergehenden inhaltlichen Empfehlungen unter 7.3.2.1 haben ja gezeigt, dass ein emotionsfokussierter Ansatz eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Berücksichtigung der mit psychogenen Krankheiten verbundenen Probleme bietet. Unter anderem erlaubt ein solcher Ansatz es auch, Inhalte zu integrieren, die sonst der Patientenschulung bzw. der Psychoedukation vorbehalten sind. Im Rahmen einer emotionsfokussierten Konzeption von Gesundheitsförderung kann die mit diesen tradierten Interventionsformen verbundene Wissensvermittlung und Aufklärung nun ebenfalls realisiert und dabei zugleich mit einer eindeutig am Modell des Empowerment ausgerichteten Zielsetzung verbunden werden, wie sie für die genannten Ansätze eher untypisch ist. Dieses hätte nicht nur den Vorteil, dass potentiell Betroffene viel früher erreicht werden können und im günstigsten Fall noch im Rahmen der primären Prävention einen gesundheitsförderlichen Umgang mit den verschiedensten Formen psychischen und psychosomatischen Befindens erlernen können. Ein solches Vorgehen wäre vor allem auch im Kontext von Krankheitsbewältigung hilfreich, weil es geeignet ist, auch all die Menschen zu erreichen und ihnen einen vorurteilsfreien Raum anzubieten, die vor der mit psychogener Krankheit vielfach verbundenen Etikettierung zurückschrecken.

Dies kann aber nur gelingen, wenn für diejenigen, die solche Programme leiten, ein professionelles Verständnis handlungsleitend ist, wie es oben (vgl. 7.3.1) unter dem Stichwort Empowerment dargelegt wurde. Mit dem Blick auf die hier zu vermittelnden Inhalte erfordert dies nicht nur Vertrauen in die Fähigkeiten der Beteiligten zur Selbstveränderung und zur Entwicklung ihrer Stärken sowie die mit der Empowerment-Perspektive verbundene Abkehr vom Expertenstatus und folglich eine Haltung der Kooperation und Partizipation. Für eine symmetrische Kommunikation scheint es mir nach allem hier Gesagten auch notwendig, dass die Kursleitung aufgrund eigener Lebenserfahrung mit Problemen des Lebens und psychischen Leids vertraut ist und sich daher als mit den anderen Betroffenen „gemeinsam Reisender“ versteht, ein Begriff, den der Psychotherapeut Yalom (2002, S. 23) verwendet hat, um die Unterscheidung zwischen „ihnen“ – den Leidenden – und „uns“ – den Helfern – aufzuheben.¹⁶³

S. 104). Aufgrund meiner eigenen Erfahrungen mit Rückmeldungen von Patienten halte ich alle drei Varianten für gegeben, würde aber ergänzend noch hinzufügen, dass einschlägige Kurse geeignet sind, auch solche Patienten zur Psychotherapie zu motivieren, für die eine solche bis dato nicht in Frage gekommen wäre.

¹⁶³ Anhand eines Beispiels, welches mich selbst verblüfft hat, möchte ich erläutern, wieviel Empowerment von einem partizipativen Verständnis der eigenen Rolle ausgehen kann. Nachdem mir eine Patientin im Einzelgespräch „gestanden“ hatte, dass sie allabendlich ca. 1 1/2 Flaschen Sekt trinkt, ließ ich etwa Folgendes in das Gespräch einfließen. „Ich kenn das auch. Es gab Zeiten in meinem Leben, da habe ich – wenn auch nicht in

7.3.3 Zu den strukturellen Konsequenzen

Nachdem die inhaltlichen Konsequenzen nun präzisiert sind, die Gesundheitsförderung erfüllen sollte, wenn sie zu einer Prävention psychogener Störungen bzw. zum förderlichen Umgang mit den für die psychische wie körperliche Gesundheit so relevanten belastenden Emotionen beitragen will, sollen in diesem letzten Abschnitt nun noch strukturelle Konsequenzen skizziert werden, die aus dem Erarbeiteten zu ziehen sind. Sicherlich würde es den Rahmen sprengen, die damit verbundenen Fragestellungen an dieser Stelle systematisch und gründlich zu bearbeiten, dennoch ist es mir ein Anliegen, zumindest in groben Umrissen zu erläutern, wie eine Konzeption emotionaler Bildung die bisher alleine in der Verantwortung von Ärzten und Ärztinnen angesiedelte Psychosomatische Grundversorgung ergänzen könnte.

Um den Stand der Diskussion noch einmal kurz zu rekapitulieren: Ausgangspunkt für die Entwicklung einer breitenwirksamen Konzeption gesundheitsförderlicher „emotionaler Kompetenz“ war ja die zunehmende Verbreitung und Versorgungsrelevanz psychogener Störungen, auf die das Versorgungssystem insgesamt noch unzureichend reagiert. Zwar sind seit über 15 Jahren Bemühungen des medizinischen Systems um eine Etablierung und Ausweitung der Psychosomatischen Grundversorgung zu notieren, die sicherlich einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung leistet. Betrachtet man aber den steigenden Bedarf, dann reichen diese Bemühungen bisher kaum aus. Sicherlich weisen die Ergebnisse eines großen Qualitätssicherungsprojekts (Sandholzer, 1999) darauf hin, dass durch Psychosomatische Grundversorgung vielen von psychogenen Erkrankungen betroffenen Menschen schneller und wirkungsvoller geholfen wird. Dem stehen aber wiederum Studien gegenüber, die deutlich machen, dass die Ergebnisse bisher wohl kaum auf die bundesrepublikanische Versorgungsrealität insgesamt übertragen werden dürfen (vgl. vorne 1.3.1). Aber einmal vorausgesetzt, dass durch Psychosomatische Grundversorgung tatsächlich ein Großteil der im Rahmen hausärztlicher Praxis auftretenden psychogenen Erkrankungen frühzeitig erkannt und den davon betroffenen Menschen entsprechend weitergeholfen würde, so würde dann – wenn man die Zahlen aus dem Modellprojekt zugrunde legt – auch der Bedarf an Psychotherapie steigen, so dass die ohnedies defizitäre Versorgungslage in diesem Bereich noch eklatanter würde.

Zumindest machten die zu dieser Problematik zusammengetragenen Befunde deutlich, dass die Versorgungssituation in Bezug auf die verbreiteten psychischen Probleme der Bevölkerung als unzureichend anzusehen ist, so dass es Sinn macht, auch solche Ansätze ins Blickfeld zu rücken, die bisher noch nicht berücksichtigt wurden. Wünschenswert erscheint in dieser Situation die insbesondere auch vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen eindringlich geforderte Ergänzung und Verzahnung der im Wesentlichen kurativ ausgerichteten, auf akute Verschlechterungen des Gesundheitszustandes reagierenden medizinischen Versorgung durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie eine

dieser Menge – auch zuviel und zu regelmäßig Alkohol getrunken. Erst als ich anfing, mich auf einer tieferen Ebene mit meinen eigenen „Abhängigkeiten“ zu befassen, und soweit war, mich den Schattenseiten meines Innenlebens bewusst stellen zu wollen, habe ich mich dann entschlossen, diese riskante Gewohnheit von einem Tag auf den anderen zu lassen und für mindestens 1 Jahr gar keinen Alkohol mehr zu trinken.“ Ohne diesen Aspekt noch wesentlich zu vertiefen, beendeten wir kurz danach das Gespräch. Einige Wochen später erzählte sie mir dann, dass sie ganz beeindruckt davon, dass ich ihr so etwas über mich erzähle, mein Büro verlassen hat und ab sofort auch keinen Alkohol mehr getrunken hat.

Optimierung des Nutzerverhaltens durch Kompetenz und Partizipation (vgl. Sachverständigenrat, Bd. I/II bzw. vorne Kap. 1.3.3).

Risikofaktoren- und Krankheitsfixierung statt Gesundheitsförderung

Eine diesbezügliche Sichtung einschlägiger Konzeptionen zeigte allerdings sehr bald, dass in Prävention und Gesundheitsförderung das Phänomen der zunehmenden Verbreitung psychogener Erkrankungen bisher nur sehr unzureichend zur Kenntnis genommen wird (ein für die Psychologie, welche einen Großteil der Programme entwickelt, an sich bereits erstaunliches Phänomen) und dass viele der vorliegenden Ansätze nicht nur mit Blick auf den Bereich der psychogenen Störungen, sondern gemessen am Anspruch von Gesundheitsförderung insgesamt bisher wenig geeignet bzw. unzureichend erscheinen. Eine erste Sichtung bestehender Ansätze ergab (vgl. vorne Kap. 1.5.2), dass häufig eine große Diskrepanz zwischen Rahmentheorie (Salutogenesemodell) und Inhalten besteht, dass nicht selten Aktivitäten „theoriearm“ aneinandergereiht werden (Bengel u.a., S. 93) und sich viele der vermeintlich gesundheitsförderlichen Interventionen doch wieder als Angebote, die „zur traditionellen und etablierten Gesundheitsvorsorge gehören“ (Schwager u. Udris, 1998, S. 376), entpuppen.

Unter Schärfung des Blicks hat sich dieser erste Eindruck bei der zwischenzeitlichen Bearbeitung des Themenkomplexes noch verstärkt: Auf der einen Seite liegt unter der Überschrift „Gesundheitsförderung“ eine Vielzahl von Ansätzen vor, die sich auf die „primäre“ Prävention von Risikoverhalten (Alkohol, Gewichtsprobleme, Rauchen, Stress, Sonnenexposition, Bewegungsmangel, Verhalten im Straßenverkehr etc.) beziehen (vgl. z.B. Jerusalem u. Weber, 2003; vgl. für einen Überblick a. Laaser u. Hurrelmann, 1998). Vor dem Hintergrund der vorliegenden Arbeit wäre hier nicht nur kritisch nachzufragen, ob über der Konzentration auf die Risikofaktoren nicht möglicherweise wesentliche und zentralere Merkmale und Ursachen verborgen bleiben, die zumindest einigen dieser Faktoren gemeinsam sind,¹⁶⁴ und ob in diesbezüglichen Ansätzen die einem Risikoverhalten unterliegenden kognitiven und volitionalen Aspekte im Verhältnis zu möglichen emotionalen Einflussfaktoren nicht vielleicht überschätzt werden. Es wäre auch genauer zu prüfen, ob es Kompetenzmodellen von Gesundheit (vgl. Kap. 7.3.1) nicht in erheblichem Maße widerspricht, wenn dabei das Anliegen von Gesundheitsförderung so verstanden wird, als gehe es darum, „Menschen zu bewegen, gesundheitsdienliches Verhalten zu realisieren und gesundheitsgefährdendes Verhalten zu unterlassen“ (vgl. Weber, 1997 b, S. 145). Da hier nicht der Raum ist, zu analysieren, worin sich die Vielzahl neuerer verhaltensbezogener Ansätze von traditionellen Gesundheitserziehungsbemühungen substantiell unterscheidet, sei in diesem Zusammenhang nur – etwas polemisch – auf eine Formulierung von Weber hingewiesen, die einen Abschnitt über Modelle zur Optimierung des Gesundheitsverhaltens damit einleitet, dass sie fragt, wie „eine Botschaft formuliert und ‚verpackt‘ sein (muß), damit sie die gewünschte Wirkung, also je nach Zielsetzung die Implementierung, Änderung oder Aufgabe eines Verhaltens hervorruft“ (ebd., S. 145) und im Weiteren dann u.a. einen Marketing-Ansatz vorstellt, bei dem es sich um eine Übertragung wirtschaftstheoretischer Vorstellungen auf Gesundheitsverhalten handelt. Das Verständnis von Gesundheitsför-

¹⁶⁴ In diesem Zusammenhang sei noch einmal die vorne in Kap. 1.5.1 bereits vorgetragene skeptische Einschätzung des Sozialepidemiologen Syme (2000) erwähnt, der bezogen auf die koronare Herzerkrankung davon ausgeht, dass alle bisher erforschten Risikofaktoren zusammengenommen nur ungefähr 40 % dieser Krankheit erklären können, die immerhin als die bestuntersuchte aller Zivilisationskrankheiten gilt und mit den besagten Risikofaktoren ganz besonders in Zusammenhang gebracht wird.

derung, das hier zum Ausdruck kommt, ist offensichtlich recht weit entfernt von der in Fachkreisen anerkannten Definition, wonach es darum geht, Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit und deren Determinanten zu ermöglichen (vgl. Brößkamp-Stone, S. 244 f.) und der Aspekt des Empowerment als „vorrangige(s) Kriterium“ gilt, „um zu entscheiden, ob eine Initiative als gesundheitsförderlich bezeichnet werden kann“ (Rootman u.a. zit. n. Kickbusch, S. 186). Zu sehr gerät über der Konzentration auf die Risikoprophylaxe aus dem Blick, dass es in der Gesundheitsförderung nicht um „Manipulation“, d.h. „gezielte Beeinflussung und Lenkung“ geht, sondern um Empowerment sowie um Gestaltungskraft, Bewältigungsfähigkeit und selbstbestimmtes Gesundheitshandeln.

Neben diesen Ansätzen zur primären Prävention unterschiedlichsten Risikoverhaltens liegt auf der anderen Seite eine Vielzahl von Programmen vor, die sich unter der Überschrift Gesundheitsförderung oder Public Health auf die sekundäre und tertiäre Prävention verschiedener chronischer Krankheiten beziehen (vgl. Jerusalem u. Weber, 2003; vgl. a. Weitkunat u.a., 1997), darunter zahlreiche der eingangs dieser Arbeit angeführten Krankheitsbilder, von denen angenommen wird, dass psychosoziale Faktoren an ihrer Entstehung und/oder ihrem Verlauf wesentlich beteiligt sind (vgl. Kap. 1.1). In erster Linie sind dies die koronare Herzerkrankung, Diabetes, Rheuma oder Krebserkrankungen, daneben aber auch Krankheiten wie der Tinnitus, die Neurodermitis, chronischer Schmerz oder Asthma. In einschlägigen Sammelbänden unberücksichtigt bleiben allerdings psychische Störungen wie die Depressionen oder Angststörungen. Prävention in dem hier genannten Bereich bedeutet in erster Linie Verbesserung des Krankheitsmanagements, umfasst also auf die jeweilige Krankheit bezogene Maßnahmen, die Patienten befähigen sollen, ihre Erkrankungen und die damit verbundenen Anforderungen eigenverantwortlich zu meistern (vgl. dazu den Abschnitt über Patientenschulungen im Kap. 7.3.1). Darüber hinaus beinhalten die Programme in der Regel solche Maßnahmen, die auf eine Prävention der beteiligten Risikofaktoren sowie auf die verbesserte Bewältigung von Stress und emotionalen Belastungen zielen.

Grenzen bisheriger Prävention und Gesundheitsförderung

Insgesamt stellen derartige Programme sicher einen großen Fortschritt gegenüber einer alleine organmedizinisch ausgerichteten Behandlung dar. Es stellt sich allerdings die Frage, zu welchem Zeitpunkt sie die Betroffenen erreichen. In der Regel muss es ja erst zu einem Krankheitszustand gekommen und eine gewisse Patientenkarriere durchlaufen sein, bevor ein Individuum entweder im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsklinik auf ein entsprechendes Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsprogramm trifft, und auch dann werden diese „selbst in der tertiären Prävention von Krankenkassen oder Rentenversicherungen nicht oder erst nach großem Widerstand bezahlt“ (Kröner-Herwig, S. 616). Eine Ausnahme bilden Angebote, die im Rahmen betrieblicher oder gemeindeorientierter Prävention und Gesundheitsförderung durchgeführt werden. Als ein Beispiel für einen gemeindebezogenen Handlungsansatz und als bisher wohl „aufwendigstes Vorhaben“, an dem die unterschiedlichsten Anbieter beteiligt waren, nennen Laaser u. Hurrelmann (1998, S. 420) die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP), deren Ziel es war, „über die Verbesserung der präventiven Angebotssituation in den Interventionsgemeinden das Gesundheitsverhalten der Bürger in eine positive Richtung zu verändern, vor allem im Bereich der für die Herz-Kreislaufkrankungen relevanten Risikofaktoren“. Nennenswerte Primär- und Sekundärprävention – soweit sie sich auf epidemiologisch besonders verbreitete Krankheitsbilder und nicht auf Krankheitsfrüherkennung, Unfallverhütung etc. bezieht (vgl. dazu Walter u. Schwartz, 2003) – findet daneben vor allem im Bereich

der Rückenschule statt. Als sekundär-präventives Angebot haben Rückenschulen einen sehr hohen Bekanntheitsgrad, so dass sie von Patienten auch ohne Empfehlung ihres behandelnden Arzt aufgesucht werden (vgl. Kröner-Herwig, S. 610).¹⁶⁵

Betrachtet man nun diese wesentlichen Handlungsfelder der Prävention zusammenfassend, dann wird doch deutlich, dass sie die Bezeichnung „Gesundheitsförderung“, unter der sie zum Teil firmieren (vgl. z.B. Jerusalem u. Weber, 2003), in dem in internationalen Fachkreisen anerkannten (und in einem der vorhergehenden Abschnitte schon erläuterten) Sinne strenggenommen nicht verdienen. Zwar sind bei der Sichtung der existierenden Ansätze zahlreiche beeindruckende Anregungen und gut evaluierte Programme zu entdecken. Diese zeigen sich aber insgesamt doch sehr dem traditionellen Denken in Risikofaktoren verhaftet oder verfolgen eine Blickrichtung, die nach den Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit in hohem Maße durch das klinische Modell und durch klinische Krankheiten verstellt ist. Dadurch aber wird das vorhandene Angebot an Prävention (und gegebenenfalls damit verbundener Gesundheitsförderung) nicht nur sehr weit und in recht heterogen erscheinende Themen aufgefächert. Es ist auch die Frage, wann es die Menschen tatsächlich erreicht und wie breitenwirksam Prävention und Gesundheitsförderung bis dato eigentlich sind.¹⁶⁶

Sofern aber Menschen durch primär- und sekundärpräventive Maßnahmen sowie durch andere geeignete Formen von Gesundheitsförderung faktisch nur in sehr begrenztem Umfang erreicht werden, ist zu erwarten, dass sie sich erst dann mit ihrer Gesundheit auseinanderzusetzen beginnen, wenn es zu ersten Symptomen kommt und sie durch das konventionelle Gesundheitswesen auf Wege verwiesen werden, „die viele Menschen von einer angemessenen Lösung des Problems entfernen“, weil sie „partikularisiert“ und „auf die gerade eingenommene Betrachtungsebene des jeweiligen Facharztes, auf die Ebene der Knochen, Muskeln und Reflexe u.s.w. (reduziert)“ werden (Kröner-Herwig, S. 616; das Zitat bezieht sich auf die gängige Behandlung von Schmerzproblemen). Wenn aber „die Komplexität der Lösungsperspektiven auf die medizinische (reduziert)“ wird (ebd.), dann ist die Gefahr sehr groß, dass der „verbreitete Glaube an die ‚Wunder‘ der Medizin“ dazu führt, dass „der Patient keine Verantwortung für sich selbst (übernimmt)“, weil „das augenblickliche Gesundheitssystem nicht die Selbsthilfepotentiale und Ressourcen des Patienten (fördert), sondern ihn abhängig (macht)“ (ebd.; vgl. a. Sturm, 2000).

¹⁶⁵ Dennoch gilt als fraglich, ob Kosten für Rückenschulen routinemäßig von den Krankenkassen übernommen werden sollten. In einem Überblick über das Gesundheitsproblem Schmerz und diesbezügliche Präventionsansätze wird als Ergebnis eine Metaanalyse von Maier-Riehle und Härter vorgestellt, wonach „Rückenschulprogramme, die am Arbeitsplatz durchgeführt werden oder von dort aus initiiert werden, bessere Effekte zeigen“ (Kröner-Herwig, S. 610). Als besonders erfolgreich gelten darüber hinaus auch Angebote im Bereich der Schule, wo sich gezeigt hat, dass diese Intervention „von besonders nachhaltiger Form (ist), wenn sie bereits im Kindes- und Jugendalter einsetzt“ (Kröner-Herwig, S. 608).

¹⁶⁶ Wenn ich in meinen Kursen (mit inzwischen insgesamt mehreren Hundert Menschen) die Frage stelle, wer zuvor schon einmal Prävention oder Gesundheitsförderung „am eigenen Leib“ erfahren habe, dann wird dies regelmäßig verneint bzw. es stellt sich heraus, dass einige vielleicht eine Entspannungsmethode oder das Walken erlernt oder einen Ernährungskurs besucht haben, dass aber niemand zuvor die Chance hatte, ein umfassendes biopsychosoziales Verständnis der eigenen Gesundheit auf eine Weise zu erfahren, die ihn motiviert hätte, dieses in sein Leben zu integrieren.

Weiterführende Überlegungen

Die Frage ist daher, wie breitenwirksame Gesundheitsförderung so in das System integriert werden kann, dass Menschen möglichst frühzeitig im Verlauf ihres Lebens Impulse für eine auf Kompetenzerweiterung, Selbstbestimmung und Nutzung ihrer Selbsthilferessourcen abzielende Gestaltung ihrer Gesundheit und das heißt auch ihrer Lebensbedingungen erhalten. Mit dem Blick darauf erscheinen neben den Settingansätzen, die als besonders effektiv für die Gesundheitsförderung gelten, vor allem auch Ansätze hilfreich, die eng mit der konventionellen Gesundheitsversorgung verzahnt sind. Für eine solche Ergänzung der kurativen Versorgung mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung sprechen nicht nur Erfahrungen, die zeigen, dass Erwachsene für Prävention oft erst ansprechbar sind, wenn Symptome vorliegen (vgl. Kröner-Herwig, S. 609). Gewichtiges Argument dafür ist vor allem auch die Tatsache, dass in unserer Gesellschaft, in der die ärztliche Profession mehr als alle anderen beteiligten Akteure „die allgemeine Sicht der Menschen über Gesundheit und Krankheit (bildet)“ (Huber, E., 2001, S. 491), für die meisten Menschen vor allem der Arzt bzw. die Ärztin erste Ansprechpartner für die verschiedensten Gesundheitsprobleme sind. Daher wäre es von außerordentlicher Wichtigkeit, wenn ÄrztInnen nicht nur für die Krankheitsbehandlung- und bekämpfung ausgebildet wären, sondern zumindest auch um die Möglichkeiten systematischer Salutogenese wüssten, um Patienten entsprechend beraten und weiterleiten zu können.¹⁶⁷ Wie der hier vorgeschlagene Ansatz zur Förderung emotionaler Kompetenz inhaltlich und strukturell genutzt werden könnte, um der pathogenetischen Sicht eine salutogenetische an die Seite zu stellen und beide stärker miteinander zu verzahnen, das wird im Folgenden erläutert.

Emotionale Kompetenz als inhaltliche Basis breitenwirksamer Gesundheitsförderung

Zunächst einmal ermöglicht ein Ansatz gesundheitsförderlicher emotionaler Kompetenz es, der Vielfalt von risiko- und krankheitszentrierten Vorgehensweisen eine integrierte Perspektive entgegenzusetzen, die geeignet ist, die vielfältigsten gesundheitsrelevanten Erscheinungsformen einzubeziehen (vgl. a. 7.3.2.2). Dafür hat sich der von Weber (1995, S. 460) vorgeschlagene

¹⁶⁷ Wie wenig dies bisher der Fall ist, zeigt die zufällig auf MD aufgenommene Äußerung einer jüngeren Ärztin, die als Patientin an einer der oben beschriebenen Gruppen (vgl. Kap. 7.2.2.4) teilnahm und sich erst in der letzten Sitzung gegenüber ihren Mitpatientinnen outete: „*Ich (fand) auch das Ganze beruflich gesehen total interessant ... Ich habe gar nicht gesagt, was ich mache. Aber, ich bin Ärztin ... , da dachte ich, jetzt muss ich mich einmal outen. Ich habe auch schon ganz viel an meine Kollegen weitergegeben, auch was die Punkte sind, die die meisten (gemeint sind die MitpatientInnen und deren Erfahrungen mit ÄrztInnen) so kritisch betrachten. Ich muss aber zu meiner Entschuldigung sagen, wir lernen das nicht. Im Studium sind das ganz ganz wenige Vorlesungen, die nicht Pflicht sind, wo man meistens auch nicht hingehst. Da gibt's keinen Schein für, das wird überhaupt nicht kontrolliert. Das sind im Staatsexamen 5 Fragen, dafür liest man kein Buch. Und während man arbeitet, hat man andere Sorgen, man muss andere Sachen machen. Dann kommt irgendwann Familie dazu und dann bleibt für sowas ganz ganz wenig Zeit. Wir machen das nicht. Man ist froh, wenn man seinen Op-Katalog voll hat und dann ist man auch froh, wenn man mal ein Wochenende Zeit hat für sich. Wir müssen sowieso sehr viele Fortbildungen besuchen und deshalb bleibt gar keine Zeit und deshalb gibt es auch so viele, die keine Ahnung haben.*“ Über das, wovon sie bisher keine Ahnung hatte und was sie nun gelernt und mitgenommen hat, führt sie aus: „*Dass ich gelernt habe, das kann ich aus eigener Kraft jetzt machen. Das ist jetzt nicht was, was soundsoviel Geld kostet. Man hört immer von vielen Leuten: Nimm doch diese Pille ein, besuch doch dieses Seminar. ... und jetzt kann man dem auch widersprechen und sagen: Ich kann auch was machen, was ich ganz alleine für mich machen kann und was genauso viel Wert hat und (kann) das halt auch noch belegen.*“ An anderer Stelle ergänzt sie noch: „*Ich weiß einfach, dass das genauso wichtig ist wie jede andere Therapie, ich muss das nur stärker in den Alltag integrieren.*“

Perspektivwechsel von der „phänotypischen“ Ebene der vielfältigen für die Gesundheit riskanten Persönlichkeitsmuster und Risikoverhaltensweisen auf die „genotypische“ Ebene der Emotionen als außerordentlich hilfreich erwiesen. Der Faktor „Emotionen“ kann wohl als einer der „disease superhighways“ (Sobel, S. 234) angesehen werden, mit anderen Worten also als ein Faktor, der vielen psychischen und physischen Krankheiten ebenso wie auch zahlreichen der verursachenden Risikofaktoren zugrunde liegt oder sie zumindest begleitet. Zugleich hat sich gezeigt, dass diese pathogenetische Perspektive bedingt durch den Gegenstand unwillkürlich auch um ihr salutogenetisches Gegenstück zu ergänzen ist, so dass es sich geradezu anbietet, die Emotionen als Ausgangsbasis für eine viele Handlungsfelder übergreifende und breitenwirksame Gestaltung von Gesundheitsförderung zu nehmen. Die Emotionen begleiten uns so allgegenwärtig und sind von so zentraler Bedeutung für unser Leben, für den Kontakt zu uns selber und zu unserer Umwelt, dass damit automatisch immer beide Seiten der Medaille, neben der pathogenetischen auch die salutogenetische Perspektive, also die Hinwendung zu Wohlbefinden, emotionaler Gesundheit und verbesserter Selbstregulation verbunden ist. Im Übrigen macht eine Ausrichtung von Gesundheitsförderung am übergreifenden Konzept der emotionalen Kompetenz bisherige gezieltere auf Risikofaktoren und auf die Prävention bzw. das Management von chronischen Krankheiten bezogene Ansätze nicht überflüssig. Sie bietet vielmehr einen Rahmen, in dem die vielfach heterogenen und additiv nebeneinander stehenden Themen eingeordnet und bei Bedarf gezielt und vertieft verfolgt und bearbeitet werden können.

Darüber hinaus eröffnet eine Berücksichtigung des Konzepts emotionaler Kompetenz die Möglichkeit, Gesundheitsförderung über ein zentrales Lebensthema zu entwickeln und zu vermitteln: über das Thema „Emotionen“, das viele Menschen berührt und jenseits normativer Gesundheitsvorstellungen anzusprechen in der Lage ist. Die Popularität der Bücher von Goleman, Klein u.a. zeigt, wie die Bedeutung der Emotionalität für viele Menschen an Gewicht gewinnt und mehr und mehr ernst genommen wird. Vor diesem Hintergrund dürfte eine Fokussierung auf das Thema auch sehr zur Attraktivität von Gesundheitsförderung beitragen, weil deutlich würde, dass Gesundheit sehr viel mehr ist als Risikovermeidung. Ohne eine weitere Definition von Gesundheit in die Diskussion einbringen zu wollen, ist diese aus der hier vorgeschlagenen Perspektive so offensichtlich eng mit den Emotionen verknüpft, dass es (letztlich) nur konsequent ist, deren Weisheit als Leitfaden für unser Wohlbefinden und für einen kompetenten und geglückten Austausch mit uns selber und unserer Umwelt nutzen zu lernen. Damit verbunden wäre die große Chance, dass der Gesundheitsbegriff frei würde von den Konnotationen, die ihn mit dem behelrenden Charakter und den Verboten der traditionellen Gesundheits-erziehung in Verbindung bringen. Aus einer emotionszentrierten Perspektive, die weiß, warum sich Menschen wider besseres Wissen gesundheitsschädigend verhalten, dürften sich diese in ihren Bewältigungsbemühungen sehr viel mehr ernst genommen fühlen. Zudem ist zu erwarten, dass Ansätze für eine Steigerung diesbezüglicher Kompetenzen eher wirksam werden, wenn sie in einen Kontext von Selbstbestimmung, Empowerment etc. eingebettet und mit der Frage verbunden sind: was kann ich tun und wie will ich mein Leben gestalten, dass es meinem inneren Maßstab und Wohlfühlen entspricht.

Schließlich bietet der Zugang über die Emotionen bzw. die emotionale Kompetenz einen schlüssigen Ausgangspunkt, um das in der Psychosomatischen Grundversorgung favorisierte biopsychosoziale Modell zu konkretisieren bzw. zu ergänzen und auch für Patienten auf einen leicht nachvollziehbaren und verständlichen Nenner zu bringen. Beispielsweise wäre anhand des um die Gesundheitsperspektive erweiterten transaktionalen Modells von Lazarus oder

auch an einem einfachen Vier-Komponenten-Modell der Emotion schlüssig aufzuzeigen, warum Stress-Emotionen alle Reaktionsebenen betreffen und daher eine rein somatische Behandlung zwar kurzfristig erfolgreich sein mag, bei andauernder Belastung aber der Unterstützung durch ergänzende Strategien bedarf, die auch auf die psychischen und sozialen Aspekte von Gesundheit zielen und alle **emotionalen** Reaktionsebenen einbeziehen. Dafür müsste die Medizin allerdings bereit sein, die eigenen Grenzen einzugestehen und ihr therapeutisches Wissen bezüglich der somatischen Behandlung einschlägiger Krankheitsbilder um solche Behandlungsansätze und Formen interdisziplinärer Zusammenarbeit zu ergänzen, die geeignet sind, auch die über das Körperliche hinausgehenden Aspekte von Gesundheit in wirksamer Weise zu beeinflussen.

Verzahnung der Strukturen: eine Utopie?

Wie dies faktisch aussehen kann, dies ist angesichts der eindeutig und entschieden kurativen Ausrichtung unseres Gesundheitssystems und angesichts der eher eingeschränkten Bedingungen für Gesundheitsförderung nur in Form einer Utopie zu skizzieren. Wünschenswert erscheint eine Form von integrierter Gesundheitsversorgung, bei der Kuration und Gesundheitsförderung Hand in Hand arbeiten. ÄrztInnen, die selber an Psychosomatischer Grundversorgung sehr interessiert und in basalen Behandlungsansätzen gut geschult sind, geben Patienten zumindest einen Teil des notwendigen Selbsthilfeeinstruments an die Hand. Wenn sie bemerken, dass ihre Interventionen nicht ausreichen, dann werden die PatientInnen weitervermittelt, entweder – wie hier vorgeschlagen – in geeignete gesundheitsförderliche Interventionsprogramme und oder wie bisher in Psychotherapie. Sinnvoll erscheint es allerdings, in jedem Fall zuerst oder zumindest parallel auch die Möglichkeiten einer emotionszentrierten Gesundheitsförderung auszuschöpfen, nicht nur, weil dadurch Selbsthilfepotentiale geweckt und genutzt werden können, sondern auch weil das Angebot einer Psychotherapie vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen (und emotionstheoretisch fundierten) Gesundheitsverständnisses mit großer Wahrscheinlichkeit noch wirkungsvoller und selbstverantwortlicher wahrzunehmen ist.¹⁶⁸

Diese Utopie wäre insbesondere für diejenigen medizinischen Bereiche wünschenswert, in denen rein somatisch und an der Apparatemedizin orientierte Ärzte und Ärztinnen auf ebenso denkende Patienten und Patientinnen treffen, die ihren Körper als Maschine und ihre Krankheit als Betriebsschaden betrachten und meinen, dass dieser nur einer Wartung oder Reparatur bedarf und ärztliche Therapie sie ohne ihr Zutun von allen Symptomen zu befreien in der Lage ist.¹⁶⁹ Diese Situation ist offensichtlich immer noch verbreiteter, als es die Bemühungen um

¹⁶⁸ In diesem Zusammenhang seien noch einmal die therapieerfahrenen Patientinnen erwähnt, die bezogen auf das tagesklinische Angebot der oben bereits erwähnten Essener Klinik ausdrücklich betonten, wie außerordentlich wichtig für sie die „Körperwahrnehmungsübungen“ waren (gemeint sind die verschiedenen Formen von Meditation in Stille und Bewegung) und dass sie wahrscheinlich schon viel früher einen Zugang zu ihrer Krankheit und einen Schlüssel zur Krankheitsbewältigung gefunden hätten, wenn die Schulung des Körperbewusstseins in die Interventionen einbezogen gewesen wäre.

¹⁶⁹ Dies Bild ist mir nachdrücklich in Erinnerung geblieben, nachdem ich vor vielen Jahren mit den SchülerInnen einer Krankenpflegeschule in einem großen deutschen Universitätsklinikum einer Bypass-Operation bewohnen durfte. Einer der Chirurgen, der uns das Vorgehen erklärte, meinte in diesem Zusammenhang, dass er sich häufig wie ein Monteur in einer Autowerkstatt vorkomme. Die Patienten würden zwar über die Risikofaktoren informiert, sähen aber wenig Grund, ihren Lebensstil zu ändern, weil sie sich auf die wirkungsvollen Reparatüreingriffe der Medizin verließen. Dass dies kaum (alleine) den Patienten anzulasten ist, sondern darauf zurückzuführen ist, dass die „Krankheit als Betriebsschaden im menschlichen Körper einpräg-

Psychosomatische Grundversorgung und psychosomatische Medizin erkennen lassen. Immer noch braucht ein Patient „derzeit im Durchschnitt sieben Jahre, um bei psychosomatischen Fachärztinnen und –ärzten adäquat behandelt zu werden“, eine Zahl, „die sich in den letzten 20 Jahren leider nur von zwölf um 5 Jahre reduziert hat“ (Deter, 2001 b, S. 624). Genau in diesen Bereichen aber wäre eine enge und möglichst institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen Kuration und Gesundheitsförderung äußerst wünschenswert und dringend notwendig, eine integrierte Gesundheitsversorgung, die Patienten mit entsprechenden Krankheitsbildern möglichst schon bei den ersten Symptomen signalisiert, dass dabei körperliche, seelische und soziale Faktoren zusammenwirken und ganzheitlich zu betrachten sind und dementsprechend Biomedizin durch solche Maßnahmen der Gesundheitsversorgung ergänzt werden muss, die diese biopsychosoziale Sicht repräsentieren und in wirksame Gesundheitsförderung zu übersetzen in der Lage sind.

In diesen Fällen könnte integrierte Gesundheitsversorgung zum Beispiel bedeuten, dass Ärzte, die um die Grenzen ihrer somatischen Zugangsweise wissen, selber aber nicht im Bereich der Psychosomatischen Grundversorgung tätig werden wollen, über gesundheitsförderliche Interventionsstrategien soweit informiert sind, dass sie ihre Patienten und Patientinnen gezielt in diese Richtung beraten und weitervermitteln. Ebenso wäre denkbar, dass ÄrztInnen und GesundheitsförderInnen¹⁷⁰ sowie weitere Mitglieder multidisziplinärer Behandlungsteams (z.B. Physiotherapeuten oder Ernährungsspezialisten) eine solche verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit auch dadurch sichtbar machen, dass die unterschiedlichen Kompetenzen in gemeinsamen Veranstaltungen zu spezifischen Schwerpunkten (z.B. Rückenleiden) gebündelt und nach außen dargestellt werden. Zu dieser Utopie gehört überdies, dass auch Krankenhäuser viel stärker als bisher die Möglichkeiten und Rahmenbedingungen bekommen und nutzen, um Kuration und Pflege mit Gesundheitsförderung in dem hier skizzierten Sinne zu verbinden. Neben einem Medizinsystem, das sich – in Kenntnis und Akzeptanz seiner unbestreitbaren

sames und faszinierendes kulturelles Muster (bildet), das die Medizin der Industriegesellschaft insgesamt kennzeichnet“ (Huber, E.; S. 492), ist eine Kritik, die hier nicht noch vertieft werden kann.

¹⁷⁰ Nach meiner Vorstellung gehören dazu keineswegs nur Psychologen oder Pädagogen mit einschlägiger Ausbildung. Zum einen erscheint es angesichts der Verbreitung von Gesundheitsproblemen, die durch emotionale Faktoren verursacht sind oder sie zumindest begleiten, „unmöglich, diese Prävention überwiegend durch professionelle Helfer durchzuführen“ (Tausch, 1992, S. 56). Zum anderen wurde ja an anderer Stelle (vgl. 7.3.2.2) bereits angesprochen, dass für eine überzeugende Vermittlung von Gesundheitsförderung, welche auf dem hier dargelegten Verständnis von emotionaler Kompetenz basiert, ein breites sozialwissenschaftliches Fundament nur eine wichtige Voraussetzung darstellt. Zusätzlich ist von Personen, die andere bei der Entwicklung gesundheitsförderlicher emotionaler Kompetenz begleiten wollen, zu erwarten, dass sie das Wissen glaubhaft zu transportieren vermögen, eine Wirkung, die nur aufgrund von Persönlichkeitsentwicklung und selbstreflexiver Auseinandersetzung mit diesbezüglichen Inhalten zu erreichen ist. Vor diesem Hintergrund tendiere ich hinsichtlich der Ausbildung von GesundheitsförderInnen zu der Auffassung, dass der einschlägigen „Lebenserfahrung“ ebenso viel Gewicht zukommen sollte wie den jeweiligen professionellen Voraussetzungen. Als Beispiel sei hier wiederum das MBSR-Programm angeführt, welches zwar vorwiegend von Angehörigen der Gesundheitsberufe vermittelt wird, es aber auch denkbar ist, dass beispielsweise PfarrerInnen, Journalistinnen oder sogar JuristInnen sich in achtsamkeitsbasierter Stressbewältigung und Gesundheitsförderung engagieren. Letztlich handelt es sich bei dem, was in der vorliegenden Arbeit zusammengetragen und durch wissenschaftliche Forschung begründet wurde, ja um nichts anderes als um „die Summe von Erfahrungen, wie Menschen sich bei seelischen Belastungen selbst helfen“ (Tausch, 1989, S. 14), wobei „die persönlichen Erfahrungen von Menschen und die wissenschaftlichen Forschungsbefunde zur Verminderung von Beeinträchtigungen (weitgehend miteinander übereinstimmen)“ (ebd.). Vor diesem Hintergrund ist es kaum erstaunlich, dass zwischen dem Buch „Lebensschritte“ von Tausch (1989), in dem er die wissenschaftlichen Befunde in einer leicht verständlichen Sprache darstellt, und der vorliegenden Arbeit viele Parallelen aufzuzeigen wären.

Möglichkeiten, aber eben auch seiner Grenzen – zunehmend integrativen Behandlungskonzepten und interdisziplinärer Kooperation öffnet, gehören zu der Utopie schließlich und natürlich auch die gut informierten und zunehmend aufgeklärten Patientinnen und Patienten, die um mögliche soziopsychosomatische Zusammenhänge von Krankheit und Gesundheit sowie um eigene Ressourcen und Selbsthilfepotentiale wissen und diese nutzen und, sofern sie dabei an die Grenzen ihrer Bewältigungskompetenz stoßen, bereit sind, auch auf die Möglichkeiten der Psychotherapie zurückzugreifen.¹⁷¹

Voraussetzung dafür wäre natürlich, dass entsprechende, gut evaluierte und langfristig kostengünstige Programme auch tatsächlich von den Krankenkassen übernommen und nicht – wie wohl selbst in der tertiären Prävention zum Teil üblich – „nicht oder erst nach großem Widerstand bezahlt (werden)“ (Kröner-Herwig, S. 616). Da sich die vorliegende Arbeit auf die inhaltliche Argumentation beschränken möchte, soll in diesem Zusammenhang nur auf Ergebnisse aus dem Kontext der psychosomatischen Medizin verwiesen werden, wonach „das Handlungsmodell des *mündigen* Patienten, der sich zum *Experten im Umgang mit der eigenen Krankheit und Gesundheit* entwickelt, auch volkswirtschaftlich einen Sinn macht“ (Zielke, S. 590; Hervorh. i. Original/U.F.).¹⁷² In dieselbe Richtung weist auch ein Aufsatz des amerikanischen Gesundheitsexperten David Sobel (1995), der anhand zahlreicher Krankheitsbilder und der dabei durch psychosoziale Interventionen eingesparten Krankheitskosten zeigt, wie sinnvoll es ist, wenn über die medizinischen Behandlungsmaßnahmen hinaus auch die – vielen Krankheiten zum Teil zugrunde liegenden, zum Teil sie begleitenden oder das Krankheitsmanagement beeinflussenden – Faktoren „thoughts“, „feelings“, „moods“ „coping skills“ und „social support“ in die klinischen Interventionen einbezogen werden (vgl. ebd.). Er meint, dass, wenn es ein Medikament mit vergleichbar evidenter Wirkung gäbe, dieses sicher umgehend in die Behandlung einbezogen würde (vgl. ebd., S. 242; vgl. dazu auch die dem Thema Mind-Body-Medizin und Emotionen gewidmete Ausgabe Nr. 27/ Sept. 2004 der Zeitschrift *Newsweek*). Darüber hinaus sei die Einbeziehung von Mind/Body-Interventionen nicht nur aus Kosten- und aus Gesundheitsgründen dringend zu empfehlen, sondern auch, weil die anwachsende Laienliteratur und die zunehmende Zahl an Selbsthilfegruppen deutlich zeige, wie sehr viele Menschen es erwarten und dazu bereit sind, an ihrer Behandlung und an der Förderung ihrer Gesundheit teilzunehmen (vgl. ebd.).

Emotionale Kompetenz als ein Leitgedanke von Gesundheit

All diese Maßnahmen sollten von breitenwirksamen Settingansätzen flankiert sein, die die Menschen möglichst bereits in jungen Jahren, das heißt in Kindergarten und Schule erreichen und sie auch später am Arbeitsplatz, in der Gemeinde etc. mit für die jeweilige Lebensphase

¹⁷¹ Wenn es nun so aussehen sollte, als ob solche – auch interdisziplinären – Initiativen, Veranstaltungen und Behandlungskonzepte beispielsweise in Form von Arzt-Patienten-Seminaren und gesundheitsförderlichen Krankenhäusern ja schon existierten, dann muss dies dahingehend eingeschränkt werden, dass der Fokus dabei zum großen Teil auf Krankheit gerichtet ist. Wie demgegenüber eine Utopie aussehen könnte, in der die Emotionen bzw. die emotionale Gesundheit und nicht Krankheitsparameter und die jeweils neuesten Behandlungsmethoden die wichtigste Rolle spielen, das wird im Weiteren noch deutlicher.

¹⁷² „Die aktive Mitgestaltung des Gesundungsprozesses durch die Patienten und frühzeitige verhaltensmedizinische Rehabilitationsmaßnahmen führen bei psychosomatischen Erkrankungen zu einer wesentlichen und anhaltenden Verbesserung des Gesundheitszustandes“ (Zielke, S. 601) und zu einer Verringerung der Krankheitskosten von 8.125 Milliarden DM um 2,422 Milliarden DM, wobei sich diese Zahl im Wesentlichen auf Neurosen, funktionelle Störungen und depressive Zustände bezieht, also nur auf einen Ausschnitt des hier zur Diskussion stehenden Krankheitsspektrums (vgl. ebd.).

relevanten Angeboten begleiten sowie bei der Gestaltung ihrer Gesundheits- bzw. Lebensbedingungen unterstützen. Als Beispiel seien hier nur die von Golemann (1998 a) vorgestellten, in amerikanischen Schulen verbreiteten Programme zur emotionalen Bildung angeführt, die Anregungen geben, wie ein „Self Science Curriculum“ (vgl. ebd., S. 377 ff.) in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aussehen könnte, oder bei uns das zur Zeit an den Schulen Niedersachsens erprobte Programm MindMatters, das ebenfalls in diese Richtung weist.¹⁷³ Im Erwachsenenalter könnte eine Konzeption „emotionaler Kompetenz“ oder emotionaler Bildung dann so etwas wie die Wurzel oder die Basis für (immer weitere) Ausdifferenzierungen bzw. Verknüpfungen mit ergänzenden Thematiken sein, die zwar noch in loser Verbindung mit dem Ausgangsthema stehen, sich aber nun auf spezifische Anforderungen der jeweiligen Lebenssituation oder des Lebensalters beziehen. Denkbar ist zum Beispiel, emotionale Kompetenz gezielt in Bezug auf Partnerbeziehungen zu fördern oder das Thema in den Mittelpunkt gesundheitsförderlicher Beziehungsgestaltung in Organisationen zu stellen. Auch könnten die Emotionen Ausgangspunkt sein für die Fragen nach der Individuation und dem Sinn des eigenen Lebens, die sich vor allem in späteren Lebensjahren häufig mit großer Intensität stellen (vgl. z.B. Kast, 1997).¹⁷⁴ Einmal erfahren, im Verlauf des Lebens in verschiedenen Kontexten und unter verschiedenen Perspektiven geübt und vertieft und unter Umständen durch diesbezügliche philosophische Angebote noch zusätzlich gefördert und erweitert, könnte die Hinwendung zu den Emotionen zu guter Letzt so etwas wie ein Richtschnur bilden, die dem Einzelnen bei der Identitätsfindung hilft (vgl. ebd., S. 89) und in Gesundheit wie in Krankheit und existentiellen Krisen darin unterstützt, das zu formulieren und auch „als Lebenskritik ans Licht“ zu bringen, was „die Gesundheit zu ihrem Lebensentwurf braucht“ (Keil, 1994, S. 108). Auf diese Weise würde die kompetente Gestaltung der Emotionen nicht nur zu einer wichtigen Säule für eine „Lebenskunst im Umgang mit sich selbst“ (s. den Untertitel zu Schmidt, 2004). Sie wäre wahrscheinlich auch eine wichtige Voraussetzung für den gesellschaftlichen Wandel, der ganz „weitgehend von den emotionalen und kognitiven Fähigkeiten und Beschränktheiten der Individuen

¹⁷³ MindMatters dient der Prävention psychischer Störungen und der Förderung psychischer Gesundheit von SchülerInnen und LehrerInnen. Das Programm, das in Australien entwickelt wurde und jetzt in Deutschland und in der Schweiz erprobt wird, vermittelt Kompetenzen zum gesundheitsförderlichen Umgang mit sich selbst und anderen, die in vieler Hinsicht dem Anliegen der vorliegenden Arbeit entsprechen (vgl. Zentrum für angewandte Gesundheitswissenschaften, 2004). Soweit ich das anhand des Infopakets übersehen kann, wird bei MindMatters allerdings den Aspekten „Sensibilisierung des Körperbewusstseins“ und „Bewegung“, keine Aufmerksamkeit geschenkt. Dies wäre aber nicht nur deshalb wichtig, weil nach den hier vorgelegten Forschungsbefunden die körperliche Komponente von sehr großer Bedeutung für die emotionale Gesundheit ist. Es wäre auch für eine Verknüpfung mit weiteren Präventions- und Gesundheitsförderungsanliegen, beispielsweise der Bewegung oder der Ernährung (vgl. Thimm, 2004; vgl. a. Fußnote 141), von großer Bedeutung.

¹⁷⁴ Damit es nicht, wie Charlotte Yoko Beck, eine bekannte Meditations-Lehrerin, gesagt haben soll, mit den Jahren immer schlechter und schwieriger wird – „with the years, it get’s worse and worse“ –, auch dafür bieten die Gefühle nach allem in der vorliegenden Arbeit Gesagten einen wichtigen Zugang. Dazu das folgende Zitat aus „The Understudy“ von Elia Kazan, das ich in Traue (1998, S. 333) fand: „Sprich jetzt, sagte ich zu mir selbst, befreie Deine wirklichen Gefühle, bevor es zu spät ist. Sei Du selbst. Nimm Deinen Platz in der Welt ein, denn du bist kein kosmischer Weiser. Du hast keinen Grund, ängstlich zu sein. Gib Deinen Gefühlen nach. Unbeholfen, roh... aber antworte. Laß Dir den Mund nicht verbieten. Was die Welt zu bieten hat, könntest Du haben, aber was Du am meisten brauchst, was du wirklich möchtest, bist Du selbst. Sei nicht mehr anonym. Anonymität, glaubtest Du, würde dich vor Schmerz, Verletzung, Scham und Abweisung schützen. Gestehe dir ein, zurückgewiesen zu sein, gib Deinen Schmerz zu, deine Frustration, ja sogar deine Scham, deine Wut, gib alles und jedes zu, das dir passiert ist, und lass deine wahren, unverfälschten Reaktionen zu, deine Gefühle. Das Wichtigste und zutiefst Menschliche in dir hast du unterdrückt und vor der Welt verborgen.“

bestimmt ist“ (Roth, 2001, S. 457).¹⁷⁵ Mit dem Blick auf Prognosen, wonach die Gesundheit einen entscheidenden Motor für zukünftiges Wirtschaftswachstum und gesellschaftliche Produktivität darstellen wird, werden „weiche Faktoren“, „psychosoziale Qualitäten“ (Nefiodow, S. 29) und die „Kunst einer gesunden Lebensführung“ (ebd., S. 30) voraussichtlich von großer Bedeutung für Lebensqualität und Produktivitätsfortschritte zukünftiger Gesellschaften sein.¹⁷⁶

Hier deutet sich an, wie wenig das Thema Gesundheit (letztlich) isolierten Initiativen oder einmaligen Gesundheitsförderungskursen vorbehalten sein kann. Ganz im Sinne eines sozial-ökologischen Verständnisses von Gesundheit müsste vielmehr die Erweiterung von gesundheitsrelevanten Ressourcen und Kompetenzen eines Individuums bzw. einer Gruppe möglichst Hand in Hand gehen mit einer Erweiterung der Gesundheit erhaltenden und fördernden Ressourcen und Handlungsspielräume der Gesellschaft. Ein kleines Beispiel dafür, wie sich die gesundheitsförderliche Veränderung des Lebensstils einer einzelnen Person in das Umfeld hinein auswirken kann, bietet eine Patientin, die bemerkt hat, wie wichtig für sie die tägliche Achtsamkeitsübung ist. Nachdem sie diese Übung zunächst über einige Zeit in ihren häuslichen Alltag integriert hat, ist es ihr dann auch gelungen, für sich und andere Interessierte an ihrem Arbeitsplatz einen entsprechenden Raum zu schaffen. Seitdem treffen sich 10 bis 20 Menschen regelmäßig in der Mittagszeit und nutzen im Rahmen unbezahlter Arbeitszeit bzw. im Rahmen ihrer Pause die Möglichkeit, gemeinsam verschiedene Übungen (Bodyscan, Meditation, Yoga u.a.m.) zu praktizieren. Ein weiteres Beispiel ist die ansehnliche Zahl ehemaliger Patienten, die sich nach Abschluss ihrer Therapien weiterhin in den Räumen der zuvor bereits erwähnten Essener Klinik treffen, um sich bezüglich der Bewältigung ihres Alltags und ihres Lebens auszutauschen und gemeinsam das zu üben und weiterzuentwickeln, was sie in Bezug auf die Förderung ihrer Gesundheit dort gelernt haben. Dies sind kleine erste Schritte, die anschaulich machen, wie persönliche Gesundheitsförderung auch die äußeren Bedingungen beeinflussen kann, und eine erste Idee davon vermitteln, was es bedeuten könnte, wenn Kuration und Gesundheitsförderung gemeinsam auf das Ziel hinarbeiten würden, den Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Wie das Thema Gesundheit darüber hinaus in die ver-

¹⁷⁵ Vgl. in diesem Zusammenhang auch die bereits erwähnten Ausführungen eines weiteren Hirnforschers, Gerald Hüther (2002, S. 123), über die Bedeutung der Achtsamkeit als „eine ganz wesentliche Unterhaltungs- und Wartungsmaßnahme für ein menschliches Gehirn“ und für eine umfassende Nutzung all seiner Potentiale (vgl. a. vorne Kap. 6.1.2).

¹⁷⁶ Heute schon sind „die Kosten der emotionalen Unbildung“ (Goleman, 1998 a, S. 291) enorm hoch. Wenn man die Zusammenstellung der Aufwendungen für die Folgen von Gewalt, Kriminalität u. Drogen; Umweltzerstörung und Energieverschwendung; soziale Kosten (Arbeitslosigkeit, zerrüttete Familien etc.); Gesundheitsschäden und „niedrige Produktivität“ im Gesundheitswesen u.a.m. betrachtet (vgl. Nefiodow, S. 22 f.), dann wird deutlich, dass dies nicht nur „eine unerwünschte Begleiterscheinung, gewissermaßen ein(en) Schönheitsfehler des modernen Fortschritts“ darstellt (ebd., S. 23), sondern dass „die inneren Störungen moderner Gesellschaften inzwischen einen Umfang erreicht (haben), der den Wachstumsprozess – und damit auch die Lebensqualität – erheblich beeinträchtigt“ (ebd., S. 20). Mag es auch ungewohnt und vielleicht sehr verkürzt erscheinen, all diese Phänomene auf „psychisch-soziale Störungen und Erkrankungen“ als „gemeinsamen Nenner“ (ebd., S. 23) zurückzuführen, so hat doch die vorliegende Arbeit verschiedentlich deutlich gemacht, warum heute „das Selbst als größte Schwachstelle der modernen Gesellschaft“ erscheinen mag (vgl. die Verlagsbeilage zu Schmid, 2004) und es immer vordringlicher wird, dem etwas entgegenzusetzen, was in der Lage ist, „das Selbst“ bzw. die „Selbstbeziehung“ zu festigen und zu stärken (ebd., S. 15), um von dort aus „auf andere Weise vom Ich zum Wir und zur Sorge für andere zu kommen“ (ebd., S. 18; Hervorh. i. Original/ U.F.).

schiedensten sozialen Systeme hineingetragen werden kann, um dort zur Verbesserung der Lebenswelten der Menschen beizutragen, dafür liefert die Diskussion um Gesundheitsförderung in Settings noch viele weitere Anregungen (vgl. Lobnig u. Pelikan, 1996).

Fazit: Gesundheitsförderung (durch Stärkung emotionaler Kompetenz) als Ergänzung zur Psychosomatik

In unserem Medizinsystem gilt die Psychosomatik als die Instanz, die dafür sorgt, dass dem Wunsch bzw. „Anspruch von Patientinnen und Patienten, als körperliche, seelische, geistige und soziale Wesen ernst- und angenommen zu werden“ (Fülgraff, S. 490), Rechnung getragen wird und diesbezügliche „Probleme des Kranken nicht nur additiv als Angelegenheiten verschiedener Disziplinen ..., sondern 'integriert', d.h. als einander ergänzende Aspekte eines menschlichen Schicksals“ verstanden werden (von Uexkuell, 2001, S. 95). Vor diesem Hintergrund erscheint es ohne Zweifel wünschenswert, „dass Psychosomatik ganz selbstverständlich zu jedem ärztlichen Handeln gehört“ (Fülgraf, S. 490). Wenn es nun aber darum geht, „nicht nur die individuelle Behandlung, sondern auch präventive Schritte für die Bevölkerung in die Betrachtung mitein(zu)beziehen“ (Weiner, S. 80), dann gehört allerdings – so der Vorsitzende des DKPM, des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (Egle) – die „Prävention“ bisher zu den Themen, „die wir ganz sicherlich vernachlässigt haben“ (ebd., S. 617). Beide Statements entstammen einer Expertendiskussion zum Thema „Psychosomatische Medizin an der Jahrtausendwende“, wobei es erstaunen mag, dass die erste Aussage von einem Public Health-Vertreter (Fülgraf) und die zweite von einem Vertreter der Psychosomatik (Egle) stammt. Zugleich überrascht diese Annäherung zwischen psychosomatischer Medizin und Public Health aber wiederum auch nicht, weil beide zum großen Teil auf ähnlichen Erkenntnissen der Grundlagenforschung aufbauen (vgl. Deter, 2001 a, Teil 2) und die Gesundheitswissenschaften wesentlich dazu beitragen, „eine salutogene Heilkunst zu entwickeln“ (Huber, E., S. 494).

Während aber die psychosomatische Medizin vor der Herausforderung steht, ein biopsychosoziales Modell der Medizin auch auf der Ebene der Grundlagenforschung zu begründen (vgl. Franke, E., 2001, S. 94) und hinsichtlich verschiedener Krankheitsbilder möglichst genau zu verstehen, wie „vom sozialen Kontext die Spannungen und Belastungen über das Gehirn in den Körper gehen“ (Weiner in: Egle u.a., S. 607), liegen für Public Health und die Gesundheitswissenschaften mit ihrem Blick auf die Gesundheitsförderung und den Gesundheitsgewinn ganzer Bevölkerungen die Gewichte anders. Mag das Wissen über die Emotionen, gerade auch im Verhältnis zu weiteren krankheitsverursachenden Faktoren (wie den Genen oder Umweltfaktoren), für die individuelle Behandlung (noch) nicht ausreichen – mit dem Blick auf das Ziel einer krankheitsunspezifischen, niedrighwelligen und breitenwirksamen Konzeption von Gesundheitsförderung erscheinen mir die Fakten schon sehr überzeugend und hinreichend evident.

Die Emotionen haben sich als guter Wegweiser erwiesen, um die Befunde aus den unterschiedlichsten Forschungsgebieten in einen schlüssigen Zusammenhang zu bringen und ein Bild zu zeichnen, das zumindest in groben Zügen ein kohärentes und sinnvolles Verständnis dieser für Krankheit und Gesundheit so bedeutungsvollen Ursachen- bzw. Begleitfaktoren ermöglicht. Auch wenn vor allem im Bereich der Grundlagenforschung manche Puzzlestücke noch fehlen, konnten die für die (emotionale) Gesundheit relevanten physiologischen, psychischen und sozialen Prozesse und Wechselwirkungen doch so weitgehend rekonstruiert werden, dass es nun möglich ist, die Gesundheitsförderung, deren wissenschaftliche Grundlegung bisher als

unzureichend kritisiert wurde, auf stabile(re) Füße zu stellen und eine Konzeption vorzulegen, die insbesondere auch Menschen mit psychogenen Erkrankungen und Störungen einzubeziehen in der Lage ist. Auch wenn eine Realisierung diesbezüglicher Empfehlungen sicher nicht alleine von Inhalten abhängt – schon deshalb, weil (in Anlehnung an einen früheren Buchtitel von Deppe, 1987) Gesundheit ohne Politik nicht machbar ist –, so ist vor diesem Hintergrund doch zu hoffen, dass eine gut begründete Idee wie die hier entwickelte (der gesundheitsförderlichen emotionalen Kompetenz) zumindest ein Stück weit dazu beitragen kann, den vielen von psychogenem Leid betroffenen Menschen Wege aufzuzeigen, wie Schwierigkeiten auf hilfreiche und zugleich gesundheitsförderliche Weise bewältigt, neue Wege entdeckt und die schönen und freudvollen Seiten des Lebens besser genutzt werden können. Dabei verbinde ich persönlich mit dem Thema und dessen Verbreitung auch die Hoffnung, dass Menschen mit Hilfe emotionaler Kompetenz nicht nur lernen, ihre Spürfähigkeit zu verfeinern und ihr Innenleben zu klären und weiterzuentwickeln, sondern dass dadurch auch eine Wiederanbindung an die Rhythmen der Natur möglich und der Kontakt mit der sozialen und ökologischen Umwelt bzw. mit dem, was die Physiker das *Gewebe der Wirklichkeit* nennen, verbessert wird.

Literaturverzeichnis

- Abel, T. (1992): Konzept und Messung gesundheitsrelevanter Lebensstile. In: *Praevention*, 15. Jg., Heft 4, S. 123-128
- Abel, T.; Kolip, P.; Wydler, H. (2000): Sense of coherence und Salutogenese. Ein Essay zur Kritik und Weiterentwicklung einer aktuellen Perspektive in der Gesundheitsforschung. In: Wydler, H.; Kolip, P.; Abel, T. (Hg.) (2000), a.a.O., S. 197-201
- Abele, A.; Becker, P. (Hg.) (1991): *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik*. Weinheim, München: Juventa
- Albus, C.; Köhle, K. (1997): *Gesundheit wiedergewinnen – ein Konzept für eine salutogenetisch orientierte, ambulante Behandlung von Koronarkranken*. In: Lamprecht, F.; Johnen, R. (1997), a.a.O., S. 144-153
- Alsleben, H.; Weiss, A.; Rufer, M. (2004): *Psychoedukation Angst- und Panikstörungen*. München: Urban & Fischer
- Altner, N. (1998): *Qigong in der sozialen Arbeit. Eine ganzheitliche Methode der Entspannung, Zentrierung und Selbstaktualisierung*. Unveröffentl. Diplomarbeit. FHS Münster
- Altner, N.; Michalsen, A.; Richarz, B.; Reichardt, H.; Dobos, G. (2004): *Stressbewältigung durch Achtsamkeit als Unterstützung bei der Reduzierung des Tabakkonsums bei Krankenhauspersonal – eine kontrollierte Interventionsstudie zur Förderung des rauchfreien Krankenhauses*. In: Heidenreich, T.; Michalak, J. (Hg.): *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie*. Tübingen: DGVT
- Amann, G.; Wipplinger, R. (1998): *Gesundheitsförderung ein multidimensionales Tätigkeitsfeld*. Tübingen: dgvt-Verlag
- Antoni, M.H.; Goodkin, K. (1988): *Host moderator variables in the promotion of cervical neoplasia*. In: *personality facets. Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 32, No. 3, S. 327-338 (Errata in: 1989, 33 (3), S. 391)
- Antonovsky, A. (1993): *Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung*. In: Franke, A.; Broda, M. (Hg.) (1993), a.a.O., S. 3-14
- Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (Dt. erw. Hrsg. von A. Franke). Tübingen: Dgvt-Verlag
- Antons, K.; Schulz, W. (1981): *Normales Trinken und Suchtentwicklung. Theorie und empirische Ergebnisse interdisziplinärer Forschung zum sozialintegrierten Alkoholkonsum und süchtigen Alkoholismus*. Bd. 1, 2. Aufl., Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe
- Appels, A.; Kop, W.; Meesters, C.; Markusse, R.; Golombek, B.; Falger, P. (1994): *Vital Exhaustion and the Acute Coronary Syndromes*. In: *International Review of Health Psychology*; Vol. 3, S. 65-95
- Appels, A.; Kop, W.J.; Schouten, E. (2000): *The nature of the depressive symptomatology preceding myocardial infarction*. In: *Behavioral Medicine*; Vol. 26, No. 2, S. 86-89
- Aries, M.; Zuppiger, I. (1993): *Burnout beim Pflegepersonal. Studie zur Arbeitssituation und zu den psychischen Belastungen des Pflegepersonals (Lizentiatsarbeit)*. Zürich: Uni, Philosophische Fakultät, Psych. Inst.: Abtlg. Sozialpsychologie
- Aries, M.; Zuppiger Ritter, I. (1999): *Pflegende mit und ohne Burnout: Ein Vergleich*. In: *Pflege*, 12. Jg., Heft 2, S. 83-88
- Arnold, R. (o.J.): *Schlüsselqualifikation: Kompetenzentwicklung durch eine Didaktik der Selbstorganisation*. Kaiserslautern: Universität, Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, Fachgebiet Pädagogik
- Asper, K. (1991): *Verlassenheit und Selbstentfremdung. Neue Zugänge zum therapeutischen Verständnis*. 2. Aufl., München: deutscher Taschenbuchverlag
- Aust, B.; Siegrist, J.; Richard, P. (1999): *Theoriegeleitete Stressprävention bei personenbezogenen Dienstleistungsberufen – Das Beispiel innerstädtischer Busfahrer*. In: Badura, B.; Siegrist, J., a.a.O., S.123-134
- Aymanns, P.; Philipp, S.; Klauer, T. (1995): *Family support and coping with cancer: Some determinants and adaptive correlates*. In: *British Journal of Social Psychology*; Vol. 34, S. 107-124
- Babiyak, M.; Blumenthal, J.; Herman, S.; Kathri, P.; Doraiswamy, M.; Moore, K.; Craighead, E.; Baldewicz, T.; Krishnan, R. (2000): *Exercise treatment for major Depression. Maintenance of therapeutic benefit at 10 months*. In: *Psychosomatic Medicine*, Vol. 62, No. 5, S. 633-646
- Backes, H.; Hemme, A. (1998): *Gesundheitsförderung für junge Menschen*. In: Amann, G.; Wipplinger, R. (Hg.), a.a.O., S. 235-258
- Badura, B. (1983): *Sozialepidemiologie in Theorie und Praxis*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, a.a.O., Bd. 5, S. 29-48
- Badura, B. (1987): *Krankheitsbewältigung als sozialer Prozeß*. In: Badura, B. u.a., a.a.O., S. 7-32
- Badura, B. (1990): *InteraktionsStress. Zum Problem der Gefühlsregulierung in der modernen Gesellschaft*. In: *Zeitschrift für Soziologie*, 19. Jg., Heft 5, S. 317-328
- Badura, B. (1991): *Freud vs. Selye. Zur Bedeutung der Gefühlsregulierung für die Stressbewältigung*. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 1.Jg, Heft 1, S. 47-60
- Badura, B. (1992): *Gesundheitsförderung und Prävention aus soziologischer Sicht*. In: Paulus, P. (Hg.), a.a.O., S. 43-51
- Badura, B. (1993): *Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften*. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hg.) (1993), a.a.O., S. 63-87
- Badura, B. (1996 a): *Arbeit im Krankenhaus*. In: Badura, B.; Feuerstein, G. (1996); a.a.o., S. 21- 82
- Badura, B. (1996 b): *Pflege vor der Herausforderung durch die Gesundheitswissenschaften*. In: *Pflege*, 9. Jg., Heft 1, S. 40-47
- Badura, B. (1999): *Elemente einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik*. In: *Gewerkschaftliche Monatshefte*, 50. Jg.; Heft 6, S. 349-356

- Badura, B.; Feuerstein, G. (1996): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. 2. Aufl.; Weinheim, München: Juventa
- Badura, B.; Kaufhold, G.; Lehmann, H.; Pfaff, H.; Schott, T.; Waltz, M. (1987): Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Badura, B.; Ritter, W. (1998): Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Bamberg, E.; Ducki, A.; Metz, A. (Hg.), a.a.O., S. 223-235
- Badura, B.; Strodtholz, P. (1998): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hg.) (1998), a.a.O., S. 145-174
- Badura, B.; Siegrist, J. (Hg.) (1999): Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Perspektiven; Weinheim, München: Juventa
- Bäumli, J.; Pitschel-Walz, G. (2004): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. Stuttgart, New York: Schattauer
- Baer, R. (2003): Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. In: *Clinical Psychology: Science and Practice*; Vol. 10, No. 2, S. 125-143
- Baer, R.. (2004): Assessment of Mindfulness by Self-Report. Vortrag anlässlich einer Konferenz zu "Mindfulness-Based Approaches: Research Training & Clinical Praxis" 13.-20.8.04 in Bangor, University of Wales (North Wales Centre for Mindfulness Research and Practice)
- Baer, R. ; Smith, G.; Allen, K. (2004): Assessment of Mindfulness by Self-Report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. In: *Assessment*, Vol. 11, No. 3; S. 191-206
- Balint, M.; Balint, E. (1976): Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. 2. Aufl., Stuttgart: Klett
- Bamberg, E.; Ducki, A.; Metz, A-M. (Hg.) (1998 a): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie
- Bamberg, E.; Ducki, A.; Metz, A-M. (1998 b): Betriebliche Gesundheitsförderung zwischen Leitlinien, Wissenschaft und Pragmatismus. In: Bamberg, E.; Ducki, A.; Metz, A-M. (Hg.), a.a.O., S. 469-481
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral change. In: *Psychological Review*, Vol. 84, Nr. 3, S. 191-215
- Bandura, A. (1992): Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In: R. Schwarzer (Hg.): *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, London: Hemisphere; S. 355-394.
- Bandura, A.; Taylor, C.; Williams, S.; Mefford, I.; Bar-chas, J. (1985): Catecholamine Secretion as a Function of Perceived Coping Self-Efficacy. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 53, No. 3, S. 406-414
- Barasch, M. (1996): Ich suchte meine Seele und wurde gesund. Heilung als Reise nach innen. Bern, München, Wien: Scherz
- Bardé, B; Jordan, J. (1999): Psychodynamische Beiträge zu Ätiologie, Verlauf und Psychotherapie der koronaren Herzkrankheit. Expertise für die Statuskonferenz Psychocardiologie vom 17.9.1999. In: <http://cardio.arago.de>
- Barth, J.; Härter, M. (1996): Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen und gesundheitliches Risiko-verhalten – eine Analyse von Kontrollüberzeugungsmustern. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 46. Jg., Heft 7, S. 247-253
- Bartmann, U. (2003): Laufen und Joggen für die Psyche. Ein Weg zur seelischen Ausgeglichenheit. 3. Aufl.; Tübingen: dgvt-Verlag
- Bartsch, H.; Bengel, J. (Hg.) (1997): Salutogenese in der Psychoonkologie; Basel: Karger
- Bastine, R. (1998): *Klinische Psychologie*, Bd.1; 3. vollständig überarb. u. erw. Aufl.; Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Batra, A. (1998): Tabakabhängigkeit und moderne Raucherentwöhnungsmethoden. In: Mann, K.; Buchkremer, G. (Hg.), a.a.O., S. 323–331
- Bauer, J. (2002) *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. Frankfurt/Main: Eichborn
- Bauer, J., Hafner, S.; Kachele, H.; Wirsching, M.; Dahlbender, R. (2003): Burnout und Wiedergewinnung seelischer Gesundheit am Arbeitsplatz. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*; 53. Jg.; Heft 5, S. 213-222
- Baumgart, E. (2004): Stichwort: Homöostase. In: *Lexikon sociologicus* (Hg.: Hermann Luchterhand Verlag); verfügbar unter: www.sociologicus.de/lexikon/lex_geb/begriffe/homoeost.htm
- Baur, E.; Schmidt-Bode, W. (2003): *Glück ist kein Zufall*. 4. Aufl.; München: Gräfe u. Unzer
- Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B.; Emery, G. (1992): *Kognitive Therapie der Depression*. 3. überarb. Aufl.; Weinheim: Psychologie-Verlags-Union
- Becker, P. (1985): Bewältigungsverhalten und seelische Gesundheit. In: *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 14. Jg., Heft 3, S. 169-184
- Becker, P. (1989): *Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen. TPF. Testmappe mit Handanweisung*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe
- Becker, P. (1992 a): Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit. In: Paulus, P. (Hg.), a.a.O., S. 91-107
- Becker, P. (1992 b): Seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, Bd. 21, Heft 1, S. 64-75
- Becker, P. (1995): *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle. Eine integrative Persönlichkeitstheorie und ihre klinische Anwendung*. Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe
- Becker, P. (1997 a): *Psychologie der seelischen Gesundheit*. (Bd. 1). Theorien, Modelle, Diagnostik; 2. Aufl.; Göttingen: Hogrefe
- Becker, P. (1997 b): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Schwarzer, R. (Hg.) (1997), a.a.O., S. 517-534

- Becker, P. (1998): Die Salutogenesetheorie von Antonovsky: Eine wirklich neue, empirisch abgesicherte, zukunftsweisende Perspektive? In: Margraf, J.; Siegrist, J.; Neumer, S. (Hg.), a.a.O., S. 13-25
- Becker, P. (2000): Der Beitrag Victor Frankls zu einer Theorie der seelischen Gesundheit und der Psychotherapie. In: Existenz und Logos, 1. Jg., Heft 2, S. 66-82
- Becker, P.; Bös, K.; Woll, A. (1994): Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der Gesundheit: Pfadanalytische Überprüfungen mit latenten Variablen. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie Bd. II, 2. Jg., Heft 1, S. 25-48
- Becker, P.; Kupsch, M. (2002): The Four-Plus-X Factor Model For The Description of Normal and Disordered Personality as an Alternative to the Five-Factor-Model: A Test of Two Models. Verfügbar unter: <http://psychologie.uni-trier.de/becke/index.htm>
- Becker, P.; Minsel, B. (1986): Psychologie der seelischen Gesundheit. (Bd.2). Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten. Göttingen; Toronto; Zürich: Hogrefe / darin: P. Becker: Kap. 1-4 (S. 1-285); B. Minsel: Kap. 5/6 (S. 286-417)
- Becker, P.; Schulz, P.; Schlotz, W. (2004): Persönlichkeit, chronischer Stress und körperliche Gesundheit. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 12. Jg., Heft 1, S. 11-23
- Belz-Merk, M.; Bengel, J.; Strittmatter, R. (1992): Subjektive Gesundheitskonzepte und gesundheitliche Protektivfaktoren. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 1. Jg., Heft 4, S. 153-171
- Bender, D.; Lösel, F. (1998): Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- versus pathogenetische Ansätze. In: Margraf, J.; Siegrist, J.; Neumer, S.; a.a.O., S. 117-140
- Bengel, J. (1992): Gesundheitsverhalten und gesundheitliches Risikoverhalten. In: Paulus, P. (Hg.), a.a.O., S. 69-89
- Bengel, J.; Stöbel, U. (1988): Gesundheitserziehung. In: Koch, U.; Lucius-Hoene, G.; Stegie, R. (Hg.): Handbuch der Rehabilitationspsychologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; S. 298-320
- Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H. (1998): Was hält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert / Bundeszentrale für gesellschaftliche Aufklärung (Hg.); 4. Aufl.; Köln: BzGA
- Bennett-Goleman, T. (2001): Emotionale Alchemie. Frankfurt/Main: Krüger
- Benson, H. (1998): Heilung durch Glauben. Selbstheilung in der neuen Medizin. München: Heyne
- Benson, H.; Baim, P. (2002): Clinical Training in Mind/Body Medicine. Boston: Harvard Medical School
- Berger, M.; Hoffmann, S.O. (1995): Psychosomatische Grundversorgung. In: MMW (Münchener Medizinische Wochenschrift), 137 Jg., Heft 34, S. 28/526-29/527
- Bergmann, G. (1995): Lebensalter und koronare Herzkrankung: Die Bedeutung psychologischer Faktoren für die klinische Erstmanifestation: Frankfurt (Main): VAS
- Berkman, L.F.; Glass, T. (2000): Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. In: Berkman, L.F.; Kawachi, I. (Hg.), a.a.O., S. 137-173
- Berkman, L.F.; Kawachi, I. (Hg.) (2000): Social Epidemiology. New York: Oxford University Press
- Berridge, K. (1999): Pleasure, Pain, Desire, and Dread: Hidden Core Processes of Emotion: In: Kahnemann, D. u.a., a.a.O., S. 525-552
- Beutel, M. (1988): Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. (Psychologie in der Medizin; Hg.: Uwe Koch); Weinheim: Ed. Medizin
- Beutel, M. (1989): Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 39. Jg., Heft 12, S. 452-462
- Biebl, W. (1988): Psychophysiologische Aspekte der psychosomatischen Medizin. In: Wesiack, W. (Hg.), a.a.O., S. 13-16
- Birbaumer, N.; Schmidt, R. (1999): Biologische Psychologie; 4. vollständig überarbeitete und ergänzte Aufl.; Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Bishop, S. (2002): What Do We Really Know About Mindfulness-Based Stress Reduction? In: Psychosomatic Medicine, Vol. 64, No. 1, S. 71-84
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (1999): Kompetenznetz „Depression“. verfügbar unter: www.Kompetenznetz-depression.de
- Bodenmann, G. (2002): Hilfestellungen für Geschiedene als präventive Maßnahmen nach der Scheidung. In: Röhrle, B. (Hg.) a.a.O., S. 113-130
- Böhme, G. (1985): Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Darmstädter Vorlesungen. Frankfurt a. Main: Suhrkamp
- Bös, K.; Brehm, W. (2003): Machen wir uns selbst krank? Bewegung. In: Schwartz, F. u.a. (Hg.) (2003), a.a.O., S. 156-162
- Bösel, R. (2000): Neuropsychologische Grundlagen der Emotion. In: Otto, J., a.a.O., S. 491-497
- Borysenko, J. (1990): Gesundheit ist lernbar. Hilfe zur Selbsthilfe. 2. Aufl.; Bern, München: Scherz
- Borysenko, J. (2003): Einleitung. In: Kabat-Zinn, a.a.O., S. 11-14
- Bouchard, C.; Shephard, T.; Stephens, T. & Associates (Ed.) (2004): Physical Activity, Fitness, and Health: International Proceedings and Consensus Statement. Champaign: Human Kinetics Publishers
- Bowlby, J. (1976): Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. München: Kindler
- Bräutigam, W. (Hg.) (1988): Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin. Aufgaben-Erfahrungen-Konflikte. Berlin, Heidelberg: Springer
- Branden, N. (2003): Die 6 Säulen des Selbstwertgefühls. München, Zürich: Piper
- Brechbühler, M. (1998 a): Vom Helfersyndrom zur Suchtkrankheit. In: Soins Infirmières, 91. Jg., Heft 5, S. 8-12

- Brechbühler, M. (1998 b): Sehnsucht nach dem prallen Leben. Versteckte Süchte – eine Kultur- und Fachtagung. In: *Soins Infirmières*, 91. Jg., Heft 5, S. 12-17
- Breit, Ch.; Bergmann, G. (1995): Zur theoriegeleiteten Entwicklung und Evaluation eines Fragebogens zur seelischen Gesundheit. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 45. Jg., Heft 6, S. 215-223
- Brieskorn-Zinke, M. (1996): Gesundheitsförderung in der Pflege: Ein Lehrbuch und Lernbuch zur Gesundheit. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Brieskorn-Zinke, M. (1998): Die Bedeutung gesundheitswissenschaftlicher Erkenntnisse für die Pflege. In: *Pflege*, 11 Jg., Heft 3, S. 129-134
- Brigitte-Dossier (2000): „Angst – wenn der Alltag zum Horror wird“. Heft 13 v. 14.6.2000
- Brockhaus-Enzyklopädie (1992): Bd. 18. Rad-Rüs.; 19. völlig neubearb. Aufl.; Mannheim: Brockhaus
- Broda, M. (1993): Coping-Forschung und Gesundheitsforschung. Zur Effektivität und protektiven Wirkung von Coping-Skills. In: Franke, A.; Broda, M., a.a.O., S. 67-78
- Brößkamp-Stone, U. (2003): Systeme und Strukturen der Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F. u.a. (Hg.) (2003), a.a.O., S. 243-254
- Brucks, U.; Wahl, W.U.; Schüffel, W. (1996): Zur Qualität der psychosomatischen Grundversorgung. Fortbildung, Evaluation und Qualitätssicherung am Beispiel Hessen. In: *Psychomed*, 8. Jg.; Heft 4, S. 241-248
- Brunner, E. (2000): Toward a New Social Psychology. In: Berkman, L.; Kawachi, I., a.a.O., S. 306-331
- Büssing, A.; Perrar, K. (1994): Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). In: *Pflegezeitschrift (Beilage)*, 47. Jg., Heft 3, S.20-30
- Buijssen, H. (1997): Wenn der Beruf zum Alptraum wird. Weinheim und Basel: Beltz
- Bundesärztekammer (Hg.) (2001): Curriculum Psychosomatische Grundversorgung – Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen einschließlich Aspekte der Qualitätssicherung. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Band 15, 2. Aufl.; Köln: Deutscher Ärzteverlag
- Bundesärztekammer (2003): (Muster)-Weiterbildungsordnung gemäß Beschluss 106. Deutscher Ärztetag 2003 in Köln. Verfügbar unter Internetadresse: www.bundesaerztekammer.de/30/weiterbildung/22MWBO/index.html
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), (1983): Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung (Bd. 5); Bericht über ein Seminar „Lebensweisen und Lebensbedingungen in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit“; Köln: BZGA
- Burisch, M. (1989): Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Busch, Ch. (1998): Stressmanagement und betriebliche Gesundheitsförderung. In: Bamberg, E.; Ducki, A.; Metz, A.-M. (Hg.), a.a.O., S. 97-110
- Butler, G. (2002): Schüchtern – na und? Selbstsicherheit gewinnen. Bern, Göttingen: Huber
- Butzer, R.J. (1997): Heinz Kohut zur Einführung. Hamburg: Junius
- Carney, R.; Freedland, K. (2000): Depression and Medical Illness. In: Berkman, L.; Kawachi, I., a.a.O., S. 191-212
- Carter, R. (1998): Mapping the mind. London: Weidenfeld & Nicolson
- Cherniss, C. (1980): Staff Burnout. Job Stress in the Human Services. Beverly Hills, London: Sage Publications
- Cermak, T. (1986): Diagnosing and Treating Co-Dependence. Johnson Institute Books: Minnesota
- Cherniss, C. (1980): Staff Burnout. Job Stress in the Human Services. Beverly Hills, London: Sage
- Cherniss, C. (1999): Jenseits von Burnout und Praxis-schock. Hilfen für Menschen in lehrenden, helfenden und beratenden Berufen. Weinheim, Basel: Beltz
- Chopich, E.; Paul, M. (1998): Aussöhnung mit dem inneren Kind. 2. Aufl. (auf der Grundlage der 17. Aufl.); Berlin: Ullstein
- Ciampi, L. (1997): Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Cohen, S.; Tyrrell, D.; Smith, A. (1991): Psychological stress and susceptibility to the common cold: In: *Advances in Mind-Body Medicine* (2001), Vol. 17, No. 1, S. 35-38
- Cohn, R., Terfurth, Ch. (Hg.) (1993): Lebendiges Lehren und Lernen. TZI macht Schule. Stuttgart: Klett-Cotta
- Colegrave, S. (1990): Der Weg durch den Schmerz. Seelenstärke durch Überwindung der schmerzhaften Erfahrungen des Lebens. Bern, München, Wien: Otto Barth
- Cornell, A. (1997): Focusing – Der Stimme des Körpers folgen. Anleitungen und Übungen zur Selbsterfahrung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Cousins, N. (1984): Der Arzt in uns selbst. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- DAK (2002): Gesundheitsreport. Schwerpunkt: Psychische Erkrankungen. Hamburg: Deutsche Angestellten Krankenkasse (Hauptgeschäftsstelle)
- DAK (2003): Gesundheitsreport. Schwerpunkt: Rücken-erkrankungen. Hamburg: Deutsche Angestellten Krankenkasse (Hauptgeschäftsstelle)
- Dalai Lama (2001): Die Essenz der Meditation. Praktische Erklärungen zum Herzstück buddhistischer Spiritualität. München: Ansata
- Dalai Lama, Cutler, H.C. (1999): Die Regeln des Glücks. Bergisch Gladbach: Lübbe
- Damasio, A. (1997): Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. München: Deutscher Taschenbuch Verlag
- Damasio, A. (2000): Ich fühle also bin ich. München: List
- Damasio, A.; Grabowski, T.; Bechara, A.; Damasio, H.; Ponto, L.; Parvizi, J.; Hichwa, R. (2000): Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions. In: *Nature Neuroscience*, Vol. 3, Heft 10, S. 1049-1056

- Danner, D.; Snowden, D.; Friesen, W. (2001): Positive Emotions in Early Life and Longevity. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 80, No. 5, S. 804-813
- Davidson, R. (2003): Affective Neuroscience and Psychophysiology: Toward a Synthesis. In: *Psychophysiology*; 40. Jg.; Heft 5; S. 655-665
- Davidson, R.; Coe, C.; Dolski, I.; Donzela, B. (1999): Individual Differences in Prefrontal Activation Asymmetry Predict Natural Killer Cell Activity at Rest and in Response to Challenge. In: *Brain, Behavior, and Immunity*; 13. Jg.; Heft 2; S. 93-108
- Davidson, R.; Kabat-Zinn, J.; Schumacher, J.; Rosenkranz, M.; Muller, D.; Santorelli, S.; Urbanowski, F.; Harrington, A.; Bonus, K.; Sheridan, J. (2003): Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. In: *Psychosomatic Medicine*, Vol. 65, No. 4, S. 564-570
- DCCV (Deutsche Crohn/Colitis Stiftung) (2003): Naturheilkundliche Ordnungstherapie = Nr. 75, Heft 4 der Zeitschrift *Bauchredner* (DCCV-Journal)
- Deister, F.R. (2000): Stellungnahme des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten zur Anfrage des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur bedarfsgerechten Versorgung im Bereich Psychotherapie. Freiburg: Geschäftsstelle bvvp e.V.
- Deppe, H. (1987): Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Zur Kritik der Gesundheitspolitik. Frankfurt/ Main
- De Roeck, B. (1996): Gras unter meinen Füßen. Eine ungewöhnliche Einführung in die Gestalttherapie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Derogatis, L.; Abeloff, M.; Melisaratos, N. (1979): Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. In: *Journal of the American Medical Association*, Vol. 242, No. 14, S. 1504-1508
- Deter, H.-C. (Hg.) (2001 a): Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Chancen einer bio-psychosozialen Medizin. Bern, Göttingen, Toronto: Huber
- Deter, H.-C. (Hg.) (2001 b): Brauchen wir eine ärztliche Kunst? Eine Antwort auf Rolf Degen. In: Deter, H.-C. (Hg.) (2001 a), a.a.O., S. 624-626
- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren e.V.) (Hg.) (1985): Süchtiges Verhalten. Grenzen und Grauzonen im Alltag. Bd. 27 der Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren. Hamm: Hoheneck
- DHS (Hg.) (1997 a): Ess-Störungen. Eine Information für Ärztinnen und Ärzte. Hamm: Hoheneck
- DHS (Hg.) (1997 b): Frau Sucht Gesundheit – Frau Sucht Liebe. Co-Abhängigkeit und Beziehungsucht (Broschüre). Hamm: Hoheneck
- DHS (Hg.) (1997): Frau Sucht Gesundheit: Ich will da raus. Die Bewältigung der Krankheit Sucht. (Broschüre). Hamm: Hoheneck
- DHS (2000): Verfügbar unter: <http://www.dhs.de/basis/zahlen>
- DHS (2003 a): verfügbar unter: <http://www.dhs.de/basis/zahlen.htm> v. 20.6.03
- DHS (2003 b): verfügbar unter: <http://www.dhs.de/basis/sucht.htm> v. 20.6.03
- Diekmann, A. (1998): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 4. durchgesehene Aufl. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt
- Dornes, M. (1999): Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. 3. Aufl.; Frankfurt/Main: Fischer
- Dreiztel, H. (1998): Emotionales Gewahrsein. Deutscher Taschenbuch Verlag: München
- Ducki, A. (1998): Ressourcen, Belastungen und Gesundheit. In: Bamberg, E.; Ducki, A.; Metz, A-M. (Hg.), a.a.O., S. 145-153
- Dulz, B.; Stark, F. (1995): Drogenkonsum bei Krankenpflegepersonal. In: *Sucht*, 41. Jg., Heft 6, S. 418-424
- Dunkel-Schetter, C. (1984): Social Support and Cancer: Findings Based on Patients Interviews and their Implications. In: *Journal of Social Issues*, Vol. 40, No. 4, S. 77-98
- Dunkel-Schetter, C.; Folkman, S.; Lazarus, R. (1987): Correlates of Social Support Receipt. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 53, No. 1, S. 71-80
- Dunkel-Schetter, C.; Feinstein, L.; Taylor, S.; Falke, R. (1992): Patterns of Coping with Cancer. In: *Health Psychology*, Vol. 11, No. 2, S. 79-87
- Dunkel-Schetter, C.; Skokan, L. (1990): Determinants of Social Support Provision in Personal Relationships. In: *Journal of Social and Personal Relationships*, Vol. 7, S. 437-450
- Ebel, H.; Podoll, K.: Komorbidität von somatoformen mit anderen psychischen Störungen. In: Rudolf, G.; Henningsen, P. (Hg.), a.a.O., S. 25-38
- Ebert, D. (1986): Physiologische Aspekte des Yoga und der Meditation. Stuttgart: Fischer
- Eckert, J. (2000): Gesprächspsychotherapie. In: Reimer, Ch. u.a. (2000), a.a.O., S.122-189
- Eggers, Ch. (Hg.) (1985): Emotionalität und Motivation im Kindes- und Jugendalter. Frankfurt a. Main: Fachbuchhandlung für Psychologie (Verlagsabteilung)
- Egle, U.; Fikentscher, E.; Fülgraff, G.; Hahn, P.; Koch, U.; Weiner, H.; Deter, H.-C. (2001): Psychosomatische Medizin an der Jahrtausendwende. In: Deter, H.-C. (Hg.), a.a.O., S. 605-619
- Ekman, P. (1992): Are There Basic Emotions? In: *Psychological Review*, Vol. 99, Heft 3, S. 550-553
- Elias, N. (1995): Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Bd. 2; 19. Aufl.; Frankfurt a. Main: Suhrkamp
- Elsbernd, A.; Glane, A. (1996): Ich bin doch nicht aus Holz. Wie Patienten verletzende und schädigende Pflege erleben. Berlin; Wiesbaden: Ullstein Mosby
- Elsenbruch, S.; Langhorst, J.; Popkirowa, K.; Müller, T.; Luedtke, R.; Franken, U.; Paul, A.; Spahn, G.; Michalsen, A.; Janssen, O.; Schedlowski, M.; Dobos, G. (2004): Effects of Mind-Body Therapy on Quality-of-Life and Neuroendocrine and Cellular Immune Functions in Patients with Ulcerative Colitis. In: *Psychotherapy and Psychosomatics* (in press)
- Engel, K. (1999): Meditation: Geschichte, Systematik, Forschung, Theorie. 2. stark erw. und überarb. Aufl. /unter Mitarb. von D. u. J. Galuska; H. Kaemmerling;

- E. u. W. Kuhn; M. Steurich; S. Ramateertha. Frankfurt/Main, Berlin, Bern: Lang
- Enzmann, D.; Kleiber, D. (1989): Helfer-Leiden: Stress und Burnout in psychosozialen Berufen. Heidelberg: Asanger
- Erazo, N.; Greil, W. (2002): Konfrontieren statt vermeiden. Warum Angstpatienten sich ihren Auslösern stellen müssen. In: MMW (Münchener Medizinische Wochenschrift), 144. Jg., Heft 29/30, S. 29-32
- Erb, G. (1990): „Der Weg zur Freude führt durch den Schmerz“ (Erb im Gespräch mit dem Begründer der Bioenergetischen Therapie, Alexander Lowen). In: Psychologie Heute, 17. Jg., Heft 11, S. 28-33
- Erdmann, G.; Ising, M.; Wilhelm, J. (2000): Chemopsychologische Methoden. In: Otto, J. u.a., a.a.O., S. 438-468
- Ernst, H. (1988): Herz und Stress: Entwarnung für Hektiker? Die Diskussion um den Typ „A“: Welche Lebens- und Verhaltensweisen führen zum Herzinfarkt? In: Psychologie Heute, 15. Jg., Heft 6, S. 20-25
- Ernst, H. (1990): Von der Seele reden. In: Psychologie Heute, 17. Jg., Heft 10, S. 21-27
- Ernst, H. (1993): Die Weisheit des Körpers. Kräfte der Selbstheilung. München: Piper
- Fäh, M. (2000): Verbessert Psychotherapie die Moral? In: Wydler, H. u.a. (Hg.), a.a.O., S. 149-160
- Faller, H.; Bulzebruck, H.; Schilling, S.; Drings, P.; Lang, H. (1997): Beeinflussen psychologische Faktoren die Überlebenszeit bei Krebskranken? Teil II: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung mit Bronchialkarzinomkranken. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 47. Jg., Heft 6, S. 206-218
- Faller, H.; Bulzebruck, H. (2002): Coping and survival in lung cancer: a 10-year follow-up. In: American Journal of Psychiatry, Vol. 159, No. 12, S. 2105-2107
- Faltermaier, T. (2000): Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. Anmerkungen zu Stand, Problemen und Entwicklungschancen. In: Wydler, H. u.a. (Hg.), a.a.O., S. 185-196
- Fawzy, I.; Fawzy, N. (2000): Psychoedukative Interventionen bei Krebspatienten: Vorgehensweisen und Behandlungsergebnisse. In: Larbig, W.; Tschuschke, V. (Hg.), a.a.O., S. 151-181
- Fehige, C.; Meggle, G.; Wessels, U. (Hg.) (2000): Der Sinn des Lebens. 2. Aufl.; München: DTV
- Fehm, L.; Fehm-Wolfsdorf, G. (2001): Hausaufgaben in der Psychotherapie. Hausaufgaben als therapeutische Intervention: Ausnahme oder Alltag? In: Psychotherapeut, 46. Jg., Heft 6, S. 386-390
- Fengler, J. (1991): Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. München: Pfeiffer
- Field, T.; Schanberg, S.; Scafidi, F.; Bauer, C.; Vega-Lahr, N.; Garcia, R.; Nystrom, J.; Kuhn, C. (1986): Tactile/Kinesthetic Stimulation Effects on Preterm Neonates. In: Pediatrics, Vol. 77, No. 5, S. 654-658
- Filipp, S.-H. (Hg.) (1981): Kritische Lebensereignisse. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- Filipp, S.-H. (Hg.) (1993): Selbstkonzept-Forschung. Probleme, Befunde, Perspektiven. 3. Aufl.; Stuttgart: Klett-Cotta
- Finke, J.; Teusch, L.; Müller, A.; Ripke, T. (1995): Beratung und Intervention in der psychosomatischen Grundversorgung. In: MMW (Münchener Medizinische Wochenschrift), 137. Jg., Heft 34, S. 37/535-40/538
- Flach, F. (1992): Gesund durch Lebenskrisen. Stuttgart: Kreuz
- Flanagan, O. (2003): The colour of happiness. In: Newscientist, Vol. 178, No. 2396, S. 44
- Fleischmann, H. (1989): Suchterkrankungen bei Krankenpflegepersonal. In: Suchtprobleme am Arbeitsplatz. Erfahrungen, Konzepte, Hilfen. (Bd. 31 der Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Hg.:DHS), Hamm: Hoheneck, S. 316-319
- Fliegel, S.; Kämmerer, A. (Hg.) (2002): Gefühle und Psychotherapie. 3. Jg., Heft 2/2002 der Zeitschrift Psychotherapie im Dialog.
- Flick, U. (1998): Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt
- Flick, U. (o.J.): Gesundheitswissenschaft. Studienbriefe der Fernfachhochschule Hamburg. Forschungsmethoden – Evaluation, Qualitätssicherung, Berichterstattung.
- Flor, H.; Birbaumer, N.; Hahlweg, K. (Hg.) (1999): Enzyklopädie der Psychologie (Bd. D II 3): Grundlagen der Verhaltensmedizin. Göttingen; Bern, Toronto: Hogrefe
- Florin, I.; Vögele, C.; Tuschen-Caffier, B. (1999): Verhaltensmedizin. Eine Einführung. In: Flor, H. u.a., a.a.O., S. 1-28
- Franke, A. (1984): Gruppentraining gegen psychosomatische Störungen. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- Franke, A. (1991): Gruppentraining gegen psychosomatische Störungen. 2., überarb. Aufl.; Weinheim: Psychologie-Verlags-Union
- Franke, A. (1993 a): Die Unschärfe des Begriffs „Gesundheit“ und seine gesundheitspolitischen Auswirkungen. In: Franke, A.; Broda, M. (Hg.), a.a.O., S. 15-34
- Franke, A. (1993 b): Gesundheit in Psychologie und Psychotherapie. In: Franke, A.; Broda, M. (Hg.), a.a.O., S. 169-184
- Franke, A. (1997): Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzepts. In: Antonovsky, A. (1997), a.a.O., S. 169-202
- Franke, A.; Broda, M. (Hg.) (1993): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen: Dgvt-Verlag
- Franke, A.; Möller, H. (1993): Psychologisches Programm zur Gesundheitsförderung. München: Quintessenz
- Franke, A.; Elsesser, K.; Sitzler, F.; Algermissen, G.; Kötter, S. (1998): Gesundheit und Abhängigkeit bei Frauen: Eine salutogenetische Verlaufsstudie. Cloppenburg: Runge Verlag
- Franke, A.; Mohn, K.; Sitzler, F.; Welbrink, A.; Witte, M. (2001): Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Risiken und Widerstandsfaktoren. Weinheim, München: Juventa
- Franke, E. (2001): Die Renaissance anthropologisch-phenomenologischen Denkens in der zeitgenös-

- sischen Philosophie. In: Deter, H.-C. (Hg.), a.a.O., S. 83-94
- Franz, M. (1997): Der Weg in die psychotherapeutische Beziehung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Franz, M.; Schiessl, R.; Manz, R.; Fellhauer, H.; Schepank, H.; Tress, W. (1990): Zur Problematik der Psychotherapiemotivation und der Psychotherapieakzeptanz. Erste Ergebnisse aus der Mannheimer Interventionsstudie. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 40. Jg., Heft 9/10, S. 369-374
- Franz, M.; Dilo, K.; Schepank, H.; Reister, G. (1993): Warum „Nein“ zur Psychotherapie? Kognitive Stereotypen psychogen erkrankter Patienten aus einer Bevölkerungsstichprobe im Zusammenhang mit der Ablehnung eines Psychotherapieangebotes. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 43. Jg., Heft 8, S. 278-285
- Franz, M.; Schmitz, N.; Lieberz, K.; Schepank, H. (1998): Das Multiple somatoforme Syndrom in der Allgemeinbevölkerung. In: Rudolf, G.; Henningsen, P. (Hg.), a.a.O., S. 41-52
- Franz, M.; Olbrich, R.; Croissant, B.; Kirsch, P.; Schmitz, N.; Schneider, C. (1999): Gefühl ohne Sprache oder Sprache ohne Gefühl? Weitere Hinweise auf die Validität der Entkoppelungs-hypothese der Alexithymie. In: Nervenarzt, 70 Jg., Heft 3, S. 216-224
- Franzkowiak, P. (1986): Alltägliches Risikoverhalten und medizinische Gefährdungsideologie. In: Wenzel, E. (Hg.), a.a.O., S.121-174
- Franzkowiak, P.; Sabo, P. (Hg.) (1998): Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. 2.Aufl.; Mainz: Verlag Peter Sabo
- Fredrickson, B. (2003): Die Macht der guten Gefühle. In: Gehirn & Geist, 2. Jg., Nr. 6, S. 38-42
- Freudenberger, H. (1974): Staff Burn-Out. In: Journal of Social Issues, Vol. 30, No. 1 1, S. 159-165
- Freimuth, J; Hoets,A. (1996): Schlüsselqualifikationen. In: Greif, S.; Kurtz, H.-J. (Hg.), a.a.O.,S.141-147
- Friczewski, F. (1988): Sozialökologie des Herzinfarkts: Unters. zur Pathologie industrieller Arbeit. (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung: Forschungsschwerpunkt Arbeitspolitik)Berlin: Ed. Sigma
- Friedman, M.; Rosenman, R. (1975): Der A-Typ und der B-Typ. Hamburg: Rowohlt
- Friedman, H.S.; Booth-Kewley, S. (1987): The „Disease-Prone Personality“. A Meta-Analytic View of the Construct. In: American Psychologist, Vol. 42, No. 6, S. 539-555
- Fritzsche, K.; Schwoerer, P.; Wirsching, M. (1994): Psychosomatische Grundversorgung – Strukturiertes Fortbildungsprogramm in der Praxis. In: Sonderdruck: Dt. Ärzteblatt – Ärztliche Mitteilungen, 91.Jg., Heft 46, S. A 3174-3178
- Fritzsche, K.; Hartmann, A.; Wirsching, M. (1995): Die Arzt-Patient-Beziehung in der Allgemeinarztpraxis. Probleme aus der Sicht der Teilnehmer und Gruppenleiter eines Curriculums zur psycho-somatischen Grundversorgung. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin;71. Jg.; S. 1415-1420
- Fritzsche, K.; Geigges, W.; Hartmann, A.; Herrmann, J.M.; Kemmerich, C.; Meinshausen, H.; Napp, C.; Niklaus, B.; Richter, D.; von Uexkuell, T.; Wirsching, M. (1996): Anforderungen an ein Curriculum „Psychosomatische Grundversorgung“. Ergebnisse einer vierjährigen Begleitevaluation. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 90. Jg., Heft 8, S. 733-740
- Fritzsche, K.; Hammel, A.; Wirsching, M. (2000): Bronchialkarzinom – psychosoziale Faktoren und Interventionsmöglichkeiten bei Entwicklung, Verlauf und Bewältigung. In: Larbig, W.; Tschuschke, V. (Hg.), a.a.O., S. 182-210
- Fritzsche, K.; Sandholzer, H.; Werner, J.; Brucks, U.; Cierpka, M.; Deter, H.-C.; Härter, M.; Höger, C.; Richter, R.; Schmidt, B.; Wirsching, M. (2000): Psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsmaßnahmen in der Hausarztpraxis. Ergebnisse im Rahmen eines Demonstrationsprojektes zur Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 50. Jg., Heft 6, S. 240-246
- Fritzsche, K.; Wirsching, M.; Scheidt, C. (2000): Somatisierende Patienten. Konkrete Vorschläge für eine Stufentherapie in der Hausarztpraxis. In: MMW (Münchener Medizinische Wochenschrift); 142. Jg.; Heft 9; S. 37(153)-38(154)
- Fromm, E.; Suzuki, D.; Martino, R. (1971): Zen-Buddhismus und Psychoanalyse. Frankfurt a. Main: Suhrkamp
- Fuchs, R.; Schwarzer, R. (1997): Tabakkonsum: Erklärungsmodelle und Interventionsansätze: In: Schwarzer, R. (Hg.) (1997), a.a.O., S. 209-244
- Fülgraff, G. (2001): Psychosomatische Medizin und die Zukunft des Gesundheitswesens. In: Deter, H.-C. (Hg.), a.a.O., S. 485-490
- Funke, D. (1995): Gott und das Unbewußte. Glaube und Tiefenpsychologie. München: Kösel
- Gahr, M. (1996): Neurale Grundlagen von Motivation und Emotion. In: Dudel, J.; Menzel,R.; Schmidt, R.F. (Hg.): Neurowissenschaft: vom Molekül zur Kognition. Berlin; Heidelberg; New York: Springer; S. 463-484
- Ganten, D., Ruckpaul, K. (Hg.) (1999): Handbuch der Molekularen Medizin. 12 Bde; Bd. 5 Erkrankungen des Zentralnervensystems. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Gardner, H. (2002): Intelligenzen. Die Vielfalt des menschlichen Geistes. Stuttgart: Klett
- Garfield, S. (1982): Psychotherapie. Ein eklektischer Ansatz. Weinheim, Basel: Beltz
- Gastpar, M.; Mann, K.; Rommelspacher, H. (1999) (Hg.): Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart: Thieme
- Geck, K. (1997). Erwachsenwerden in Liebesdingen. Die neue Kunst der Partnerschaft. Zürich, Düsseldorf: Walter
- Gehart, D. (2004) Buddhistische Philosophie und postmoderne Praxis. Achtsamkeit in der Therapie. In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung. 22. Jg., Heft 1, S. 5-14

- GesundheitsAkademie e.V. (Hg.) (2000): Salutive. Beiträge zur Gesundheitsförderung und zum Gesundheitstag 2000. Frankfurt a. Main: Mabuse
- Gesundheitsamt Essen (2002): Gesundheitsbericht, Bd. IX: Patientenberatung
- Geuter, U. (2002): „90 Prozent sind unbewusst“. Ein Gespräch mit dem Bremer Hirnforscher Gerhard Roth. In: Psychologie Heute, 29. Jg., Heft 2, S. 44-49
- Geyer, S. (2003): Forschungsmethoden in den Gesundheitswissenschaften. Weinheim, München: Juventa
- Glöser, S. (1998): Viele Patienten gehen zuerst zum Hausarzt. Studie zur Psychotherapie in Sachsen-Anhalt In: Deutsches Ärzteblatt, 95. Jg., Heft 38, S. A-2294
- Glöser, S. (1999): Psychosomatische Grundversorgung: Bessere Versorgungsqualität. In: Deutsches Ärzteblatt, 96. Jg., Heft 41, S. A-2576
- Glomp, I. (2001): Nur noch Haut und Knochen. In: Psychologie Heute, 28. Jg., Heft 5, S. 44-49
- Glomp, I. (2003): Verblüffend anpassungsfähig: Das menschliche Gehirn. In: Psychologie Heute, 30. Jg., Heft 1, S. 46-49
- Göpel, E. (1992): Prävention und Partizipation: Der Wandel von einem patriarchalischen zu einem partnerschaftlichen Modell in der Gesundheitsförderung. In: Paulus, P., a.a.O., S. 35-41
- Göpel, E.; Schneider-Wohlfarth, U. (Hg.) (1994): Provokationen zur Gesundheit. Beiträge zu einem reflexiven Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Frankfurt/Main: Mabuse
- Goleman, D. (1996): Haben Sie Ihre Gefühle im Griff? In: Psychologie Heute, 23. Jg., Nr. 2, S. 28-35
- Goleman, D. (1998 a): Emotionale Intelligenz. 8. Aufl., München: Dtsch. Taschenbuch Verlag
- Goleman, D. (Hg.) (1998 b): Die heilende Kraft der Gefühle. Gespräche mit dem Dalai Lama über Achtsamkeit, Emotion und Gesundheit. München: Deutscher Taschenbuch-Verlag
- Goleman, D. (Hg.) (1999): Intelligenz mit viiiel Gefühl. In: Psychologie Heute, 26. Jg., Heft 4, S. 26-31
- Goleman, D. (2003): Dialog mit dem Dalai Lama. Wie wir destruktive Emotionen überwinden können. München, Wien: Hanser
- Goodwin, J.; William, C.; Key, Ch.; Samet, J. (1987): The Effect of Marital Status in Stage, Treatment, and Survival of Cancer Patients. In: Journal of the American Medical Association, Vol. 258, No. 21, S. 3125-3130
- Goodwin, P.; Leszcz, M.; Ennis, M.; Koopmans, J. u.a. (2001): The Effect of Group Psychosocial Support on Survival In Metastatic Breast Cancer. In: The New England Journal of Medicine, Vol. 345, No. 24, S. 1719-1726
- Gray, J. (1998): Männer sind anders. Frauen auch. Männer sind vom Mars. Frauen von der Venus. München: Goldmann
- Grawe, K.; Donati, R.; Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. 2. Aufl.; Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe
- Greenberg, L.; Paivio, S. (1997): Working with Emotions in Psychotherapy. New York, London: The Guilford Press
- Greer, S.; Morris, T.; Pettingale, KW. (1979): Psychological response to breast cancer: effect on outcome. In: Lancet, Vol. 2, No. 8146, S. 785-787
- Greer, S.; Morris, T.; Pettingale, K.W.; Haybittle, JL. (1990): Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. In: Lancet, Vol. 1, No. 8680, S. 49-50
- Gross, W. (2003): Sucht ohne Drogen. Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben. Überarbeitete Neuauflage; Frankfurt/Main: Fischer
- Grossarth-Maticcek, R. (1999): Systemische Epidemiologie und präventive Verhaltensmedizin chronischer Erkrankungen. Strategien zur Aufrechterhaltung der Gesundheit. Mit Vorworten von H.-J. Eysenck; H. Stierlin; M. Wannenmacher. Berlin, New York: De Gruyter
- Grossman, P.; Niemann, L.; Schmidt, St; Walach, H. (2004): Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis; In: Journal of Psychosomatic research; Vol. 57, No. 1, S. 35-43
- Grossmann, R. (1996): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Organisationsentwicklung der Gesundheitsförderung in Österreich. In: Lobnig, H.; Pelikan, J., a.a.O., S. 55-69
- Grossmann, K.; Winkel, R. (1977): Angst und Lernen. Angstfreie Erziehung in Schule und Elternhaus. München: Kindler
- Hackenbroch, V. (2003): Blind für Wut und Freude. In: Der Spiegel, Nr. 49 v. 1.12.03, S. 190-199
- Häfner, S.; Franz, M.; Lieberz, K.; Schepank, H. (2001): Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen: Stand der Forschung. In: Psychotherapeut, 46. Jg., Teil 1: Risiko-faktoren, Heft 5, S. 343-347; Teil 2: Psychosoziale Schutzfaktoren, Heft 6, S. 403-408
- Härter, M.; Tausch, B.; Berger, M.; Niebling, W.; Geldmacher, J.; Dieter, G. (1995): Qualitätszirkel in der psychosomatischen Grundversorgung. Eine Lehr- und Lernmethode: In: MMW (Münchener Medizinische Wochenschrift), 137. Jg., Heft 34, S. 46/544-50/548
- Hafen, M. (2000): Systemische Prävention – Grundlagen für eine Theorie präventiver Maßnahmen. Verfügbar unter: www.fen.ch/texte/mh_grundlagen.htm
- Halhuber, M. (1988): Psychosoziale Aspekte der koronaren Herzkrankheit. In: Wesiack, W., a.a.O., S.97-106
- Hamm, A. (2000): Progressive Muskelentspannung. In: Vaitl, D.; Petermann, F. (Hg.), a.a.O., S. 305-336
- Hampel, P.; Petermann, F. (1997): Patientenschulung und Patientenberatung – Zur Bedeutung der Streßkonzepte. In: Petermann, F. (Hg.), a.a.O., S. 53-99
- Hargen, J. (1993): KundIn, KundigE, KundschafterIn. Gedanken zur Grundlegung eines „helfenden“ Zugangs. In: Zeitschrift für systemische Therapie, 11. Jg., Heft 1, S. 14-20
- Hartdegen, K. (1996): Aggression und Gewalt in der Pflege. Stuttgart, Jena, Lübeck.; Ulm: G. Fischer
- Hartmann, S.; Traue, H. (1998): Standards der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Amann, G.; Wipplinger, R. (Hg.), a.a.O., S. 389-404

- Hasenbring, M. (2002): Wie lässt sich verhindern, dass Rückenschmerzen chronisch werden? Ein Gespräch von Regine Schulte Strathaus mit der Professorin für Medizinische Psychologie. In: *Psychologie Heute*, 29. Jg., Heft 10, S. 57
- Haug, C. (1991) *Gesundheitsbildung im Wandel*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Hautzinger, M. (2000): Verhaltenstherapie und kognitive Therapie. In: Reimer, C. (2000), a.a.O., S. 189-269
- Heckhausen, H. (1985): Emotion im Leistungsverhalten aus ontogenetischer Sicht. In: Eggers, Ch. (Hg.), a.a.O., S. 95-131
- Heide, M.; Klein, T.; Lieb, H. (Hg.) (1992): Abhängigkeit: Zwischen biochemischem Programm und steuerbarem Verhalten. Beiträge d. 4. Heidelberger Kongresses. Bonn: Verlag Heinz Nagel
- Heidenreich, T.; Michalak, J. (2003): Achtsamkeit (<Mindfulness>) als Therapieprinzip in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. In: *Verhaltenstherapie*; Vol. 13, No. 4, S. 264-274
- Heim, E. (1998): Coping – Erkenntnisstand der 90er Jahre. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 48. Jg., Heft 9/10, S. 321-337
- Hell, D. (1994): *Welchen Sinn macht Depression? Ein integrativer Ansatz*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Heller, A. (1980): *Theorie der Gefühle*. Hamburg: VSA-Verlag
- Hellhammer, D.H.; Buske-Kirschbaum, A. (1997): Psychobiologische Aspekte von Schutz- und Reparaturmechanismen. In: Lamprecht, F.; Johnen, R., a.a.O., S. 109-119
- Helmchen, H.; Hippus, H. (Hg.) (1996): *Psychiatrie für die Praxis*, 23. München: Medizinverlag (MMV-Taschenbuch)
- Hennig, J. (1998): *Psychoneuroimmunologie*. (Reihe Gesundheitspsychologie, Bd. 9) Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe
- Henningsen, P.; Rudolf, G. (1998): Klinische Differentialdiagnose somatoformer Störungen. In: Rudolf, G.; Henningsen, P., a.a.O., S. 13-24
- Henningsen, P.; Hartkamp, N.; Loew, T.; Sack, M.; Scheidt, C.E.; Rudolf, G. (2002): *Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte*. (Reihenherausgeber: Rudolf, G.; Eich, W.) Stuttgart: Schattauer
- Henry, J. (1986): Neuroendocrine Patterns of Emotional Response. In: Plutchik, R.; Kellerman, H., a.a.O., S. 37-60
- Henry, J.P. (1992): Biological Basis of the Stress Response. In: *Integrative Physiological and Behavioral Science*, Vol. 27, Heft 1, S. 66-83
- Herbert, T.B.; Cohen, S. (1993): Depression and Immunity: A Meta-Analytic Review. In: *Psychological Bulletin*, Vol. 113, No.3, S. 472-486
- Herrmann, J.; Holzamer, M.; Stiel, W. (1990): ICD-9 und DSM-III. Eine kritische Stellungnahme zum Gebrauch der internationalen Diagnoseschlüssel. In: Uexküll, T. v. u.a. (Hg.), a.a.O., S. 241-244
- Herrmann-Lingen, C. (2000): Biopsychosoziale Faktoren in Genese und Manifestation der koronaren Herzkrankheit. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie*, 46. Jg., Heft 4, S. 315-330
- Herschbach, P. (1991): *Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften*. Weinheim, Basel, Cambridge: Edition Medizin, VCH (Psychologie in der Medizin)
- Hertzer, K. (2000): Eine Kur für Körper und Seele. In: *Psychologie Heute*, 27. Jg., Heft 7, S. 34-39
- Herzog, W. (1986): Der Körper als Thema der Pädagogik. In: Petzold, H. (Hg.), a.a.O., S. 259-301
- Hessel, A.; Geyer, M.; Brähler, E. (2000): Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und Akzeptanz psychosozialer Kompetenzen. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie*, 46 Jg., Heft 3, S. 226-241
- Hildebrandt, G.; Moser, M.; Lehofer M. (1998): *Chronobiologie und Chronomedizin. Biologische Rhythmen und Medizinische Konsequenzen*. Stuttgart: Hippokrates
- Hinterhuber, H. (1988): Psychopathologische Aspekte der psychosomatischen Medizin. In: Wesiack, W. (Hg.), a.a.O., S. 17-22
- Hinz, A.; Schwarz, R. (2001): Angst und Depression in der Allgemeinbevölkerung. Eine Normierungsstudie zur Hospital Anxiety and Depression Skala. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51. Jg., Heft 5, S. 193-200
- Hinze, D. (2001): *Führungsprinzip Achtsamkeit. Der behutsame Weg zum Erfolg*. Heidelberg: Sauer
- Hochschild, A. (1990): *Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle*. Frankfurt, New York: Campus
- Hockel, C. (1992): Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen personenzentrierter Psychologie. In: Paulus, P., a.a.O., S. 201-217
- Hodapp, V.; Schwenkmezger, P. (Hg.) (1993): *Aerger und Aergerausdruck*. Bern: Huber
- Höfling, S.; Gieseke, O. (Hans Seidel Stiftung) (Hg.) (2001): *Gesundheitsoffensive Prävention. Gesundheitsförderung und Prävention als unverzichtbare Bausteine effizienter Gesundheitspolitik (Sonderausgabe Politische Schriften)*. München: ATWERB
- Hörbst, G. (2003): Vorbeugen ist billiger als Heilen. Alternativen zur Gesundheitsreform. In: *Hamburger Abendblatt vom 11.4.2003*
- Hörmann, G. (1998): Gesundheitsberatung. In: *PÄD Forum*. 26./11. Jg., Heft 5, S. 441-445
- Hofmann, C. (2004): *Achtsamkeit. Anregungen für ein sinnvolles Leben*. München: DTV
- Hoffmann, S. (1998): Somatisierungsstörung und somatoforme Störungen – Herkunft der Konzepte und ihre Abbildung in den neuen diagnostischen Glossaren. In: Rudolf, G.; Henningsen, P., a.a.O., S. 3-12
- Horn, K. (1983): Gesundheitserziehung im Verhältnis zu anderen sozialisatorischen Einflüssen. Grenzen individueller Problemlösungsmöglichkeiten. In: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*, a.a.O., Bd. 5, S. 49-71
- Horney, K. (1951): *Der neurotische Mensch unserer Zeit*. München: Kindler
- Horney, K. (1974): *Selbstanalyse*. München: Kindler

- Huber, A. (1998 a): „Wir können mehr gegen Krebs tun, als man annimmt“. Ein Gespräch mit Helm Stierlin über Durchbrüche in der Psychoonkologie. In: *Psychologie Heute*, 25. Jg., Heft 5, S. 55-57
- Huber, A. (1998 b): „Der Krebskranke darf auch mal traurig sein“. Ein Gespräch mit dem Psychoonkologen Hermann Faller über den „Fighting spirit“ – den wahren Kampfgeist gegen Krebs und den Stand der psychologischen Krebsforschung. In: *Psychologie Heute*, 25. Jg., Heft 4, S. 52-53
- Huber, A. (1998 c): „Die Kritik am psychosomatischen Modell ist unhaltbar“. Ein Gespräch mit Johannes Siegrist ... über Krankheitsverhalten und die Bedeutung „kranker Gesunder“ und „gesunder Kranker“ für die Medizin. In: *Psychologie Heute*, 25. Jg., Heft 9, S. 55-57
- Huber, A. (1999): Mental Health: Europa ist krank – psychisch. Die WHO fordert psychosoziale Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. In: *Psychologie Heute*, 26. Jg., Heft 10, S. 52-53
- Huber, A. (2000): Krebs: Sind nur die Gene und die Umwelt schuld? Ein Gespräch mit Joachim Weis, dem Leiter der Freiburger Klinik für Tumorbilogie. In: *Psychologie Heute*, 27. Jg., Heft 9, S. 56-57
- Huber, A. (2001): „Wenn die Stressbremse nicht mehr funktioniert. Der Trierer Stressforscher Dirk Hellhammer erklärt die Komplexität von stressbedingten Krankheiten und zeigt neue Wege für die Psychosomatik.“ In: *Psychologie Heute*, 28. Jg., Heft 2, S. 52-57
- Huber, E. (2001): Psychosomatische Medizin und die Zukunft des Gesundheitswesens. In: Deter, H.-C. (Hg.), a.a.O., S. 491-499
- Hüther, G. (1999): *Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden*. 3. Aufl.; Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther, G. (2000): *Die Evolution der Liebe. Was Darwin bereits ahnte und die Darwinisten nicht wahrhaben wollen*. 2. durchgesehene Aufl.; Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Hüther, G. (2002): *Bedienungsanleitung für ein menschliches Hirn*. 3. Aufl.; Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Hüther, G.; Rüter, E. (2000): *Das serotonerge System*. Bremen: UNI-MED
- Hurrelmann, K. (1988): *Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf*. Weinheim; München: Juventa
- Hurrelmann, K. (2000): *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. 4. völlig überarbeitete Auflage von: Hurrelmann, K. (1988), a.a.O.
- Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hg.) (1993): *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis*. Weinheim und Basel: Beltz-Verlag
- Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hg.) (1998): *Handbuch Gesundheitswissenschaften (Neuausgabe)*. Weinheim, München: Juventa
- Hurrelmann, K.; Laaser, U. (1998): *Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften*. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hg.) (1998), a.a.O., S. 17-45
- Illich, I. (1979): *Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens. Überarbeitete und erweiterte Endfassung von „Die Enteignung der Gesundheit“*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Irwin, M. (1996): *Depression und Immundefunktion*. In: Schedlowski, M.; Tewes, U. (Hg.), a.a.O., S. 423-437
- Izard, C. (1992): *Basic Emotions, Relations among emotions, and Emotion-Cognition Relations*. In: *Psychological Review*, Vol. 99, Heft 3, S. 561-565
- Jaeggi, E. (1995): *Zu heilen die zerstoßenen Herzen. Die Hauptrichtungen der Psychotherapie und ihre Menschenbilder*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Jaeggi, E.; Rohner, R.; Wiedemann, P.M. (1999): *Klinische Psychologie. Was ist das? Eine Einführung aus sozialwissenschaftlicher Sicht*. Weyarn: Seehamer
- Jank, W.; Meyer, H. (2002): *Didaktische Modelle*. 5. Völlig überarbeitete Auflage. Berlin: Cornelsen Scriptor
- Janssen, P.L. (1993): *Psychosomatische Grundversorgung in Deutschland. Zur Geschichte in den westlichen Ländern*. In: *Psycho* 19, Heft 9, S. 543-550
- Janssen, P. L.; Franz, M.; Herzog, T.; Heuft, G.; Paar, G.; Schneider, W. (1998): *Wissenschaftliches Gutachten zur Krankenhausplanung für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin*. Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg
- Jenson, C. (2003): *Die Lust am Leben wieder entdecken. Eine Selbsttherapie. Mit einem Nachwort von Alice Miller*. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz
- Jerusalem, M.; Schwarzer, R. (1999): *Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung. Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen*. Verfügbar unter: <http://www.fu-berlin.de/skalen/>
- Jerusalem, M.; Weber, H. (2003): *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention*. Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe
- John, U. (1999): *Epidemiologie*. In: Gastpar, M.; Mann, K.; Rommelspacher, H. (Hg.), a.a.O., S. 3-14
- Jordan, J.; Franke, A. (1995): *Kranke in der (post)modernen Gesellschaft – Hat die psychosomatische Medizin noch Bodenhaftung?* In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 45. Jg., Heft 5, S. 160-166
- Jürgens-Becker, A. (1987): *Die Situation der Krankenschwester. Eine Betrachtung aus psychodynamischer Sicht*. In: *Deutsche Krankenpflegezeitschrift*, 40. Jg., Heft 11, Beilage
- Jung, C.G. (1985): *Gesammelte Werke. Bd. 9/1: Die Archetypen und das kollektive Unbewußte*; 6. Aufl.; Olten: Walter
- Jung, C.G. (1994): *Ein großer Psychologe im Gespräch. Interviews, Reden, Begegnungen*. Freiburg i. Br.: Herder
- Junge, B.; Nagel, M. (1999): *Das Rauchverhalten in Deutschland*. In: *Das Gesundheitswesen*, 61. Jg., Sonderheft 2, S. 121-125
- Junge, J.; Manz, R.; Neumer, S.; Margraf, J. (2001): *GO! – „Gesundheit und Optimismus!“*. Ein Programm zur primären Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen. In: Manz, R. (Hg.), a.a.O., S. 41-76

- Kabat-Zinn, J. (1982): An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. In: *General Hospital Psychiatry*, 4, S. 33-47
- Kabat-Zinn, J. (1993 a): *Mindfulness Meditation: Health Benefits of an Ancient Buddhist Practice*. In: Goleman, D.; Gurin, J. (Hg.): *Mind Body Medicine*. Consumer Reports Books, S. 259-275
- Kabat-Zinn, J. (1993 b): *Curriculum: Outline MBSR-8 Week Program*; Stress Reduction Clinic, University of Massachusetts, Medical Center. In: Kabat-Zinn, J. u. Santorelli, S. (2003), a.a.O., Teil II, ohne Seitenangabe
- Kabat-Zinn, J. (1999): *Stressbewältigung durch die Praxis der Achtsamkeit (Buch& CD)*; (Deutsche Bearbeitung: Ulrike Kesper-Grossman); Freiamt: Arbor
- Kabat-Zinn, J. (2003): *Gesund durch Meditation*. 9. Aufl., München: O.W. Barth
- Kabat-Zinn, J. (2004): *Meditation – it's not what you think: why mindfulness may be the final common pathway to healing and emotional wisdom*. Vortrag anlässlich einer Konferenz zu "Mindfulness-Based Approaches: Research Training & Clinical Praxis" 13.-20.8.04 in Bangor, University of Wales (North Wales Centre for Mindfulness Research and Practice)
- Kabat-Zinn, J.; Chapman-Waldrop, A. (1988): *Compliance with an Outpatient Stress Reduction Program: Rates and predictors of program completion*. In: *Journal of Behavioral Medicine*, 11, Nr. 4, S. 333-352
- Kabat-Zinn, J.; Santorelli, S. (Hg.) (2003): *Mindfulness-Based Stress Reduction Professional Training. MBSR Curriculum Guide and Supporting Materials*. Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society, University of Massachusetts Medical School: Worcester
- Kabat-Zinn, J.; Lipworth, L.; Burney, R. (1985): *The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain*. In: *Journal of Behavioral Medicine*, 8, Nr. 2, S. 163-190
- Kabat-Zinn, J.; Lipworth, L.; Burney, R. and Sellers, W. (1987): *Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance*. In: *The Clinical Journal of Pain*, 2, S. 159-173
- Kabat-Zinn, J.; Massion, A.; Kristeller, J.; Peterson, L.G. u.a. (1992): *Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders*. In: *American Journal of Psychiatry*, 149, S. 936-943
- Kabat-Zinn, J.; Wheeler, E.; Light, T. Skillings, A. u.a. (1998): *Influence of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Intervention on Rates of Skin Clearing in Patients with Moderate to Severe Psoriasis Undergoing Phototherapy (UVB) and Photochemotherapy (PUVA)*. In: *Psychosomatic Medicine*, Vol. 60; Heft 5, S. 625-632
- Kächele, H.; Steffens, W. (1988): *Abwehr und Bewältigung – Mechanismen und Strategien. Wie ist eine Integration möglich ?* In: Kächele, H.; Steffens, W. (Hg.): *Bewältigung und Abwehr. Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten*. Berlin, Heidelberg, New York; S. 1-50
- Kämmerer, A. (2002): *Gefühle mit Gefühlen behandeln*. In: *Psychotherapie im Dialog*, 3. Jg., Heft 2, S.112-119
- Kahnemann, D.; Diener, E.; Schwarz, N. (1999): *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*; New York: Russell Sage Foundation
- Kaluza, G. (1996): *Gelassen und sicher im Stress*. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage; Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Kaluza, G. (1997): *Evaluation von Stressbewältigungstrainings in der primären Prävention – eine Meta-Analyse quasi-experimenteller Feldstudien*. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 5. Jg., Heft 3, S. 149-169
- Kaluza, G. (2002): *Förderung individueller Belastungsverarbeitung: Was leisten Stressbewältigungsprogramme?* In: Röhrle, B., a.a.O., S. 195-218
- Kaluza, G. (2004): *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. 3. Aufl.; Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Kaluza, G.; Krane, E.; Pilz-Oertel, M. (2002): *Salutogenese in der Praxis: Indikationsübergreifendes, ressourcenorientiertes Gesundheitstraining für chronisch kranke Menschen – Interventionskonzept und Evaluation*. In: *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*. 15. Jg.; Heft 58, S. 148-155
- Kandel, R.; Schwartz, J.H.; Jessell, T. (Hg.) (1996): *Neurowissenschaften*. Heidelberg; Berlin; Oxford: Spektrum
- Kanfer, F.; Reinecker, H.; Schmelzer, D. (2000): *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. 3. Aufl.; Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Kast, V. (1991): *Freude, Inspiration, Hoffnung*. Olten, Freiburg/Breisgau: Walter
- Kast, V. (1997): *Wir sind immer unterwegs. Gedanken zur Individuation*. Zürich, Düsseldorf: Walter
- Kast, V. (2000): *Der Schatten in uns. Die subversive Lebenskraft*. Zürich, Düsseldorf: Walter
- Kaufhold, G. (1987): *Zur Bedeutung des Typ-A-Verhaltensmusters für die Herzinfarkt-rehabilitation*. In: Badura, B.; Kaufhold, G.; Lehmann, H.; Pfaff, H.; Schott, T.; Waltz, M., a.a.O., S. 286-320
- Keil, A. (1988): *Gezeiten. Leben zwischen Gesundheit und Krankheit*. Kassel: Prolog
- Keil, A. (1994): *Gesundheit als Provokation eines hoffenden Lebens – Krankheit als Prinzip der Offenbarung. Zur Anthropologie einer Wissenschaft vom kranken und gesunden Menschen*. In: Göpel, E.; Schneider-Wohlfahrt (Hg.), a.a.O., S. 101-116
- Keen, S. (1993): *Es lohnt sich nur der Weg nach innen. Über das kreative Potential der Langeweile*. Hamburg: Kabel
- Kennedy, S.; Kiecolt-Glaser, J.; Glaser, R. (1988): *Immunological consequences of acute and chronic stressors: mediating role of interpersonal relationships*. In: *British Journal of Medical Psychology*, Vol. 61, Pt 1, S. 77-85
- Kerkau, K. (1997): *Betriebliche Gesundheitsförderung. Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung des Gesund-*

- heitsförderungskonzepts in Betrieben. Gamburg: G. Conrad (Verlag f. Ges.förderung)
- Kerz-Rühling, I. (1980): Psychischer Konflikt. In: *Psyche*, 34. Jg., Heft 6, S. 543-554
- Kesper-Grossmann, U.; Grossman, P. (2001): Heilung von innen. Achtsamkeitsmeditation als Medizin. In: *Lotusblätter, Zeitschrift für Buddhismus*, 15. Jg., Heft 3, S. 48-51
- Kessler, A. (1995): Der erfolgreiche Umgang mit täglichen Belastungen: ein Programm zur Stressbewältigung. A: Materialien für den Kursleiter. 5. Aufl.; Baltmannsweiler: Röttger-Schneider
- Kessler, A.; Gallen, M. (1995): Der erfolgreiche Umgang mit täglichen Belastungen: ein Programm zur Stressbewältigung. Teilnehmer-Unterlagen für den Gruppenkurs. 4. Aufl.; Baltmannsweiler: Röttger-Schneider
- Kholmogorova, A.; Garanjan, N. (2001): Verknüpfung kognitiver und psychodynamischer Komponenten in der Psychotherapie somatoformer Erkrankungen. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51. Jg., Heft 5, S. 212-218
- Kickbusch, I. (2003): Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F. u.a. (Hg.) (2003), a.a.O., S. 181-189
- Kiecolt-Glaser, J.; Garner, W.; Speicher, C.; Penn, G.; Holliday, J.; Glaser, R. (1984): Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. In: *Psychosomatic Medicine*, Vol. 46, No. 1, S. 7-14
- Kiecolt-Glaser, J.; Stephens, R.; Lipetz, P.; Speicher, C.; Glaser, R. (1985): Distress and DNA repair in human lymphocytes. In: *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 8, No. 4, S. 311-320
- Kiecolt-Glaser, J.; Dyer, C.; Shuttlesworth, E. (1988 a): Upsetting social interactions and distress among Alzheimer's disease family care-givers: a replication and extension. In: *American Journal of Community Psychology*, Vol. 16, No. 6, S.825-837
- Kiecolt-Glaser, J.; Kennedy, S.; Malkoff, S.; Fisher, L.; Speicher, C.; Glaser, R. (1988 b): Marital discord and immunity in males. In: *Psychosomatic Medicine*, Vol. 50, No.3, S. 213-229
- Kiecolt-Glaser, J.; Dura, J.; Speicher, C.; Trask, O.; Glaser, R. (1991): Spousal caregivers of dementia victims: Longitudinalchanges in immunity and health. In: *Psychosomatic Medicine*, Vol. 53, No. 4, S. 345-362
- Kiecolt-Glaser, J.; Marucha, P.; Malarkey, W.; Mercado, A.; Glaser, R. (1995): Slowing of wound healing by psychological stress. In: *The Lancet*, Vol. 346/3, S. 1194-1196
- Kiecolt-Glaser, J.; Glaser, R. (2002): Depression and immune function: central pathways to morbidity and mortality. In: *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 53, No. 4, S. 873-876
- Kirschner, W.; Radoschewski, M.; Kirschner, R. (1995): § 20 SGB V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. St. Augustin: Asgard
- Klauer, Th. (2002): Depression und Hoffnungslosigkeit. In: Schwarzer, R.; Jerusalem, M.; Weber, H. (Hg.), a.a.O., S. 64-68
- Klauer, T.; Philipp, S. (1997): Formen der Krankheitsbewältigung bei Krebspatienten. In: Schwarzer, R. (Hg.) (1997), a.a.O., S.378-404
- Klein, S. (2002): Die Glücksformel – oder Wie die guten Gefühle entstehen. 3. Aufl.; Reinbek beiHamburg: Rowohlt
- Klüttemeyer, M. (1994): Die Medizin braucht mehr >weibliches Denken<. In: Göpel, E.; Schneider-Wohlfarth, U., a.a.O., S. 143-153
- Knäuper, B.; Schwarzer, R. (2000): Selbstwirksamkeitserwartungen in der Patientenschulung. In: *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*. 13 Jg.; Heft 51; S. 5-10
- Kobasa, S. (1979): Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry Into Hardiness. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 37, No. 1, S. 1-11
- Kobasa, S.C.; Maddi, S.R.; Kahn, S. (1982): Hardiness and Health: A prospective Study. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 42, No. 1, S. 168-177
- Köhler, T. (1995): Psychosomatische Krankheiten: eine Einführung in die allgemeine und spezielle psychosomatische Medizin. 3. überarb. u. erw. Aufl.; Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- König, K. (1991): Praxis der psychoanalytischen Therapie. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen
- Kösel, E. (1993): Die Modellierung von Lernwelten. Elztal-Dallau
- Kohut, H. (1992): Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. 8. Aufl.; Frankfurt a. Main: Suhrkamp
- Kohut, H. (1996): Die Heilung des Selbst. 6. Aufl.; Frankfurt a. Main: Suhrkamp
- Kolip, P.; Wydler, H.; Abel, T. (2000): Gesundheit: Salutogenese und Kohärenzgefühl. Einleitung und Überblick. In: Wydler, H.; Kolip, P.; Abel, T. (Hg.), a.a.O., S. 11-19
- Kovel, J. (1984): Kritischer Leitfaden der Psychotherapie. 3. Aufl.; Frankfurt, New York: Campus
- Krause, R. (1990): Psychodynamik der Emotionsstörungen. In: Scherer, K. (Hg.), a.a.O., S. 630-705
- Krieger, W.; Dlugosch, G. (1998): Die „Gesundheitswoche“ – Eine Kompaktmaßnahme zur Gesundheitsförderung im stationären Bereich. In: Amann, G.; Wipplinger, R. (Hg.), a.a.O., S. 451-470
- Kröner-Herwig, B. (2003): Schmerz. In: Jerusalem, M.; Weber, H. (Hg.) (2003), a.a.O., S. 599-620
- Kroenke, K.; Mangelsdorff, A.D. (1989): Common symptoms in ambulatory care: Incidence, evaluation, therapy and outcome. In: *The American Journal of Medicine*, 86. Jg., o. Heft-angabe; S. 262-266
- Krohne, H.; Kohlmann, C. (1990): Persönlichkeit und Emotion. In: Scherer, K. (Hg.), *Enzyklopädie der Psychologie*, a.a.O., S. 485-559
- Krohne, H.W. (1997): Stress und Stressbewältigung. In: Schwarzer, R. (1997), a.a.O., S.267-283
- Kropiunigg, U. (2003): Indianer weinen nicht. Über die Unterdrückung der Tränen in unserer Kultur. München: Kösel

- Krott, H.; Poremba, M.; Rauch, M. (1990): Neurophysiologische Grundlagen des emotionalen Verhaltens. In: Uexküll, Th. v. u.a. (Hg.), a.a.O., S. 169-179
- Krumpholz-Reichel, A. (2002): Die Große Müdigkeit. In: Psychologie Heute, 29. Jg., Heft 10, S. 20-25
- Kruse, J.; Heckrath, C.; Schmitz, N.; Alberti, L.; Tress, W. (1999): Zur hausärztlichen Diagnose und Versorgung psychogen Kranker. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psycho-logie, 49. Jg., Heft 1, S.14-22
- Kruse, O. (1985): Emotionsdynamik und Psychotherapie. Grundlagen zum Verständnis menschlicher Emotionen und ihre psychotherapeutischen Beeinflussung. Weinheim; Basel: Beltz
- Kruse, O. (1991): Emotionsentwicklung und Neurosenentstehung: Perspektiven einer klinischen Entwicklungspsychologie. Stuttgart: Enke
- Kruse, O. (1995): Entwicklungstheorie der Emotionen und Psychopathologie. In: Petzold (Hg.) (1995a), a.a.O., S. 137-167
- Krypsin-Exner, I. (1998): Von der Verhaltensmedizin zur Gesundheitspsychologie. In: Amann, G.; Wipplinger, R., a.a.O., S. 109-125
- Kubzansky, L.; Kawachi, I. (2000 a): Affective States and Health. In: Berkman, L.; Kawachi, I. (Hg.), a.a.O., S. 213-241
- Kubzansky, L.; Kawachi, I. (2000 b): Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? Review In: Journal of Psychosomatic Research, Vol. 48, S. 323-337
- Küfner, H. (1999): Prävention. In: Gastpar, M.; Mann, K.; Rommelspacher, H. (Hg.), a.a.O., S. 15-27
- Kuhr, A. (2004): Bericht über die 37. Jahrestagung der AABT (Association for Advancement of Behavior Therapy) vom 20.11.-23.11.2003 in Boston. In: Verhaltenstherapie & psycho-soziale Praxis, 36. Jg., Heft 1, (Suppl./Rosa Beilage) S. 22/23
- Kuiper, P.C. (1996): Seelenfinsternis. Die Depression eines Psychiaters. Frankfurt/Main: Fischer
- Kunz, M.; Bartholomäus, U.; Pantle, C.; Wegner, J.; Siefer, W.; Weber, C.; Viciano, A. (2002): Im Rausch der Gefühle. In: Focus, 10. Jg.; Heft 27, S. 114-122
- Laaser, U.; Hurrelmann, K. (1998): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hg.), a.a.O., S. 395-424
- Laaser, U.; Hurrelmann, K.; Wolters, P. (1993): Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hg.), a.a.O., S. 176-203
- Laaser, U.; Hurrelmann, K. (1998): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hg.) (1998), a.a.O., S. 395-424
- Ladewig, D. (1996): Sucht und Suchtkrankheiten. Ursachen, Symptome, Therapien. München: Beck
- Ladewig, D. (2000): Opiatabhängigkeit. In: Thomasius, R. (Hg.), a.a.O., S. 21-28
- Lamprecht, F. (1996): Die ökonomischen Folgen von Fehlbehandlungen psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psycho-logie, 46. Jg., Heft 8, S. 283-290
- Lamprecht, F., Johnen, R. (Hg.) (1997): Salutogenese: Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Kongreßband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin. 3. überarb. Aufl.; Frankfurt (Main): VAS-Verlag
- Lamprecht, F.; Sack, M. (1997): Kohärenzgefühl und Salutogenese – eine Einführung. In: Lamprecht, F.; Johnen, R. (Hg.), a.a.O., S. 22-36
- Landers, D.; Petruzzello S. (1994): Physical Activity, Fitness, and Anxiety. In: Bouchard, C.; Shephard, T.; Stephens, T. & Associates (Hg.), a.a.O., S. 868-882
- Landsberg, G. (Hg.) (1997): Karriereführer Hochschulen. Informationsmarkt für Studenten und Unternehmen. 21. Ausgabe /Heft Köln: Schirmer
- Langhorst, J.; Elsenbruch, S.; Dobos, G.; Schedlowski, M. (2003): Kann eine Veränderung des Lebensstils bei Colitis-Patienten zu einer Verbesserung der Lebensqualität beitragen? In: DCCV, a.a.O., S. 66-74
- Langmaack, B. (2001): Einführung in die Themenzentrierte Interaktion TZI. Leben rund ums Dreieck. Weinheim, Basel: Beltz
- Langmaack, B.; Braune-Krickau, M. (1989): Wie die Gruppe laufen lernt. Anregungen zum Planen und Leiten von Gruppen. München: Psychologie-Verl.-Union
- Larbig, W.; Grulke, N.; Revenstorf, D. (2000): Verhaltensmedizin bei Krebs: Psychosoziale Aspekte und psychologische Behandlungsmodulare. In: Larbig, W.; Tschuschke, V. (Hg.), a.a.O., S. 21-110
- Larbig, W.; Tschuschke, V. (Hg.) (2000): Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse. München: Reinhardt
- Lauterbach, U. (2004): Raus aus dem Gedankenkarussell. München: Kösel
- Laux, L.; Weber, H. (1990): Bewältigung von Emotionen. In: Scherer, K.R. (Hg.), Enzyklopädie der Psychologie, a.a.O., S. 560-629
- Lazarus, R.S. (1991): Emotion and adaption. New York: Oxford University Press
- Lazarus, R.S.; Averill, J.R.; Opton, E.M. (1973): Ansatz zu einer kognitiven Gefühlstheorie. In: N. Birbaumer: Neuropsychologie der Angst. München, Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg, S. 158-183.
- Lazarus, R.S.; Launier, R. (1981): Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt: In: Nitsch, J. (Hg.): Stress – Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, S. 213-259
- LeDoux, J. (1998): Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen. München, Wien: Hanser
- Legnaro, A. (2000): Rausch und Sucht in der Sozial- und Kulturgeschichte Europas. In: Uchtenhagen, A.; Zieglgänsberger, W. (Hg.), a.a.O., S. 8-21
- Lempke, G. (1990): Suchtkonzepte und ihre Auswirkungen auf den Umgang mit Abhängigkeitskranken. In: Schwoon, D. (Hg.): Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Stuttgart: Enke, S. 17-24
- Lenz, A. (2002): Empowerment und Ressourcenaktivierung – Perspektiven für die Psychosoziale Praxis. In: Lenz, A.; Stark, W. (Hg.), a.a.O., S. 13-53

- Lenz, A.; Stark, W. (Hg.) (2002): Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen: DGVT
- Leppin, A. (1994): Bedingungen des Gesundheitsverhaltens. Risikowahrnehmung und persönliche Ressourcen. Weinheim; München: Juventa
- Leppin, A.; Schwarzer, R. (Hg.) (1997): Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In: Schwarzer, R. (1997), a.a.O., S. 349-373
- Levenson, H. (1972): Distinction within the concept of internal-external control: Development of a new scale. In: Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association, Vol. 24, No. 7, S. 261-262
- Levenson, H. (1974): Activism and powerful others. Distinction within the concept of internal-external control. In: Journal of Personality Assessment, Vol. 38, S. 377-383
- Levenstein, S. (2000): The Very Model of a Modern Etiology. A Biopsychosocial View of Peptic Ulcer: In: Psychosomatic Medicine, Vol. 62, No. 2, S. 176-185
- Levy, S.; Herberman, R.; Lippman, M.; d'Angelo, T. (1987): Correlation of stress factors with sustained depression of natural killer cell activity and predicted prognosis in patients with breast cancer. In: Journal of Clinical Oncology, Vol. 5, No. 3, S. 348-353
- Levy, S.; Herberman, R.; Lippman, M.; Lee, J. (1991): Immunological and psychosocial predictors of disease recurrence in patients with early-stage breast cancer. In: Behavioral Medicine, Vol. 17, No. 2, S. 67-75
- Linden, W. (2000): Meditation. In: Vaitl, D.; Petermann, F., a.a.O., S. 256-268
- Linden, M. (2002): ICD-10 Primary Health Care. Die Who unterstützt sie bei der hausärztlichen Therapie. In: MMW (Münchener Medizinische Wochenschrift), 144. Jg., Heft 29/30, S. 26-28
- Linden, M.; Maier, W.; Achberger, M.; Herr, R.; Helmchen, H.; Benkert, O. (1996): Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In: Nervenarzt, 67. Jg.; o. Heftangabe S. 205-215
- Linehan, M. (1996 a): Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien
- Linehan, M. (1996 b): Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien
- Lobnig, H.; Pelikan, J. (1996): Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. (Reihe Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsförderung; Bd. 2) Wien: Facultas-Univ.-Verl.
- Löcherbach, P.; Henrich, T.; Kemmer, H.; Kinstler, H.J.; Knopp-Vater, M.; Rieckmann, N.; Schneider, A.; Weber, I. (2000): Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 125. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- Löcherbach, P.; Weber, I. (2000) Versorgungspolitische Auswirkungen: Psychotherapeutische Bedarfsplanung nach dem Gesetz. Ohne Korrektur der Planzahlen wird Fehlversorgung festgeschrieben. In: Journal für Psychologie, 8. Jg., Heft 4, S. 27-40
- Löwer, C. (2003): Der Schluck vor der OP. In: Die Zeit; Nr. 32 v. 31. Juli 2003, S. 25
- Lohaus, A. (1992): Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit. In: Zeitschrift für klinische Psychologie, Band XXI, Heft 1, S. 76-87
- Lohaus, A.; Klein-Heßling, J. (1998): Stressbewältigung im Grundschulalter: Eine vergleichende Evaluation unterschiedlicher Evaluationsvarianten. In: Amann, G.; Wipplinger, R., a.a.O., S. 407-423
- Luczak, H. (2000): Das zweite Gehirn. Wie der Bauch den Kopf bestimmt. Wissenschaftler auf der Spur von Gefühl und Intuition. Geo-Sonderdruck, Nr. 11; Hannover: Solvay Arzneimittel
- Lüthi, U. (2003): Abhängigkeitsstörungen. Macht und Ohnmacht der Süchtigen. In: Soins Infirmières, 96. Jg., Heft 3, S. 10-13
- Lutz, R. (Hg.) (1983 a): Genuß und Genießen. Zur Psychologie des genußvollen Erlebens und Handelns. Weinheim, Basel: Beltz
- Lutz, R. (1983 b): Betonen des Positiven im Erleben und Handeln. In: Lutz, R. (Hg.), a.a.O., S. 30-41
- Lutz, R.; Koppenhöfer, E. (1983): Kleine Schule des Genießens. In: Lutz, R. (Hg.), a.a.O., S. 112-125
- Lutz, T. (2000): Tränen vergießen. Über die Kunst zu weinen. Hamburg, Wien: Europa-Verlag
- Maaser, R.; Besuden, F.; Bleichner, F.; Schütz, R. (1994): Theorie und Methode der körperbezogenen Psychotherapie. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Maercker, A. (1998): Kohärenzsinn und persönliche Reifung als salutogenetische Variablen. In: Margraf, J.; Siegrist, J.; Neumer, S., a.a.O., S. 188-200
- Maier, W.; Linden, M.; Sartorius, N. (1996): Psychische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis: Ergebnisse und Schlussfolgerungen einer WHO-Studie. In: Deutsches Ärzteblatt, 93. Jg., Heft 18, A-1202, S. 1-4
- Majumdar, M. (2000): Meditation und Gesundheit. Eine Beobachtungsstudie. Essen: KVC-Verlag
- Majumdar, M.; Grossmann, P.; Dietz-Waschkowski, B.; Kersig, S.; Walach, H. (2002): Does Mindfulness Meditation Contribute to Health? Outcome Evaluation of a German Sample. In: The Journal of Alternative and Complementary Medicine, Vol. 8, No. 6, S. 719-730
- Mäulen, B. (1992): Abhängigkeit in Pflegeberufen. In: DHS (Hg.): Medikamentenabhängigkeit (Bd. 34 der Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren); Freiburg im Breisgau: Lambertus; S. 217-223
- Mandl, H.; Huber, G. (Hg.) (1983): Emotion und Kognition. München; Wien; Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- Mandl, H.; Huber, G. (1983): Theoretische Grundpositionen im Verhältnis von Emotion und Kognition. In: Mandl, H.; Huber, G. (Hg.), a.a.O., S. 1-60
- Mann, K.; Buchkremer, G. (Hg.) (1998): Sucht. Grundlagen – Diagnostik – Therapie. 2. Aufl.; Ulm, Stuttgart, Jena, Lübeck: Fischer

- Manz, R. (2001a)(Hg.): Psychologische Programme für die Praxis. Fortschritte der Gemeinde- psychologie u. Gesundheitsförderung (Bd. 9); Tübingen: DGVT
- Manz, R. (2001b): Möglichkeiten der primären Prävention von Angst und Depression: Ergebnisse im internationalen Bereich. In: Manz, R. (2001a), a.a.O., S. 107-126
- Margraf, J.; Siegrist, J.; Neumer, S. (1998): Gesundheits- oder Krankheitstheorie. Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. Berlin, Heidelberg: Springer
- Mark, N.; Bischoff, C. (Hg.) (1994): Psychosomatische Grundversorgung. Verhaltenstherapeutische Konzepte und Empfehlungen für die ärztliche Praxis. Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Martin, P. (1999): Der Zen-Weg aus der Depression. Therapeutisch-spirituelle Hilfe zur Selbsthilfe. Bern, München, Wien: Barth
- Marwitz, M.; Stemmler, G. (1998): On the status of individual response specificity. In: Psychophysiology, 35. Jg., Heft 1, S. 1-15
- Matousek, M. (2002): Interview mit Saki Santorelli: Wege nach innen – endlich mal den Stress ausatmen. In: Natur und Heilen, 15. Jg, Heft 11, S. 28-35
- Maturana, H.; Varela, F. (1987): Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Bern, München: Scherz
- Matzko, H. (2000): Ein gestalttherapeutischer Behandlungsentwurf für Suchterkrankungen: Ein mehrphasiger Transformationsprozeß. In: Gestaltkritik. Die Zeitschrift für Gestalttherapie, 9. Jg., Heft 2, S. 52-63
- Mayring, P. (1992): Klassifikation und Beschreibung einzelner Emotionen. In: Ulich, D.; Mayring, P. (1992), a.a.O., S. 131-181
- Mayring, P. (2000): Freude und Glück. In: Otto, J.H. u.a. (Hg.), a.a.O., S. 221–230
- Mayring, P. (2003): Klassifikation und Beschreibung einzelner Emotionen. In: Ulich, D.; Mayring, P. (2003), a.a.O., S. 144-190
- McDermott, I.; O’Connor, J. (1997): NLP und Gesundheit. Die offenen Geheimnisse der Gesunden. Verlag für Angewandte Kinesiologie: Freiburg/Breisgau
- McEwen, B. (1998): Protective and Damaging effects of Stress Mediators (Review Article). In: The New England Journal of Medicine. Seminars in Medicine of the Beth Israel Deaconess Medical Center, Vol. 338, No. 3, S. 171-179
- Mees, U. (1998): Emotion. In: Straub, J.; Kempf, W.; Werbik, H. (Hg.): Psychologie. Eine Einführung. Grundlagen, Methoden, Perspektiven. 2. Aufl.. München: Dtsch. Taschenbuch Verlag; S. 324-344
- Meibert, P. (2003): Der Einfluss der Achtsamkeitsmeditation auf Linking und Symptombelastung. Ruhr-Universität Bochum: Fakultät für Psychologie
- Meichenbaum, D. (1979): Kognitive Verhaltensmodifikation. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- Meichenbaum, D. (2003): Intervention bei Stress. Anwendung und Wirkung des Stressimpfungs-trainings. 2. Aufl. der deutschen Ausgabe; Bern: Huber
- Mellody, P. (2002): Verstrickt in die Probleme anderer. Über Entstehung und Auswirkung von Co-Abhängigkeit. 6. Aufl.; München: Kösel
- Mellody, P.; Wells Miller, A. (2001): Wege aus der Co-Abhängigkeit. Ein Selbsthilfebuch. 5. Aufl.; München: Kösel
- Mentzos, S. (1994): Angstneurose. Psychodynamische und psychotherapeutische Aspekte. Frankfurt a. Main: Fischer
- Mentzos, S. (1999): Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. 16. Aufl.; Frankfurt a. Main: Fischer
- Merkens, H. (1993): Forschungsmethode. In: Lenzen, D. (Hg.): Pädagogische Grundbegriffe, Bd. 1; Reinbek b. Hamburg: Rowohlt; S. 614-632
- Mertens, W. (1981): Psychoanalyse. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer
- Mertens, W. (Hg.) (1983): Psychoanalyse. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- Mertens, W. (1994): Psychoanalyse auf dem Prüfstand?: Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe. Berlin, München: Quintessenz
- Mertens, W. (2000): Einführung in die psychoanalytische Therapie. (Bd. I); 3. Aufl.; Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Meudt, M. (1993): Suchtkrankheiten – mehr Verständnis durch Fortbildung? In: Krankenpflege, 47. Jg.; Heft 4, S. 224-230
- Meyer, A. (o.J.): Pflegewissenschaft. Einführung in die Pflegetheorien. Studienbriefe der Fernfachhochschule Hamburg. Fernfachhochschule: Hamburg
- Meyer, A.-E.; Richter, R.; Grawe, K.; Graf v.d. Schulenburg, J.-M.; Schulte, B. (1991): Forschungs-gutachten zur Frage eines Psychotherapeutengesetzes. Universitätskrankenhaus: Hamburg-Eppendorf
- Meyer, C.; Rumpf, H.J.; Hapke, U.; Dilling, H.; John, U. (2000): Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. In: Nervenarzt, 71. Jg., Heft 7, S. 535-542
- Meyer, H. (1987): Unterrichts-Methoden I: Theorieband. 3. Aufl.; Frankfurt am Main: Scriptor
- Meyer, W.-U. (2000): Gelernte Hilflosigkeit. Grundlagen und Anwendungen in Schule und Unterricht. Bern, Göttingen, Toronto u.a.: Huber
- Meyer, W-U.; Schützwohl, A.; Reizenzein, R. (1997): Einführung in die Emotionspsychologie. Bd.I.; Nachdruck erste Aufl.; Bern, Göttingen, Toronto: Huber
- Meyer, W-U.; Schützwohl, A.; Reizenzein, R. (1999): Einführung in die Emotionspsychologie. Bd. II; Evolutionspsychologische Emotionstheorien. 2. korrigierte Aufl.; Bern, Göttingen, Toronto: Huber
- Miketta, G. (1997): Netzwerk Mensch. Den Verbindungen von Körper und Seele auf der Spur. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Miketta, G. (2002): Gefühle sind ansteckend. Interview mit Martin Korte, Neurobiologe am Max-Planck-Institut München. In: Focus; 10. Jg.; Heft 27, S. 117

- Miller, A. (1983): Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Miller, J.; Fletcher, K.; Kabat-Zinn, J. (1995): Three-Year Follow-up and Clinical Implications of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Intervention in the Treatment of Anxiety Disorders. In: *General Hospital Psychiatry*, 17, S. 192-200
- Milkman, H.; Sunderwirth, S. (1984): Warum werden wir süchtig? Die biochemischen Hintergründe der Abhängigkeit. In: *Psychologie Heute*, 11. Jg., Heft 2, S. 34-40
- Milz, H. (1994): Persönliche Gesundheit in ökosozialer Verantwortung: Perspektiven, Widersprüche, offene Fragen. In: Göpel, E.; Schneider-Wohlfarth, U. (Hg.), a.a.O., S. 17-32
- Mittag, O. (1998): Gesundheitliche Schutzfaktoren. In: Amann, G.; Wipplinger, R., a.a.O., S. 177-192
- Mittag, O.; Brusis, O.; Held, K. (2001): Patientenschulung in der kardiologischen Rehabilitation. In: *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*. 14. Jg.; Heft 54, S. 137-144
- Mittag, W.; Jerusalem, M. (1998): Prävention von Alkohol- und Medikamentengebrauch bei Jugendlichen. Eine Evaluationsstudie. In: Amann, G., Wipplinger, R. (Hg.), a.a.O., S. 425-447
- Mitscherlich, A. (1974): Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin. Bd.1, 8. Aufl.; Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Moser, U. (1978): Affektssignal und aggressives Verhalten. Zwei verbal formulierte Modelle der Aggression. In: *Psyche*, 32. Jg., S. 229-258
- Müller, D. (2000): Interdisziplinäre Kooperation in der Gesundheitsversorgung. In: *Dr. med. Mabuse*, 25. Jg., Heft 126, S. 60-64
- Müller, E. (1994): Du spürst unter Deinen Füßen das Gras. Autogenes Training in Phantasie- und Märchenreisen. Frankfurt/Main: Fischer
- Müller, M.; Netter, P. (1992): Unkontrollierbarkeit und Leistungsmotivation - Einflüsse auf Cortisol- und Testosteronkonzentrationsänderungen während einer mental-leistungsbezogenen und einer psychich-aversiven Belastungssituation. In: *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 1. Jg., Nr. 3, S. 103-113
- Müller, R.; Weiss, W. (1989): Problematisches Trinken: Ansätze zur Erklärung, Prävention und Therapie. In: Scheerer, S.; Vogt, I. unter Mitarbeit von Hess, H. (Hg.): *Drogen- und Drogenpolitik. Teil B: Die Alltagsdrogen (Alkohol)*; Frankfurt, New York: Campus; S. 87-107
- Mundt, Ch. (1996): Die Psychotherapie depressiver Erkrankungen. In: *Nervenarzt*, 67. Jg., o. Heftangabe, S. 183-197
- Murphy, L.; Moriarty, A. (1976): *Vulnerability, Coping and Growth: From Infancy to Adolescence*. New Haven, London: Yale University Press
- Myrtek, M. (1999): Das Typ-A-Verhaltensmuster und Hostility als eigenständige Riskofaktoren der koronaren Herzkrankheit. Expertise im Rahmen der Statuskonferenz Psychocardiologie. Verfügbar unter: <http://cardio.arago.de>, S. 1-71
- Nefiodow, L. (2001): Der Gesundheitsmarkt – die künftige Lokomotive der Wirtschaft. Auf dem Weg zum sechsten Kondratieff. In: Höfling, S.; Gieseke, O. (Hg.), a.a.O., S. 19-32
- Neumer, S.; Junge, J.; Bittner, A.; Manz, R.; Margraf, J. (2001): GO! – „Gesundheit und Optimismus!“: Prävention von Angst und Depressionen bei Erwachsenen; In: Manz, R. (Hg.), a.a.O., S. 77-106
- Nerdinger, F. (1994): *Zur Psychologie der Dienstleistung. Theoretische und empirische Studien zu einem wirtschaftspsychologischen Forschungsgebiet*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel
- Nidiaye, S. (2003): *Herz öffnen statt Kopf zerbrechen*. (3.Aufl.); München: Integral
- Niklewski, G.; Riecke-Niklewski, R. (1998): *Depressionen überwinden*. Berlin: Stiftung Warentest
- Noack, R. (1997): *Salutogenese: Ein neues Paradigma in der Medizin*. In Bartsch, H.; Bengel, J. (Hg.), a.a.O., S. 88-105
- Nöcker, G. (1990): *Von der Drogen- zur Suchtprävention – Bestandsaufnahme, Kritik und Perspektiven*. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW
- Norwood, R. (2003): *Wenn Frauen zu sehr lieben. Die heimliche Sucht gebraucht zu werden*. 20. Aufl.; Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Novak, P. (1996): *Psychotherapeutische Versorgung und Public Health*. In: *Psychotherapie, Psycho-somatik, Medizinische Psychologie*, 46. Jg., Heft 3/4, S.111-115
- Novak, P. (1998): *Salutogenese und Pathogenese: Komplementarität und Abgrenzung*. In: Margraf, J.; Siegrist, J.; Neumer, S., a.a.O., S. 27-39
- Nuber, U. (1990): „Gefühle, von denen die Seele nichts weiß“ (Nuber im Gespräch mit dem Psychoanalytiker Tilmann Moser). In: *Psychologie Heute*, 17. Jg., Heft 4, S. 40-47
- Nuber, U. (1991): *Rauchen – ein Zeichen von Depression?* In: *Psychologie Heute*, 18. Jg., Heft 1, S. 8-9
- Nuber, U. (2001): *Depression: Ein seelisches Energiesparmodell?* In: *Psychologie Heute*, 28. Jg, Heft 3, S. 62-63
- Nussbaum, M. (2000): *Emotionen als Urteile über Wert und Wichtigkeit*. In: Fehige, C. u.a. (Hg.), a.a.O., S.144-149
- Oeser, E. (2000): *Evolution & Involution in der Wissenschaft und die Hoffnung auf integrierende Gesundheitswissenschaften: Abenteuer und Risiko wissenschaftlicher Vernunft in der Medizin*. In: *Zukünfte*, 9. Jg., Heft 32, S. 23-28
- Oevermann, U. (1995): *Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns*. (Unveröffentl. Entwurf v. 26.2.95)
- Oeverman, U. (1997): *Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns*. In: Combe, A.; Helsper, W. (Hg.): *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. 2. Aufl.; Frankfurt/Main: Suhrkamp, S. 70-182
- Ohlbrich, C. (1999): *Pflegekompetenz*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber

- Ohm, D. (1997): Lachen, lieben – länger leben: Geniessen lernen, Lebenssinn finden, Freude und Glück erleben, Selbstheilungskräfte aktivieren; Gesundheitspsychologie im Alltag. Stuttgart: Thieme
- O'Leary, A. (1990): Stress, Emotion, and Human Immune Function. In: *Psychological Bulletin*, Vol. 108, No. 3, S. 363-382
- Ornish, D. (1999): Die revolutionäre Therapie: Heilen mit Liebe. München: Mosaik
- Otto, J.; Euler, H.; Mandl, H. (Hg.) (2000 a): Emotionspsychologie. Ein Handbuch. Weinheim: Psychologie-VerlagsUnion
- Otto, J.; Euler, H.; Mandl, H. (2000 b): Begriffsbestimmungen. In: Otto, J.; Euler, H.; Mandl H. (Hg.), a.a.O., S. 11-18
- Pahmeier, I. (1998): Die Bedeutung des Sports für die Gesundheitsförderung. In: Amann, G.; Wiplinger, R., a.a.O., 329-364
- Panksepp, J. (1992): A critical role for „affective neuroscience“ in resolving what is basic about basic emotions. In: *Psychological Review*, Vol. 99, Heft 3, S. 554-560
- Panksepp, J. (1998): *Affective Neuroscience. The Foundations of Humans and Animal Emotions*. New York, Oxford: Oxford University Press
- Pauli, P.; Birbaumer, N. (2000): Psychophysiologische Ansätze. In: Otto, J. u.a. (Hg.), a.a.O., S. 75-84
- Paulus, J. (1999): Die wahren Grundlagen der Persönlichkeit. In: *Psychologie Heute*, 26. Jg., Heft 1, S. 44-49
- Paulus, J. (2002): Nicht verzweifeln, weiterleben. In: *Psychologie Heute*, 29. Jg., Heft 4, S. 53
- Paulus, P. (Hg.) (1992 a): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln: GWG-Verlag
- Paulus, P. (1992 b): Zur Einführung: Prävention, Gesundheitsförderung und soziale Praxis. In: Paulus, P. (Hg.), a.a.O., S. 9-16
- Paulus, P. (1994): Selbstverwirklichung und psychische Gesundheit. Göttingen: Hogrefe
- Pawlik, K. (1995): Bericht über den 39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Hamburg 1994. Schwerpunktthema: Persönlichkeit und Verhalten. Göttingen, Bern: Hogrefe
- Payne, R. (1998): Entspannungstechniken. Lübeck, Stuttgart, Jena, Ulm: Fischer
- Pennebaker, J. (1990): *Opening Up. The Healing Power of Confiding in Others*. New York: Morrow
- Pennebaker, J. (1991): Writing your wrongs. In: *American Health*, No. 1 (Jan./Febr.), S. 64-67
- Perrez, M. (1988): Bewältigung von Alltagsbelastungen und seelische Gesundheit. In: *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 17. Jg., Heft 4, S. 292-306
- Persky, V.; Kempthorne-Rawson, J.; Shekelle, R. (1987): Personality and risk of cancer: 20-year-follow-up of the Western Electric Study. In: *Psychosomatic Medicine*, Vol. 49, No. 5, S. 435-449
- Pert, C.B. (1999): Moleküle der Gefühle. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Peterson, C. (1999). Personal Control and Well-Being. In: Kahneman, D. u.a., a.a.O., S. 288-301
- Peterson, C.; Seligman, M.; Vaillant, G. (1988): Pessimistic Explanatory Style is a Risk Factor for Physical Illness: A Thirty-Five-Year Longitudinal Study. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 55, No. 1, S. 23-27
- Petermann, Franz (1995): Erlernte Hilfsigkeit. Neue Konzepte und Anwendungen. In: Seligman, M., a.a.O., S. 209-259
- Petermann, F. (Hg.) (1997): *Patientenschulung und Patientenberatung*. 2. vollst. überarb. und erw. Aufl.; Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Petzold, H. (Hg.) (1986): *Leiblichkeit*. 2. Aufl.; Junfermann: Paderborn
- Petzold, H. (Hg.) (1995 a): Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H. (1995 b): Das schulenübergreifende Emotionskonzept der „Integrativen Therapie“ und seine Bedeutung für die Praxis „emotionaler Differenzierungsarbeit“. In: Petzold, H. (Hg.), a.a.O., S. 191-269
- Petzold, H. (1996): *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie*. Bd. 1/2; 3. überarb. Aufl.; Paderborn: Junfermann
- Peurifoy, R. (1993): *Angst, Panik und Phobien. Ein Selbsthilfe-Programm*. Bern: Huber
- Pfaff, M. (1997): *Problemorientiertes Lernen*. London, Glasgow, Weinheim: Chapman&Hall
- Pflanz, M. (1973): *Allgemeine Epidemiologie. Aufgaben, Technik, Methoden*. Stuttgart: Thieme
- Pines, A.; Aronson, E.; Kafry, D. (2000): *Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. 9. Aufl.; Stuttgart: Klett-Cotta
- Piron, H. (2002): Meditation auf dem Prüfstand. In: *Ursache und Wirkung*, 12. Jg., Heft 39, S. 32-33
- Plath, S. (1997). *Die Tagebücher*. Frankfurt/Main: Frankfurter Verlagsanstalt
- Plutchik, R. (1980): A General Psychoevolutionary Theory of Emotion. In: Plutchik, R.; Kellermann, H. (Hg.), a.a.O., S. 3-33
- Plutchik, R.; Kellerman, H. (Hg.) (1980): *Emotion – Theory, Research and Experience*. Volume 1; New York u.a.: Academic Press
- Polenz, W.; Becker, P. (1997): Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der habituellen körperlichen Gesundheit im Betrieb. In: *Trierer Psychologische Berichte*, Bd. 24, Heft 2, verfügbar unter: <http://psychologie.uni-trier.de/becker/index.htm>
- Poppelreuter, S.; Gross, W. (2000): Nicht nur Drogen machen süchtig. Entstehung und Behandlung von stoffungebundenen Süchten. Weinheim: Beltz (PsychologieVerlagsUnion)
- Poppelreuter, S.; Windholz, C. (2002): Zu viel Fleiß hat seinen Preis. In: *Psychologie Heute*, 29. Jg., Heft 6, S. 28-31
- Possemeyer, I.; Herbrich, T. (2002): Stressforschung. Vom Wesen einer Zivilisationsplage. In: *Geo*, o. Jg., Heft 3, S. 142-169

- Potreck-Rose, F.; Koch, U. (1994): Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten. Stuttgart: Schattauer
- Potreck-Rose; F.; Jacob, G. (2003): Selbstzuwendung Selbstakzeptanz Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl. Stuttgart: Pfeiffer
- PSAG-AC (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der Stadt Aachen Hg.) (2000/2001): Bestand und Entwicklungsplan der psychosozialen Versorgung in der Stadt Aachen
- Psychotherapie-Richtlinien (1998): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie in der Fassung vom 23.10.1998. In: Deutsches Ärzteblatt, 95 Jg., Heft 51-52, S. A-3309-3315
- Psychotherapie-Vereinbarung (1998): Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung in der Fassung vom 7.12.1998. In: Deutsches Ärzteblatt, 95. Jg., Heft 51-52, S. A-3315
- Pudel, V. (1997): Ernährung. In: Schwarzer, R. (Hg.) (1997), a.a.O., S. 151-174
- Raub, J. (2002): Psychophysiologic Effects of Hatha Yoga on Musculoskeletal and Cardiopulmonary Function. A Literature Review. In: The Journal of Alternative and Complementary Medicine, Vol. 8, No. 6, S. 797-812
- Rapaport, D. (1977): Gefühl und Erinnerung. Stuttgart: Klett
- Rappaport, J. (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. Ein sozialpolitisches Konzept des Empowerment anstelle präventiver Ansätze. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis; 17. Jg; H. 2, S. 257-278
- Reddemann, L- (2002): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren; 5. Aufl.; Stuttgart: Pfeiffer
- Reimer, C.; Eckert, J.; Hautzinger, M.; Wilke, E. (Hg.) (2000): Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. 2. Überarbeitete und erweiterte Aufl.; Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Reimer, C.; Jurkat, H.; Mäulen, B.; Stetter, F. (2001): Zur Problematik der Suchtgefährdung von berufstätigen Medizinerinnen. In: Psychotherapeut, 46. Jg., Heft 6., S. 376-385
- Rennert, M. (1989): Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Frbg. i. Breisgau: Lambertus
- Reschke, K. (2002): Was sind und was leisten Stressbewältigungsprogramme? In: Schumacher, J.; Reschke, K.; Schröder, H. (Hg.), a.a.O., S. 66-98
- Reschke, K.; Petermann, H.; Weyandt, M. (Hg.) (1997): Reihe: Zur gesunden Schule unterwegs III – Von der Technoparty zur Sucht? Aspekte der Prävention und Intervention von Sucht. Regensburg: Roderer
- Reschke, K.; Schröder, H. (2000): Optimistisch den Streß meistern. Tübingen: DGVT
- Richter, H.-E.; Wirsching, M. (Hg.) (1991): Neues Denken in der Psychosomatik. Frankfurt/Main: Fischer
- Richter, H.-E. (1998): Als Einstein nicht mehr weiter wußte. Ein himmlischer Krisengipfel. München: Econ & List
- Riemann, F. (1982): Grundformen der Angst. Eine tiefenpsychologische Studie. München, Basel: Reinhardt
- Rimann, M.; Udris, I. (1998): „Kohärenzerleben“ (Sense of Coherence): Zentraler Bestandteil von Gesundheit oder Gesundheitsressource? In: Schüffel, W.; Brucks, U.; Johnen, R.; Köllner, V.; Lamprecht, F.; Schnyder, U. (Hg.), a.a.O., S. 351-364
- Robert-Koch-Institut (Hg.) (1999): Schwerpunktheft: Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven. In: Das Gesundheitswesen, 61. Jg., Sonderheft 2
- Röhrle, B. (Hg.) (2002): Prävention und Gesundheitsförderung. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung. Tübingen: DGVT
- Röhrs, H. (1968): Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Stuttgart, Berlin: Kohlhammer
- Rogentine, G.; van Kammen, D.; Fox, B.; Docherty, J.; Rosenblatt, J.; Boyd, S.; Bunney, W. (1979): Psychological factors in the prognosis of malignant melanoma: a prospective Study. In: Psychosomatic Medicine, Vol. 41, No. 8, S. 647-655
- Rogers, C. (1973): Klientbezogene Gesprächstherapie. München: Kindler
- Rogers, C. (1976): Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart: Klett
- Rogers, C. (1992): Die nicht-direktive Beratung. Counseling and Psychotherapy. Frankfurt am Main: Fischer
- Rogers, C. (1998): Klientenzentrierte Psychotherapie. In Rogers, C.; Schmid, P., a.a.O., S. 185-237
- Rogers, C.; Rosenberg; R.L. (1980): Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart: Klett-Cotta
- Rogers, C.; Schmid, P. (1998): Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl R. Rogers. 3. Aufl.; Mainz: Matthias-Grünewald
- Rosenkranz, M.; Jackson, D.; Dalton, K.; Dolski, I.; Ryff, C.; Singer, B.; Muller, D.; Kalin, N.; Davidson, R. (2003): Affective style and in vivo immune response: neurobehavioral mechanisms. In: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. Vol. 100, No. 19, S. 11148-11152
- Rommelpacher, H. (1998): Welche neurobiologischen Mechanismen erklären Aspekte süchtigen Verhaltens. In: Mann, K.; Buchkremer, G. (Hg.), a.a.o.; S. 41-52
- Rommelpacher, H. (1999): Modelle der Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens. Neurobiologische Ansätze. In: Gastpar, M.; Mann, K.; Rommelpacher, H. (Hg.), a.a.O., S. 28-38
- Rommelpacher, H. (2000): Neurobiologie. In: Stimmer, F. (Hg.), a.a.O., S. 422-430
- Rosenbrock, R. (1991): Politik der Prävention – Möglichkeiten und Hinderungsgründe. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. P91-203; Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Rost, W.-D. (1994): Der psychoanalytische Ansatz: Die Therapie der Grundstörung. In: Scheiblich, W. (Hg.), a.a.O., S. 26-39

- Rost, W.-D. (2001): Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik, Behandlung. 6. Aufl.; Stuttgart: Klett-Cotta (Greif-Buch)
- Roth, G. (1998): Die emotionale Wende. Psychologie und Neurowissenschaften entdecken in den Gefühlen die Basis des Geistes. In: Psychologie Heute, 25. Jg., Heft 9, S. 70-73
- Rotter, J. (1975): Some Problems and Misconceptions Related to the Construct of Internal Versus External Control of Reinforcement. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 43, No. 1, S. 56-67
- Rüegg, J.C. (2003): Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn. Neuronale Plastizität als Grundlage einer biopsychosozialen Medizin. Stuttgart: Schattauer
- Rüger, U.; Blomert, A.; Förster, W. (1990): Coping. Theoretische Konzepte, Forschungsansätze, Meßinstrumente zur Krankheitsbewältigung. Göttingen: Verl. für Med. Psychologie im Verl. Vandenhoeck u. Ruprecht
- Rugulies, R.; Siegrist, J. (2000): Soziologische Aspekte der Entstehung und des Verlaufs der koronaren Herzkrankheit: Soziale Schicht und chronischer Distress im Erwerbsleben. Expertise für die Statuskonferenz Psychocardiologie. In: <http://cardio.arago.de> vom 28.7.2000, S. 1-26
- Rutter, M. (1987): Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. In: American journal of orthopsychiatry; 57. Jg., Heft 3, S. 316-331
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Schwartz, F.W.; Wille, E.; Fischer, G.C.; Kuhlmeier, A.; Lauterbach, K.W.; Rosenbrock, R.; Scriba, P.C.) (2000/2001): Kurzfassung der Gutachten zu Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. I (Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation); Bd. II (Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege); Bd. III (Über- Unter- und Fehlversorgung); Bonn
- Sack, M.; Lamprecht, F. (1997): Lässt sich der „sense of coherence“ durch Psychotherapie beeinflussen? In: Lamprecht, F.; Johnen, R. (Hg.), a.a.O., S. 186-193
- Sack, M.; Lamprecht, F. (1998): Forschungsaspekte zum „Sense of Coherence“. In: Schüffel, W.; Brucks, U.; Johnen, R.; Köllner, V.; Lamprecht, F.; Schnyder, U. (Hg.), a.a.O., S. 325-336
- Sagebiel, J. (1994): Persönlichkeit als pädagogische Kompetenz in der beruflichen Weiterbildung. Frankfurt/Main: Peter Lang
- Sandholzer, H. (Projektkoordinator) (1999): Qualitätssicherung in der Psychosomatik. Verbundstudie innerhalb des Demonstrationsprojektes zur Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 118. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft
- Samuels, A.; Shorter, B.; Plaut, F. (1989): Wörterbuch Jungischer Psychologie. München: Kösel
- Santorelli, S. (2000): Zerbrochen und doch ganz. Die heilende Kraft der Achtsamkeit. Freiamt: Arbor
- Sapolsky, R. (1992): Stress, the Aging Brain and the Mechanisms of Neuron Death. Cambridge, Massachusetts: MIT Press (zit. nach: Sapolsky 1998, S. 418)
- Sapolsky, R. (1998): Warum Zebras keine Migräne kriegen. Wie Stress den Menschen krank macht. München: Piper
- Sarason, B.; Sarason, I.; Hacker, T.; Basham, R. (1985): Concomitants of Social Support: Social Skills, Physical Attractiveness, and Gender. In: Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 49, No. 2, S. 469-480
- Sarason, I.; Sarason, B.; Shearin, E. (1986): Social Support as an Individual Difference Variable: Its Stability, Origins, and Relational Aspects. In: Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 50, No. 4, S. 845-855
- Sarason, B.; Pierce, G.; Shearin, E. (1991): Perceived Social Support and Working Models of Self and Actual Others. In: Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 60, No. 2, S. 273-287
- Saron, C.; Davidson, R. (1998): Das Gehirn und die Gefühle. In: Goleman, D. (1998 b), a.a.O., S. 88-113
- Sartory, G. (1997): Angststörungen: Theorien, Befunde, Diagnostik und Behandlung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Schaeffer, D. (1994): Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege In: Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R. (Hg.): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: Ed. Sigma, S. 103-126
- Scharfenstein, A.; Basler, H.D. (1993): „Gesundheit lernen – Gesundheit leben.“ Evaluation eines Schulungsprogramms für Koronargefährdete. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 1. Jg., Heft 3, S. 197-218
- Schedlowski, M.; Tewes, U. (Hg.) (1996): Psychoneuroimmunologie. Heidelberg, Berlin, Oxford: Spektrum Akademischer Verlag
- Scheerer, S. (1995): Sucht. rororo spezial; Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Scheiblich, W. (Hg.) (1994): Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Frbg. i. Breisgau: Lambertus
- Scheier, M.; Bridges, M. (1995): Person Variables and Health: Personality Predispositions and Acute Psychological States as Shared Determinants for Disease. In: Psychosomatic Medicine, Vol. 57, No. 3, S. 255-268
- Scheier, M.; Carver, C. (1985): Optimism, Coping, and Health: Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies. In: Health Psychology, Vol. 4, No. 3, S. 219-247
- Scheier, M.; Weintraub, K.; Carver, C. (1986): Coping with Stress: Divergent Strategies of Optimists and Pessimists. In: Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 51, No. 6, S. 1257-1264
- Scheier, M.; Carver, C. (1987): Dispositional Optimism and Physical Well-Being: The Influence of Generalized Outcome Expectancies on health. In: Journal of Personality, Vol. 55, No. 2, S. 169-210
- Schepank, H. (1987): Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung – Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Berlin, Heidelberg: Springer
- Scherer, K. (1981): Wider die Vernachlässigung der Emotionen in der Psychologie. In: Michaelis, W. (Hg.):

- Bericht über den 32. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Zürich 1980 (Bd. 1); Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe; S. 195-205
- Scherer, K. (1985): Streß und Emotion: Ein Ausblick. In: Scherer, K.; Wallbott, H.; Tolkmitt, F.; Bergmann, G.: Die Streßreaktion: Physiologie und Verhalten. Göttingen, Zürich: Hogrefe; S. 304-317
- Scherer, K. (Hg.) (1990): Enzyklopädie der Psychologie (Bd. C IV 3): Psychologie der Emotion. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe
- Scherer, K. (1990): Theorien und aktuelle Probleme der Emotionspsychologie. In: Scherer, K. (Hg.), a.a.O., S. 1-38
- Schliehe, F.; Schäfer, H.; Buschmann-Steinhage, R.; Döll, S. (2000): Aktiv Gesundheit fördern. Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation. Stuttgart, New York: Schattauer
- Schmid, R. (1992): Psychotherapie-Bedarf: Analyse und Bewertung epidemiologischer Anhaltsziffern und bedarfsbezogener Aussagen unter Bezugnahme auf das „Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes“. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Forschungsgruppe Gesundheit und Soziales (FOGS): Köln
- Schmid, W. (2004): Mit sich selbst befreundet sein. Von der Lebenskunst im Umgang mit sich selbst. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Schmidbauer, W. (1982): Sind die Industriegesellschaften suchtkrank? Teil I (Wir Fixer) in: Natur, Nr. 3, S. 60-65; Teil II (High Noon) in: Natur, Nr. 4, S. 90-92
- Schmidbauer, W. (1986): Die subjektive Krankheit. Kritik der Psychosomatik. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Schmidbauer, W. (1992): Helfen als Beruf. Die Ware Nächstenliebe. (überarbeitete und erweiterte Neuausgabe) Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schmidbauer, W. (1997). Weniger ist manchmal mehr. Zur Psychologie des Konsumverzichts. Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuausgabe; Reinbek b. Hamburg: Rowohlt
- Schmidbauer, W. (2000): Hilflöse Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. 9. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.; Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Schmidbauer, W. (2002): Helfer-Syndrom und Burnout-Gefahr. München, Jena: Urban & Fischer
- Schmid-Oumard, W.; Nahler, M. (1993): Lehren mit Leib und Seele. Neurolinguistisches Programmieren in der pädagogischen Praxis. Paderborn: Junfermann
- Schmidt, L. (1992): Abhängigkeit zwischen biochemischem Programm und steuerbarem Verhalten: eine Einführung. In: Heide, M.; Klein, T.; Lieb, H. (Hg.), a.a.O., S. 9-22
- Schmidt-Atzert (1996): Lehrbuch der Emotionspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer
- Schmidt, L.; Dlugosch, G. (1997): Psychologische Grundlagen der Patientenschulung und Patientenberatung. In: Petermann, F. (Hg.), a.a.O., S. 23-51
- Schneider, A. (2003): Wie lehrt und lernt man Gesundheit? Problem- und erfahrungsorientierte Fachdidaktik am Beispiel eines Curriculums Gesundheitswissenschaften. Entwicklung und Evaluation. Lage: Verlag Hans Jakob
- Schneider, W.; Freyberger, H.; Muhs, A.; Schübler, G. (1993): Diagnostik und Klassifikation nach ICD-10 Kap. V. Eine kritische Auseinandersetzung. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht
- Schmook, R.; Damm, S.; Frey, D. (1997): Psychosoziale Faktoren in der Genese und Rehabilitation des Herzinfarkts. In: Schwarzer, R. (Hg.) (1997), a.a.O., S. 455-478
- Scholz, G. (1992): Vipassana Meditation und Drogensucht. Eine Studie über den Ausstieg aus der Herrschaft der Attraktion Droge. Dissertation an der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich; ADAG Administration & Druck AG: Zürich
- Schonecke, O.W.; Herrman, J.M. (1990): Psychophysiologie. In: Uexkuell, Th. v. u.a. (Hg.), a.a.O., S. 131-168
- Schretzenmayer, K. (1993): Psychodynamik von Alkoholismus und Drogensucht. Eine Literaturübersicht. München: Selbstverlag
- Schröder, B. (2000): Der Weg durch die Angst. Mit der Konfrontationstherapie Angststörungen überwinden. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Schröder, H. (1997): Die Gefühle sind immer dabei: Emotionalität des Menschen als Regulations- und Interventionsziel bei Abhängigkeitserkrankungen. In: Reschke, K.; Petermann, H.; Weyandt, M. (Hg.), a.a.O., S. 145-163
- Schröder, H. (2001 a): Personbezogene Interventionsziele in der Rehabilitation. In: Schröder, H.; Hackhausen, W. (Hg.), a.a.O., S. 28-43
- Schröder, H. (2001 b): Befähigung zu gesundheitsförderlicher Gefühlsregulation. In: Schröder, H.; Hackhausen, W. (Hg.), a.a.O., S. 142-163
- Schröder, H.; Hackhausen, W. (Hg.) (2001): Persönlichkeit und Individualität in der Rehabilitation. Frankfurt: VAS
- Schüffel, W.; Maass, G.; Brucks, U. (1992): Psychosomatische Grundversorgung – Curriculum 1993/94. In: Hessisches Ärzteblatt, 53. Jg., Nr. 10, S. 449-456
- Schüffel, W.; Brucks, U.; Johnen, R.; Köllner, V.; Lamprecht, F.; Schnyder, U. (Hg.) (1998): Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical
- Schulte-Markwort, M.; Marutt, K.; Riedesser, P. (Hg.) (2002): Cross-Walk ICD-10 - DSM IV. Klassifikation psychischer Störungen. Eine Synopsis. Bern, Göttingen, Toronto: Huber
- Schulz, M. (1996): Integrative Weiterbildung. Chancen und Grenzen. Konzeptionelle Überlegungen zur Integration allgemeiner, politischer und beruflicher Bildung. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand
- Schulz, W. (2000): Sucht. In: Stimmer, F. (Hg.), a.a.O., S. 581-585
- Schulz H.; Schulz, K.-H. (1996): Chronische Belastungen. In: Schedlowski, M.; Tewes, U. (Hg.), a.a.O., S. 399-422
- Schulz von Thun, F. (1992): Miteinander Reden. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

- Schumacher, J.; Reschke, K.; Schröder, H. (Hg.) (2002): Mensch unter Belastung. Erkenntnisfortschritte und Anwendungsperspektiven der Stressforschung. Frankfurt: VAS
- Schwäbisch, L.; Siems, M. (1974): Anleitung zum sozialen Lernen für Paare, Gruppen und Erzieher. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Schwager, T., Udris, I. (1998): Verhaltens- vs. verhältnisorientierte Maßnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Eine Recherche in Schweizer Betrieben. In: Amann, G., Wipplinger, R. (Hg.), a.a.O., S. 367-388
- Schwartz, F. (2003): Public Health: Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze. In: Schwartz, F. u.a. (Hg.) (2003), a.a.O., S. 3-6
- Schwartz, F., Badura, B.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J. (Hg.) (2000): Das Public Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Jena: Urban & Fischer
- Schwartz, F., Badura, B.; Busse, R.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J. Walter, U. (Hg.) (2003): Das Public Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage; München, Jena: Urban & Fischer
- Schwartz, F.; Siegrist, J.; von Troschke, J.: (2000) Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In: Schwartz, F. u.a. (Hg.) (2000), a.a.O., S. 8-31
- Schwarz, R. (1994): Die Krebspersönlichkeit. Mythos und klinische Realität. Stuttgart, New York: Schattauer
- Schwarzer, R. (1981): Streß, Angst und Hilflosigkeit. Die Bedeutung von Kognitionen und Emotionen bei der Regulation von Belastungssituationen. Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer
- Schwarzer, R. (Hg.) (1990): Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe
- Schwarzer, R. (1992): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe
- Schwarzer, R. (1993): Defensiver und funktionaler Optimismus als Bedingungen für Gesundheitsverhalten. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 1. Jg., Heft 1, S. 7-31
- Schwarzer, R. (1996): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. 2. überarb. und erw. Aufl.; Göttingen: Hogrefe
- Schwarzer, R. (Hg.) (1997): Gesundheitspsychologie. 2. überarb. und erw. Aufl.; Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Schwarzer, R. (2000): Stress, Angst und Handlungsregulation. 4. überarb. u. erw. Aufl.; Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer
- Schwarzer, R.; Jerusalem, M.; Weber, H. (2002): Gesundheitspsychologie von A-Z. Ein Handwörterbuch. Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe
- Schwarzer, R.; Leppin, A. (1989): Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Eine Meta-Analyse. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe
- Schwarzer, R.; Renner, B. (1997): Risikoeinschätzung und Optimismus. In: Schwarzer, R. (Hg.), (1997), a.a.O., S. 43-66
- Schwenkmezger, P. (1991): Persönlichkeit und Wohlbefinden. In: Abele, A.; Becker, P. (Hg.), a.a.O., S. 119-137
- Schwenkmezger, P. (1992): Emotionen und Gesundheit. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Band XXI, Heft 1, S. 4-16
- Schwenkmezger, P. (1997): Ärger, Ärgerausdruck und Gesundheit. In: Schwarzer, R. (Hg.) (1997), a.a.O., S. 299-317
- Seefeldt, D. (2000): Stress, Verstehen-Erkennen-Bewältigen. 2. überarb. Aufl.; Dreieich: Wötzel
- Seelen, G. (2000): Psychopharmaka unnötig? Bei Depressionen ist Sport wirksamer als Antidepressiva und die psychoanalytische Couch. Verfügbar unter: <http://www.psychotherapie.de/psychotherapie/depression/00092201.html>
- Segal, Z.; Williams, J.; Teasdale, J. (2002): Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. New York, London: Guilford Press
- Seligman, M. (1991): Pessimisten küsst man nicht. Optimismus kann man lernen. München: Droemer
- Seligman, M. (1995): Erlernte Hilflosigkeit. 5. korr. Aufl.; erw. um: Franz Petermann: Neue Konzepte und Anwendungen; Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Selye, H. (1991): Stress beherrscht unser Leben. München: Heyne
- Senge, P. (1997): Die fünfte Disziplin. 4. Aufl., Stuttgart: Kett Cotta
- Shapiro, D.; Astin, J. (1998): Control Therapy – An Integrated Approach to Psychotherapy, Health, and Healing. New York, Chichester, Weinheim u.a.: John Wiley & Sons
- Shapiro, D.; Potkin, SG.; Jin, Y.; Brown, B.; Carreon, D.; Wu, J. (1993 a): Measuring the Psychological Construct of control. Discriminant, divergent and incremental Validity of the Shapiro Control Inventory and Rotter's and Wallston's Locus of Control scales. In: International Journal of Psychosomatics, Vol. 40, Nos. 1-4, S. 35-46
- Shapiro, D.; Barton, B.; Hagman, J.; Pituck, S. (1993 b): A psychological „sense of control“ profile of patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: Psychological Reports, Nr. 73, S. 531-541
- Shapiro, D.; Lindberg, J.; Daniels, JM.; Breuer, AM. (1994): Assessing the relationship between a multidimensional psychological „control profile“ and cardiovascular risk. In: International Journal of Psychosomatics, Vol. 41, Nos. 1-4, S. 11-16
- Shekelle, R.; Raynor, W. jr.; Ostfeld, A.; Garron, D.; Bieliauskas, L.; Liu, S; Maliza, C.; Paul, O. (1981): Psychological depression and 17-year risk of death from cancer: In: Psychosomatic Medicine, Vol. 43, No. 2, S. 117-125
- Siebert, H. (1999): Pädagogischer Konstruktivismus. Eine Bilanz der Konstruktivismusdiskussion für die Bildungspraxis. Neuwied, Krefeld: Luchterhand
- Siebolds, M.; Weidner, F. (1998): Interprofessionalität und Qualität. Probleme und Perspektiven der Kooperation zwischen Medizin und Pflege. In: Dr. med. Mabuse, 23. Jg., Heft 115, S. 44-49

- Siegrist, J. (1993): Sense of Coherence and Sociology of Emotions. In: *Social Science and Medicine*, Vol. 37, No. 8, S. 978-979
- Siegrist, J. (1995): *Medizinische Soziologie*. 5. Aufl., München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- Siegrist, J. (1996): *Soziale Krisen und Gesundheit: Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben*. Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe
- Siegrist, J. (1997): Selbstregulation, Emotion und Gesundheit – Versuch einer sozialwissenschaftlichen Grundlegung. In: Lamprecht, F.; Johnen, R. (Hg.), a.a.O., S. 99-108
- Siegrist, J. (2000): Machen wir uns selbst krank? In: Schwartz, F.W. (Hg.) (2000), a.a.O., S. 110-123
- Siegrist, J. (2001 a): Psychosoziale Einflüsse auf Verlauf und Entstehung der koronaren Herzerkrankung. In: *Herz*, 26. Jg., Heft 5, S. 316-325
- Siegrist, J. (2001 b): Hat die psychosomatische Forschung ihre soziale Dimension verloren? In: Deter, H.-C. (Hg.), a.a.O., S. 479-484
- Siegrist, J.; Neumer, S.; Margraf, J. (1998): Salutogenese-forschung. Versuch einer Standortbestimmung. In: Margraf, J.; Siegrist, J.; Neumer, S. (Hg.), a.a.O., S. 3-11
- Sobel, D. (1995): Rethinking Medicine: Improving Health Outcomes With Cost-Effective Psychosocial Interventions. In: *Psychosomatic Medicine*, Vol. 57, No. 3, S. 234-244
- Solomon, A. (2001): *Saturns Schatten. Die dunklen Welten der Depression*. Frankfurt/Main: Fischer
- Solomon, R.C. (2001): *Gefühle und der Sinn des Lebens*. 3. Aufl.; Frankfurt/Main: Zweitausendeins
- Spahn, G.; Lehmann, N.; Franken, U.; Paul, A.; Langhorst, J.; Michalsen, A.; Dobos, G. (2003): Improvement of fatigue and role function of cancer patients after an outpatient integrative mind/body intervention. In: *Focus on Alternative and Complementary Therapies*; 8. Jg.; Heft 4; S. 540
- Spiegel, D.; Bloom, J.; Yalom, I. (1981): Group Support for Patients with Metastatic Cancer. In: *Archives of General Psychiatry*, Vol. 38, S. 527-533
- Spiegel, D.; Bloom, J.; Kraemer, H.; Gottheil, E. (1989): Effect of Psychosocial Treatment on Survival of Patients with Metastatic Breast Cancer. In: *The Lancet*, Vol. 2/2, S. 888-891
- Spiegel, D.; Kato, P. (2000): Psychosoziale Einflüsse auf Inzidenz und Progression von Krebs. In: Larbig, W.; Tschuschke, V. (Hg.), a.a.O., S. 111-150
- Spitzenverbände der Krankenkassen (2001): *Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs.1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. Juni 2001*
- Sriram, A. u. R. (2004): *Yoga und Gefühl. Mit allen Sinnen leben*. Berlin: Theseus
- Stadtmüller, G.; Fritzsche, K. (1995): Curriculum Psychosomatische Grundversorgung. In: *MMW (Münchener Medizinische Wochenschrift)*, 137. Jg., Heft 34, S. 41/539-45/543
- Statistisches Bundesamt (2003): *Gesundheitswesen-Sterbefälle-Todesursachen*; verfügbar unter: www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab20.htm (2.11.2003)
- Stavraky, K.; Donner, A.; Kincade, J.; Stewart, M. (1988): The effect of psychosocial factors on lung cancer mortality at one year. In: *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 41, No. 1, S. 75-82
- Steinebach, C. (2000): *Entwicklungspsychologie*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Steiner, C. (1999): *Emotionale Kompetenz*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag
- Stemmler, G. (1984): *Psychophysiologische Emotionsmuster: Ein empirischer und methodologischer Beitrag zur inter- und intraindividuellen Begründbarkeit spezifischer Profile bei Angst, Ärger und Freude*. Frankfurt; Bern: Lang
- Stemmler, G. (1989): The Autonomic Differentiation of Emotions Revisited: Convergent and Discriminant Validation. In: *Psychophysiology*, Vol. 26, Heft 6, S. 617-632
- Stemmler, G. (2000): Emotionspezifische physiologische Aktivität. In: Otto, J. u.a. (Hg.), a.a.O., S. 479-490
- Stephoe, A.; Wardle, J. (1998): Der European Health and Behaviour Survey: Die Entwicklung einer internationalen Studie in der Gesundheitspsychologie. In: Amann, G.; Wipplinger, R., a.a.O., S. 73-107
- Stierlin, H. (2000): *Wohlbefinden und Selbstregulation. Überlegungen zu einer systemischen Sozio-Psychosomatik*. In: *Familiendynamik. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemorientierte Praxis und Forschung*, 25. Jg., Heft 3, S. 293-317
- Stierlin, H.; Grossarth-Maticcek, R. (1998): *Psychoonkologie: Kann man Krebs doch wirksam vorbeugen und heilen? Psychologische Einflüsse werden bei Krebskrankheiten immer noch unterschätzt*. In: *Psychologie Heute*, 25. Jg., Heft 5, S. 51-54
- Stierlin, H.; Grossarth-Maticcek, R. (2000): *Krebsrisiken – Überlebenschancen. Wie Körper, Seele und soziale Umwelt zusammenwirken*. 2. überarb. u. korr. Aufl.; Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag
- Stimmer, F. (Hg.) (2000): *Suchtlexikon*. München, Wien: Oldenbourg
- Stock, Ch.; Badura, B. (1995): *Fördern positive Gefühle die psychische Gesundheit – Eine Forschungsnotiz*. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 3. Jg., Heft 1, S. 74-89
- Stratmeyer, P. (1994): *Entwicklungspsychologische Theorien und ihre Bedeutung in der Pflegeausbildung*. In: *PflegePädagogik*, 4. Jg., Heft 4, S. 7-14
- Stroeken, H. (1998): *Psychotherapie und der Sinn des Lebens*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Studt, H.H. (Hg.) (1983): *Psychosomatik in Forschung und Praxis*. München: Urban & Schwarzenberg
- Stück, M. (1998) *Entspannungstraining mit Yogaelementen in der Schule*. Donauwörth: Auer
- Stück, M. (2004): „Neues von der Biodanza-Forschung“. Papier zu einem Biodanza-Workshop am 27.3.04 im Rahmen des Kongresses für Gesundheitspsychologie in Leipzig: Institut für angewandte Psychologie

- Sturm, E. (2000): Das Salutogenese-Konzept. Patienten-zentrierte ganzheitliche Humanmedizin als Beitrag zur Reform der medizinischen Forschung, Ausbildung und Praxis. In: Zukünfte. Zeitschrift für Zukunftsgestaltung und vernetztes Denken, 9. Jg., Heft 32, S. 17-22
- Stratmeyer, P. (1996): Wie fühlt sich ein Fakir auf Nägeln. Empathielernen in der Pflegeausbildung. In: Pflege-Pädagogik, 6. Jg., Heft 6, S. 28-41
- Subby, R. (1987): Lost in the shuffle. The Co-dependent Reality. Health Communications: Deerfield Beach
- Sulz, S. (2000): Lernen mit Emotionen umzugehen – Training der Emotionsregulation. In: Sulz, S.; Lenz, G., a.a.O., S. 407-448
- Sulz, S.; Lenz, G. (Hg.) (2000): Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen. München: CIP-Medien
- Syme, S.L. (2000): Foreword. In: Berkman, L.; Kawachi, I. (Hg.); a.a.O., S. ix-xii
- Taeni, R. (1976): Latente Angst. Das Tabu der Abwehrgesellschaft. Versuch einer ganzheitlichen Theorie des Menschen. Hamburg: Verlag Association
- Tausch, R. (1989): Lebensschritte. Umgang mit belastenden Gefühlen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Tausch, R. (1991): „Ich halte es für vermessen, ein nie endendes Glück zu erwarten.“ Interview. In: Psychologie Heute, 18. Jg., Heft 7, S. 32-39
- Tausch, R. (1992): Präventive Förderung der seelisch-körperlichen Gesundheit: Wirksame psychologische Möglichkeiten. In: Paulus, P. (Hg.), a.a.O., S. 53-67
- Teegen, F. (1985): Begegnung mit dem Schatten. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Teegen, F. (1987): Ganzheitliche Gesundheit. Der sanfte Umgang mit uns selbst. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Teegen, F. (1992): Die Bildersprache des Körpers. Gesundheit kann gelernt werden. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Temoshok, L. (1985): Biopsychosocial Studies on Cutaneous Malignant Melanoma: Psychosocial Factors associated with Prognostic Indicators, Progression, Psychophysiology and Tumor-Host Response. In: Social Science and Medicine, Vol. 20, No. 8, S. 833-840
- Temoshok, L., Heller, B.; Sagebiel, R.; Blois, M.; Sweet, D.; DiClemente, R.; Gold, M. (1985): The Relationship of Psychosocial Factors To Prognostic Indicators In Cutaneous Malignant Melanoma. In: Journal of Psychosomatic Research, Vol. 29, No. 2, S. 139-153
- Temoshok, L. (1987): Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. In: Cancer Surveys, Vol. 6, No. 3, S. 545-567
- Tewes, U. (1996): Konzepte der Psychologie. In: Schedlowski, M.; Tewes, U. (Hg.), a.a.O., S. 107-133
- Tewes, U.; Schedlowski, M. (1994): Gesundheitspsychologie: Die psychobiologische Perspektive. In: Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Enke; S. 9-28
- Thal, A. (2000) Ärger macht Flügel. Mit Gelassenheit ein starkes Gefühl ausnutzen. Berlin, München: Econ
- Thimm, K. (2004): Bewegte Kindheit. (Leitartikel zum Thema: Gelernte Gesundheit: Bewegung und gute Ernährung statt Fast Food und Faulheit). In: Der Spiegel, Nr. 40 v. 27.9.04, S. 174-188
- Thoits, P. (1995): Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next? In: Journal of Health and Social Behavior, Vol. 36 (Extra Issue), S. 53-79
- Thomasius, R. (Hg.) (2000): Psychotherapie der Suchterkrankungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart, New York: Thieme
- Tiefenthaler-Gilmer, U. (2002): Achtsamkeitsmeditation als klinische Intervention. Eine kontrollierte Studie zur Wirkung eines Achtsamkeitsmeditationsprogrammes an Patientinnen mit Fibromyalgiesyndrom. Wien: Universität, Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften
- Tomkins, S. (1980): Affect as Amplification. Some Modifications in Theory. In: Plutchik, R.; Kellerman, H. (Hg.), a.a.O., S. 141-164
- Traue, H.C. (1998): Emotion und Gesundheit: Die psychobiologische Regulation durch Hemmungen. Heidelberg, Berlin: Spektrum, Akad. Verlag
- Trautner, C.; Berger, M. (1998): Medizinische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hg.), a.a.O., S. 91-116
- Tress, W. (Hg.) (1997): Psychosomatische Grundversorgung: Kompendium der interpersonellen Medizin. 2. überarb. Aufl.; Stuttgart: Schattauer
- Tress, W.; Kruse, J.; Heckrath, C.; Alberti, L. (1996): Psychosomatische Grundversorgung in der Praxis: Erhebliche Anforderungen an niedergelassene Ärzte. In: Deutsches Ärzteblatt, 93. Jg., Heft 10, S. A 597-601
- Tress, W.; Kruse, J.; Heckrath, C.; Schmitz, N.; Alberti, L. (1997 a): Psychogene Erkrankungen in hausärztlichen Praxen. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie, 43. Jg., Heft 3, S. 211-232
- Tress, W.; Kruse, J.; Wöller, W. (1997 b): Grundlagen der interpersonellen Medizin. In: Tress, W. (Hg.), a.a.O., S. 17-36
- Trippel, K. (2003): Ängste und Phobien. In: Stern, Heft 22 vom 22.5.2003, S. 172-183
- Trökes, A. (2000): Power durch Yoga. München: Gräfe und Unzer
- Tschuschke, V. (2002): Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs. Stuttgart, New York: Schattauer
- Turner, T.; Ortony, A. (1992): Basic emotions: Can conflicting criteria converge? In: Psychological Review, Vol. 99, Heft 3, S. 566-571
- Uchtenhagen, A.; Zieglgänsberger, W. (Hg.) (2000): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München, Jena: Urban & Fischer
- Udris, I.; Rimann, M. (2000): Das Kohärenzgefühl: Gesundheitsressource oder Gesundheit selbst? In: Wylder, H. u.a. (Hg.), a.a.O., S. 129-147
- Ulich, D. (1989): Das Gefühl: Eine Einführung in die Emotionspsychologie. 2. durchges. u. erg. Aufl.; München: Psychologie Verlags Union

- Ulich, D. (1992): Begriffsbestimmungen und Theorie-diskussion. In: Ulich, D.; Mayring, P. (1992), a.a.O., S. 28-57
- Ulich, D. (2003): Emotionstheorien. In: Ulich, D.; Mayring, P. (2003), a.a.O., S. 62-83
- Ulich, D.; Mayring, P.; Strehmel, P. (1983): Stress. In: Mandl, H.; Huber, G. (Hg.), a.a.O., S. 183-216
- Ulich, D.; Mayring, P. (1992): Psychologie der Emotionen. Stuttgart: Kohlhammer
- Ulich, D.; Mayring, P. (2003): Psychologie der Emotionen. 2. überarb. u. erweiterte Aufl.; Stuttgart: Kohlhammer
- Universitätsklinikum Münster (2003) (Hg.): Vorbeugung statt teurer Reparatur. Prävention senkt Kosten im Gesundheitswesen. In: Puls Schlag – Informationsblatt des Universitätsklinikums Münster, 14. Jg., Heft 4
- Vaitl, D. (2000): Psychophysiologie der Entspannung. In: Vaitl, D.; Petermann, F. (Hg.), a.a.O., S. 29-76
- Vaitl, D.; Petermann, F. (Hg.) (2000): Handbuch der Entspannungsverfahren; Bd. 1: Grundlagen und Methoden. 2., überarb. Aufl.; Weinheim: Psychologie-Verl.-Union
- Van der Mei, S.; Petzold, H.; Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. In: Integrative Therapie, 23. Jg., Heft 3, S. 374-429
- Vauth, R.; Härter, M.; Hohagen, F.; Kemmerich, C. u.a. (1999): Psychosomatische Grundversorgung auf der Basis des Plissit-Modells. Entwicklung und Evaluation einer Weiterbildungskonzeption. In: Der Nervenarzt, 70. Jg., Heft 1, S. 54-63
- Verres, R.; Bader, U. (2000): Krankheit, Gesundheit und Emotion. In: Otto, J.; Euler, H.; Mandl, H. (Hg.), a.a.O., S. 532-544
- Vingerhoets, A.; Nyklicek, I. (2001): Emotionen und Gesundheit. In: Deter, H.-C. (Hg.) (2001 a), a.a.O., S. 169-177
- Vögele, C., Steptoe, A. (1993): Ärger, Feindseligkeit und kardiovaskuläre Reaktivität: Implikationen für essentielle Hypertonie und koronare Herzkrankheit. In: Hodapp, V.; Schwenkmezger, P. (Hg.), a.a.O., S. 169-191
- Vogel, Stephan (1996): Emotionspsychologie: Grundriß einer exakten Wissenschaft der Gefühle. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Voigt, K.H.; Fehm, H.L. (1990): Psychoneuroendokrinologie. In: Uexkuell, T. v. u.a. (Hg.), a.a.O., S. 180-194.
- Vollmer, H. (2000): Verhaltenstheoretische Aspekte der Suchterkrankungen. In: Thomasius, R. (Hg.), a.a.O., S. 55-70
- Von Glasersfeld, E. (1997 a): Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: Watzlawick, P., a.a.O., S. 16-38
- Von Glasersfeld, E. (1997 b): Konstruktion der Wirklichkeit und des Begriffs der Objektivität. In: Gumin, H.; Meier, H. (Hg.): Einführung in den Konstruktivismus. München, Zürich: Piper
- Von Salisch, M. (2002): Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer
- Von Scheidt, J.; von Scheidt, C.; Eikelbeck, M.-L. (1991): Psychologie für Krankenpflegeberufe. München: Quintessenz
- Von Stern, H. (2004): Alle Antennen auf Achtsamkeit: Wer achtsam lebt, lebt besser. In Psychologie Heute, 31. Jg., H. 7, S. 20-28
- Von Trotschke, J. (1998): Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hg.), a.a.O., S. 371-394
- Von Uexküll, T. u.a. (Hg.) (1990): Psychosomatische Medizin. 4. Aufl.; München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- Von Uexküll, T. (1994): Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. 3. durchges. u. erw. Aufl.; Stuttgart: Schattauer
- Von Uexküll, T. (2001): Von der psychosomatischen zu einer integrierten Medizin. In: Deter, H.-C. (Hg.), a.a.O., S. 95-101
- Von Uexküll, T.; Fuchs, M.; Müller-Braunschweig, H.; Johnen, R. (Hg.) (1997): Subjektive Anatomie. Therapie und Praxis körperbezogener Psychotherapie. 2. Aufl.; Stuttgart: Schattauer
- Von Zerssen, D.; Türk, D.; Hecht, H. (Hg.): Saluto- und pathogenetische Ansätze – zwei Seiten derselben Medaille. In: Margraf, J.; Siegrist, J.; Neumer, S. (Hg.), a.a.O., S. 41-47
- Wacker, H. (1995): Angst und Depression. Eine epidemiologische Untersuchung. Bern, Göttingen: Huber
- Wagner, P. (1993): Ausgebrannt. Zum Burnout-Syndrom in helfenden Berufen. Bielefeld: Böllert
- Wagner, R.; Becker, P. (Hg.) (1999): Allgemeine Psychotherapie. Neue Ansätze zur Integration psychotherapeutischer Schulen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Wagner, U.; Born, J. (2000): Neurochemische Emotionssysteme. In: Otto, J.; Euler, H.; Mandl, H. (Hg.), a.a.O., S. 498-517
- Waller, H. (1992): Neuorientierung psychosozialer Dienste für Gesundheitsförderung? In: Paulus, P. (Hg.), a.a.O., S. 163-171
- Waller, H. (1996): Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 2. überarb. Aufl.; Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Waller, H. (2002): Sozialmedizin: Grundlagen und Praxis, 5. überarb. u. erw. Aufl.; Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Waller, H. (o.J.): Gesundheitswissenschaft. Studienbriefe der Fernfachhochschule Hamburg; Bd. 1: Einführung und Gesundheitskonzepte im Überblick; Bd. 2: Gesundheitsressourcen und ihre drei Dimensionen; Bd. 3: Gesundheitsrisiken und ihre drei Dimensionen; Bd. 4: Gesundheitssysteme im Zusammenhang; Bd. 6: Handlungsmethoden – Gesundheitsförderung; Bd. 7: Handlungsmethoden-Prävention, Bd. 8: Handlungsmethoden – Beratung, Bildung, Selbsthilfe. Fernfachhochschule: Hamburg
- Wallston, B.; Wallston, K.; Kaplan, G.; Maides, S. (1976): Development and Validation of the Health Locus of

- Control (HLC) Scale. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 44, No. 4, S. 580-585
- Wallston, K.; Wallston, B.; De Vellis, R. (1978): Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. In: *Health Education Monographs*, Vol. 6, No. 2, S. 160-170
- Wallston, K.; Wallston, D.; Smith, S.; v. Dobbins, C. (1987): Perceived Control and Health. In: *Current Psychological Research & Reviews*, Vol. 6, No. 1, S. 5-25
- Walter, U.; Schwartz, F. u.a. (unter Mitarbeit von Robra, B.; Schmidt, T.; Kohlmey, A.) (2003): Prävention. In: Schwartz, F. u.a. (Hg.) (2003), a.a.O., S. 189-215
- Walter, U.; Schwartz, F. (2003): Prävention: Institutionen und Strukturen. In: Schwartz, F. u.a. (Hg.) (2003), a.a.O., S. 254-268
- Wanke, K. (1985): Normal – abhängig – süchtig: Zur Klärung des Suchtbegriffs. In: DHS (Hg.), a.a.O., S. 11-22
- Warren, Ch.W. (2002): Tobacco use among Youth: a cross country comparison. The global Youth Tobacco Survey Collaborative Group. In: *Tobacco Control*, 11. Jg., S. 252-270 (vgl. a. tobacco control.com)
- Watzlawick, P. (1997): Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus. 9. Aufl.; München: Piper
- Weber, H. (1990): Emotionsbewältigung. In: Schwarzer, R. (Hg.) (1990), a.a.O., S. 279-294
- Weber, H. (1994): Ärger. Psychologie einer alltäglichen Emotion. Weinheim, München: Juventa
- Weber, H. (1995): Persönlichkeit und Gesundheit. In: Pawlik, K., a.a.O., S. 458-463
- Weber, H. (1997 a): Emotionsbewältigung. In: Schwarzer, R. (Hg.) (1997), a.a.O., S.285-297
- Weber, H. (1997 b): Psychologische Anleitung in der Gesundheitsförderung. In: Weitkunat, R.; Haisch, R.; Kessler, M. (Hg.) (1997), a.a.O., S. 145-150
- Weber, H.; Laux, L. (1991): Bewältigung und Wohlbefinden. In: Abele, A.; Becker, P. (Hg.), a.a.O., S. 139-154
- Wegscheider-Cruse, S. (1987): Choice-Making: for co-dependents, adult children and spirituality seekers. Deerfield Beach: Health Communications
- Weidner, F. (1995 a): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Frankfurt/Main: Mabuse
- Weiffenbach, O.; Gänsicke, M.; Faust, G.; Maier, W. (1995): Psychische und psychosomatische Störungen in der Allgemeinpraxis. Ergebnisse und Konsequenzen einer WHO-Studie. In: *MMW (Münchener medizinische Wochenschrift)*, 137. Jg., Heft 34, S. 30/528-36/534
- Weiner, H. (2001): Auf dem Weg zu einer integrierten Medizin. In: Deter, H.-C. (Hg.) (2001 a), a.a.O., S. 74-80
- Weisbach, C.; Dachs, U. (2000): Mehr Erfolg durch Emotionale Intelligenz. 4.Aufl.; München: Gräfeu. Unzer
- Weisman, A.; Worden, J. (1975): Psychosocial Analysis of Cancer Death. In: *Omega*, Vol. 6, No. 1, S. 61-75
- Weitkunat, R.; Haisch, R.; Kessler, M. (Hg.) (1997): *Public Health und Gesundheitspsychologie. Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik*. Bern, Göttingen, Toronto: Huber
- Wenzel, E. (1983): Die Auswirkungen von Lebensbedingungen und Lebensweisen auf die Gesundheit – Synthese des Seminars. In: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.)*, a.a.O., Bd. 5, S. 1-17
- Wenzel, E. (Hg.) (1986): *Die Ökologie des Körpers*. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Wesiack, W. (1988 a) (Hg): *Entwicklungstendenzen in der Psychosomatik*. Berlin, München: Springer
- Wesiack, W. (1988 b): Psychosomatische Medizin gestern und heute – eine Einführung. In: Wesiack, C. (Hg.), a.a.O., S. 1-12
- Westermayer, G. (1998): Organisationsentwicklung und betriebliche Gesundheitsförderung. In: Bamberg, E.; Ducki, A.; Metz, A-M. (Hg.), a.a.O., S. 119-132
- WHO (1986): Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung. In: Amann, G.; Wipplinger, R. (Hg.) (1998), a.a.O., S. 555-560 (Von der WHO autorisierte Übersetzung v. Hildebrandt/ Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura sowie Milz)
- WHO (1999 a): *Lifestyles and behaviour change*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe
- WHO (1999 b): *Healthy living. What is a healthy lifestyle*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe
- WHO (2001 a): *Mental Health in Europe. Stop exclusion – Dare to care*; Copenhagen: WHO Regional office for Europe
- WHO (2001 b): *Drinking among young Europeans (by: Settertobulte, W.; Jensen, B.; Hurrelmann, K.)*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe
- WHO (2002): *WHO European Country Profiles on Tobacco Control 2001*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe
- Widmer, M. (1988): *Stress, Stressbekämpfung und Arbeitszufriedenheit beim Krankenpflegepersonal*. Aarau: Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen (SKI)
- Wietersheim, J. v.; Overbeck, A.; Kiel, K.; Köhler, Th.; Jantschek, G.; Feiereis, H. (1994): Die Bedeutung rezidivauslösender Ereignisse bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie über drei Jahre. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 44. Jg., Heft 2, S. 58-64
- Wiese e.V. (Hg.) (1992): *Sachbericht 2002 „Selbsthilfeberatung in Essen“*. Essen: Wiese e. V.
- Wilke, E. (2000 a): *Körperorientierte Psychotherapie*. In: Reimer, C.; Eckert, J.; Hautzinger, M.; Wilke, E. (Hg.), a.a.O., S. 281-293
- Wilke, E. (2000 b): *Suggestive und Entspannungsverfahren*. In: Reimer, C.; Eckert, J.; Hautzinger, M.; Wilke, E. (Hg.), a.a.O., S. 270-280
- Wilke, E.; Hautzinger, M. (2000): *Psychotherapie bei psychosomatisch Störungen*. In: Reimer, C.; Eckert, J.; Hautzinger, M.; Wilke, E. (Hg.), a.a.O., S. 431-491

- Wilken, B. (1998): Methoden der Kognitiven Umstrukturierung. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Willi, J. (1991): Was hält Paare zusammen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Williams, J.; Nieto, F.; Sanford, C.; Couper, D.; Tyroler, H. (2002): The association between trait anger and incident stroke risk: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. In: Stroke, Vol. 33, No. 1, S. 13-19
- Wilson Schaef, A.; Fassel, D. (1994): Suchtsystem Arbeitsplatz. Neue Wege in Berufsalltag und Management. München: DTV
- Wilson Schaef, A. (1995): Mein Weg zur Heilung. Ganzheitliche Lebenshilfe in der Praxis. München: DTV
- Wilson Schaef, A. (1996): Im Zeitalter der Sucht. Wege aus der Abhängigkeit. 4. Aufl.; München: DTV
- Wilson Schaef, A. (1997): Co-Abhängigkeit. Die Sucht hinter der Sucht. 7. Aufl.; München: Heyne
- Wilson-Schaef, A. (1999): Die Flucht vor der Nähe. Warum Liebe, die süchtig macht, keine Liebe ist. 9. Aufl.; München: Deutscher Taschenbuch Verlag
- Wipplinger, R.; Amann, G. (1998): Gesundheit und Gesundheitsförderung – Modelle, Ziele und Bereiche. In: Amann, G.; Wipplinger, R., a.a.O., S. 17-51
- Wirsching, M., (unter Mitarbeit von Beckmann, D.; Dobroschke, J.; Drings, P.; Emrich, M. u.a.) (1990): Krebs - Bewältigung und Verlauf. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Wirsching, M. (1991): Resümee u. Ausblick. In: Richter, H.E.; Wirsching, M. (Hg.), a.a.O., S. 173-184
- Wirsching, M. (1998): Jenseits vom Schulenstreit. Entwicklungen heutiger Psychotherapie. Frankfurt/Main: Fischer
- Wirsching, M.; Stierlin, H.; Hoffmann, F.; Weber, G.; Wirsching, B. (1982): Psychological Identification of Breast Cancer Patients before Biopsy. In: Journal of Psychosomatic Research, Vol. 26, No. 1, S. 1-10
- Wirsching, M.; Drings, P.; Georg, W.; Hoffmann, F.; Riehl, J.; Schlag, P.; Schmidt, P. (1990): Bronchialkrebs und Mastopathia fibrocystica. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 40. Jg., Heft 2, S. 70-75
- Wissenschaftlicher Rat der Dudenredaktion (Hg.) (2001): Duden Fremdwörterbuch; 7. neu bearb. u. erw. Aufl.; Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Duden
- Wittchen, H.U.; Müller, N.; Pfister, H.; Winter, S.; Schmidtkunz, B. (1999): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland. Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. In: Das Gesundheitswesen, 61. Jg., Sonderheft 2, S. 216-222
- Wittchen, H.U.; Argandona, M. (2000): Diagnostische Klassifikation der Substanzstörungen. In: Uchtenhagen, A.; Zieglgänsberger, W., a.a.O., S. 23-29
- Wittchen, H.U.; Höfler, M.; Meister, W. (2000): Depression in der Allgemeinarztpraxis. Die bundesweite Depressionsstudie. Stuttgart: Schattauer
- Wolf, O. (2003): Greift Stress das Gehirn an? In: Psychologie Heute, 30. Jg., Heft 3, S. 56-57
- Wolz, U. (2000): Interview: Emotionale Intelligenz. In: Motivation. Das Magazin für den persönlichen und unternehmerischen Erfolg, 11. Jg., Heft 3, S. 6-9
- Wulforth, B. (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung. Weinheim, München: Juventa
- Wydler, H.; Kolip, P.; Abel, T. (Hg.) (2000): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim, München: Juventa
- Yalom, I. (1996): Und Nietzsche weinte. 10. Aufl.; btb: München
- Yalom, I. (2001): Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. 6. Aufl.; Stuttgart: Pfeiffer bei Klett Cotta
- Yalom, I. (2002): Der Panama-Hut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht; 6. Aufl.; München: Goldmann
- Young-Eisendrath, P. (1996): Die starke Persönlichkeit. Quellen der Lebenskraft. München: Deutscher Taschenbuch Verlag
- Zänker, K.S. (1996): Klinische Aspekte psychoneuroimmunologischer Forschung in der Onkologie. In: Schedlowski, M.; Tewes, U. (Hg.), a.a.O., S. 563-576
- Zajonc, R.B. (1980): Feeling and Thinking. In: American Psychologist, 35. Jg., Heft 2, S. 151-175
- Zajonc, R.B. (1984): On the primary of affect. In: American Psychologist, 39. Jg., Heft 2, S. 117-123
- Zander, W. (1989): Neurotische Körpersymptomatik. Zum Verständnis der psychosomatischen Medizin. Berlin, Heidelberg: Springer
- Zentner, M.; Scherer, K.R. (2000): Partikuläre und integrative Ansätze. In: Otto, J.H.; Euler, H.A.; Mandl, H. (Hg.), a.a.O., S. 151-164
- Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG); Paulus, P.; Franze, M.; Schwertner, K. (2004): MindMatters; Psychische Gesundheit für die Schule. Lüneburg: Universität; verfügbar unter www.mindmatters-schule.de
- Zepf, S.; Mengele, U.; Marx, A. (2001): Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Zepf, S.; Mengele, U.; Marx, A.; Hartmann, S. (2002): Die psychotherapeutische Versorgung in der BRD: Anspruch und Wirklichkeit. In: Bvvp-magazin (Zeitschrift für die Mitglieder der Regionalverbände im Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.), Heft 1, S. 12-15
- Zerssen v., D.; Türk, D.; Hecht, H. (1998): Saluto- und pathogenetische Ansätze – zwei Seiten der-selben Medaille. In: Margraf, J.; Siegrist, J.; Neumer, S. (Hg.), a.a.O., S. 41-47
- Zieglgänsberger, W. (2000): Belohnungssysteme. In: Uchtenhagen, A.; Zieglgänsberger, W. (Hg.), a.a.O., S. 27-29
- Zieglgänsberger, W.; Höllt, V. (2000): Opiate und Opioide. In: Uchtenhagen, A.; Zieglgänsberger, W. (Hg.), a.a.O., S. 87-97
- Zieglgänsberger, W.; Spanagel, R. (1999): Molekularbiologie der Sucht. In: Ganten, D.; Ruckpaul, K. (Hg.), a.a.O., S. 237-272

- Zielke, M. (2001): Krankheitskosten für psychosomatische Erkrankungen in Deutschland und Reduktionspotentiale durch psychotherapeutische Interventionen. In: Deter, H.-C. (Hg.), a.a.O., S. 582-601
- Zimmer, K. (1999): Gefühle unser erster Verstand. München, Zürich: Diana