

**Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag**

Reihe: Psychologie

**Band 9**

**Salutogenese  
durch  
Selbstverwirklichung**

Eine integrative und ganzheitliche Perspektive  
für die Gesundheitspsychologie

**Simone  
Meller**



**Tectum**

**WISSENSCHAFTLICHE BEITRÄGE  
AUS DEM TECTUM VERLAG**

Reihe Psychologie



**WISSENSCHAFTLICHE BEITRÄGE  
AUS DEM TECTUM VERLAG**

**Reihe Psychologie**

Band 9

Simone Meller

**Salutogenese durch Selbstverwirklichung**

Eine integrative und ganzheitliche Perspektive  
für die Gesundheitspsychologie

Tectum Verlag

Der ungekürzte Langtitel der 2008 an der Universität Hamburg (Fakultät 4, Fachbereich Psychologie) eingereichte Dissertation lautete: "Selbstverwirklichung als triadisches Konzept in der Gesundheitspsychologie. Eine integrative Sicht auf Persönlichkeit und Salutogenese."

Simone Meller

Salutogenese durch Selbstverwirklichung.  
Eine integrative und ganzheitliche Perspektive  
für die Gesundheitspsychologie  
Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag:  
Reihe: Psychologie; Bd. 9  
Zugl.: Hamburg, Univ. Diss. 2008  
ISBN: 978-3-8288-9780-9  
Umschlagabbildung: © Jürgen Acker | pixelio.de  
© Tectum Verlag Marburg, 2008

Besuchen Sie uns im Internet  
[www.tectum-verlag.de](http://www.tectum-verlag.de)

**Bibliografische Informationen der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

*In tiefer Dankbarkeit denen, die mir begegneten  
und mich den Weg der Freiheit und der Liebe lehrten*



### ***Fünf Freiheiten***

*Die Freiheit, das zu hören und zu sehen, was im Moment wirklich da ist,  
anstatt was sein sollte, gewesen ist oder erst sein wird.*

*Die Freiheit, das auszusprechen, was ich wirklich fühle und denke,  
und nicht das, was von mir erwartet wird.*

*Die Freiheit, zu meinen Gefühlen zu stehen,  
und nicht etwas anderes vorzutäuschen.*

*Die Freiheit, um das zu bitten, was ich brauche,  
anstatt immer erst auf Erlaubnis zu warten.*

*Die Freiheit, in eigener Verantwortung Risiken einzugehen,  
anstatt immer nur auf Nummer Sicher zu gehen und nichts Neues zu wagen.*

*Virginia Satir*



# Inhalt

<b>Abstract</b> .....	15
<b>1 Einführung</b> .....	17
<b>2 Salutogenese durch Persönlichkeitsentwicklung</b> .....	27
2.1 Das Kohärenzgefühl und seine Bezüge zur Selbstverwirklichung.....	29
2.1.1 Theoretische Konzeption und Operationalisierung .....	32
2.1.2 Über die Idee der „heilsamen Stressoren“ .....	39
2.1.3 Über das rigide und nicht-authentische Kohärenzgefühl .....	45
2.2 Zum meta-theoretischen Nutzen der Perspektive der Salutogenese .....	51
2.2.1 Kognitive Öffnung für alle Phänomene von Heilung .....	53
2.2.2 Hinterfragen von Paradigmen am Beispiel der Resilienzforschung.....	60
2.2.3 Konzeptionelle Integration von Gesundheit, Krankheit und Sterben .....	68
2.3 Fazit.....	75
<b>3 Auf dem Weg zu einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit und Krankheit</b> .....	79
3.1 Zur Normgebundenheit von Gesundheit und Krankheit .....	82
3.1.1 Komplementäre Polarität von Gesundheit und Krankheit ...	84
3.1.1.1 Phänomenologie von Gesundheit und Krankheit im Wandel der Zeit .....	84
3.1.1.2 Dimensionalität von Gesundheit und Krankheit.....	89
3.1.1.3 Kommunikation über verschiedene Gesundheits- Krankheits-Zustände .....	95
3.1.2 Positive Definition von idealer und relativer Gesundheit.....	98
3.1.2.1 Die WHO und das ayurvedische Verständnis von Gesundheit .....	98

3.1.2.2	Die Norm „Wohlbefinden“ öffnet, die Norm „Funktionieren“ schränkt ein.....	103
3.1.2.3	Systematisierung und Redefinition von Gesundheit.....	105
3.1.3	Wie Normen die Aufarbeitung des Nationalsozialismus blockieren .....	109
3.1.3.1	Angebliche Normfreiheit salutogenetischer Forschung.....	111
3.1.3.2	Das berührte Tabu: Der Gesundheits-Krankheits-Zustand eines ganzen Volkes .....	115
3.1.3.3	Psychodynamische Wechselwirkung im Nationalsozialismus .....	116
3.2	Von der Spaltung zur Einheit von Leib und Seele.....	128
3.2.1	Die cartesianische Spaltung in der westlichen Medizin .....	130
3.2.1.1	Die Entseelung des Körpers .....	131
3.2.1.2	Der Versuch der Ausrottung von Krankheit.....	133
3.2.1.3	Psychosomatische Medizin als Sonderfall .....	136
3.2.2	Die Fortführung der Spaltung in der Gesundheitspsychologie.....	138
3.2.2.1	Beliebigkeit gesundheitsrelevanter Persönlichkeitskonstrukte.....	140
3.2.2.2	Vergegenständlichte Unterscheidung von Ressourcen und Risikofaktoren .....	145
3.2.2.3	Pseudo-Unterscheidung von Prävention, Gesundheitsförderung und Kuration.....	152
3.2.3	Die Entdeckung der Ganzheit in der modernen Physik.....	156
3.2.3.1	Eine Auswahl wichtiger Experimente und Erkenntnisse.....	158
3.2.3.2	Explication der materiellen Vorstellung von Ganzheit.....	169

3.2.3.3 Überlegungen zum gemeinsamen Ursprung von Geist und Materie.....	174
3.3 Fazit.....	180
<b>4 Selbstverwirklichung als triadisches Konzept der Salutogenese... 183</b>	
4.1 Selbstverwirklichung: Begriff, Entwicklungen und Konzepte .....	186
4.1.1 Selbstverwirklichung als Selbstbestimmung in sozialer Verantwortung.....	189
4.1.2 Selbstverwirklichung als Spezialfall gelingender Autogenese.....	195
4.1.3 Selbstverwirklichung im Kontext von innerer und äußerer Freiheit .....	199
4.1.4 Zur Bedeutung des wahren Selbst.....	204
4.1.5 Die zusammenfassende Trias der Selbstverwirklichung .....	211
4.2 Salutogenese durch Selbstverwirklichung.....	218
4.2.1 Bewahren dynamischer Balance im Lebensvollzug .....	219
4.2.2 Gesundheit und Krankheit als komplementäre Seins-Formen von Ganzheit .....	224
4.2.3 Der gemeinsame Ursprung von Erkrankung und Selbstheilung.....	233
4.2.4 Aufbruch ins Unbekannte: Krankheit als Ende der Selbsttäuschung.....	240
4.2.5 Das triadische Konzept in der Praxis der Gesundheitsförderung .....	249
4.3 Fazit.....	253
<b>5 Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von     Selbstverwirklichung .....</b>	<b>259</b>
5.1 Zielsetzung und methodisches Vorgehen.....	260
5.2 Beschreibung der Stichproben.....	265
5.2.1 Stichprobe der ersten Erhebung .....	266

5.2.2 Stichprobe der zweiten Erhebung .....	268
5.3 Operationalisierung von Selbstverwirklichung.....	271
5.3.1 Entwicklung der Items .....	271
5.3.2 Faktorenfindung im Itempool.....	273
5.3.3 Skalenbildung und Optimierung des Itempools .....	284
5.3.4 Faktorenfindung nach der zweiten Erhebung.....	288
5.3.5 Skalenbildung .....	297
5.3.6 Fazit .....	301
5.4 Validierung an den Konstrukten Kohärenzgefühl und Selbstwirksamkeit.....	302
5.4.1 Die SOC-Skala („sense of coherence“).....	303
5.4.2 Fragebogen zur Allgemeinen Selbstwirksamkeits- erwartung .....	305
5.4.3 Faktorielle Abgrenzung .....	308
5.4.4 Korrelations- und Regressionsanalysen .....	317
5.4.5 Fazit .....	321
5.5 Validierung am Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen .....	323
5.5.1 Das Inventar Klinischer Persönlichkeits- akzentuierungen (IKP) .....	323
5.5.2 Korrelationen .....	327
5.5.3 Gruppenvergleiche .....	332
5.5.4 Einzelfallanalysen .....	340
5.5.5 Regressionsanalysen.....	355
5.5.6 Fazit .....	358
5.6 Weiterführende Hinweise zum Einsatz des Fragebogens.....	360
<b>6 Diskussion .....</b>	<b>367</b>
6.1 Erkenntnisse über Selbstverwirklichung im Zuge der Operationalisierung.....	367

6.2 Reflexion des Vorgehens und der damit verbundenen Engführung.....	376
<b>7 Ausblick .....</b>	<b>383</b>
<b>Literatur .....</b>	<b>387</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>419</b>



## Abstract

Selbstverwirklichung zählt bislang nicht zu den gesundheitspsychologischen Leitbegriffen, das von ihr Bezeichnete findet im Hauptstrom allenfalls eine implizite Thematisierung, wie sich am Beispiel des Konstrukts des Kohärenzgefühls nachweisen lässt. Unabhängig vom spezifischen „Modell der Salutogenese“ wird im weiteren Verlauf der Arbeit der Begriff der Salutogenese meta-theoretisch verwendet und als komplementär zur Pathogenese angesehen. Im Kontext von Persönlichkeit und Gesundheit werden Chancen und Risiken salutogenetischer Forschung (u. a. am Beispiel der Resilienzforschung) aufgezeigt. Ausgehend vom wissenschaftlichen Dissens über die Definition von Gesundheit und nur scheinbar normfreier salutogenetischer Forschung (u. a. nachzuvollziehen an der blockierten Aufarbeitung des Nationalsozialismus) wird ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit entwickelt und mit quantentheoretisch-holistischen Überlegungen verknüpft. Es werden ausgewählte Experimente und Erkenntnisse der modernen Quantenphysik dargestellt und in ihrer Relevanz für das Leib-Seele-Problem beleuchtet.

Verschiedene theoretische Ansätze werden zu einer gemeinsamen, integrativen Denkfigur verbunden, die als *triadisches Konzept der Selbstverwirklichung* (s. Abbildung 1.1) positioniert wird und eine gegenstandsangemessene Beschreibung salutogenetischer Prozesse ermöglicht. Ausgangspunkt ist selbstbestimmtes Handeln, das bei näherer Betrachtung in Selbstverwirklichung und Selbstentfremdung unterteilt werden kann. Der wesentliche Unterschied zwischen beiden Formen der Selbstbestimmung liegt in der jeweiligen (Nicht-)Orientierung am wissenschaftlich umstrittenen, aber unumgänglichen Konzept vom wahren Selbst und dessen (Nicht-)Berücksichtigung in der realistischen Auseinandersetzung mit der Umwelt. *Die resultierende Trias der Selbstverwirklichung bedeutet Selbstbestimmung unter permanenter Rekurrerung auf Prozesse der Selbstwerdung und Selbstrealisierung.* Auf Basis der quantentheoretisch-holistischen Vorüberlegungen lässt sich für die komplementären Begriffspaare Selbstverwirklichung und Selbstentfremdung sowie Gesundheit und Krankheit das Prinzip der Nichtlokalität (EPR-Korrelationen) anwenden. Die in der Gesundheitspsychologie dominierende

(Stress-)Bewältigungs-Hypothese wird integriert und überstiegen. Im triadischen Konzept der Salutogenese ist Gesundheit untrennbar mit einer dem Menschen zutiefst entsprechenden Lebensführung verbunden, die sich nicht aus dem Befolgen von Vorschriften ergibt, sondern von innen heraus in stimmiger Weise entwickelt. Damit entstehen neue Perspektiven für die Praxis der Gesundheitsförderung und die Anwendungsforschung.

Theoriegeleitet wurde ein Fragebogen zur Erfassung von Selbstverwirklichung konstruiert. Bei der faktorenanalytischen Überprüfung des Operationalisierungskonzepts an zwei bundesweiten Stichproben und Validierungsberechnungen an den Konstrukten Kohärenzgefühl, Allgemeine Selbstwirksamkeit sowie am Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierung traten Ergebnisse zutage, die die Annahme der Bedeutung des wahren Selbst stützen. In der Diskussion wird darauf erneut eingegangen, jedoch auch das gewählte methodische Vorgehen und die damit verbundene Engführung problematisiert. Nach einem Forschungsausblick werden angesichts des laufenden Bologna-Prozesses fünf Wünsche für das Fach Psychologie formuliert.

*Die fruchtbarsten Entwicklungen  
haben sich überall dort ergeben,  
wo zwei unterschiedliche Arten  
des Denkens zusammentrafen.  
Werner Heisenberg*

## 1 Einführung<sup>1</sup>

Ein merkwürdiges Phänomen durchzieht die Gesundheitspsychologie, die innerhalb der Psychologie als ein Integrationsfach (Schwarzer, 1997; Haisch, 2005) gilt: Sie bezieht ihre Legitimation aus dem Einfluss von Persönlichkeit auf Gesundheit, ohne dass bis heute in konsensueller Weise klar wäre, was Gesundheit bedeutet, welches Ziel also im Konkreten angestrebt wird. Nicht weniger unpräzise ist der Begriff der Ressource, der häufig im Kontext von Bewältigung gebraucht wird; bis heute gibt es keine konsistente Ressourcentheorie. Während diese Unklarheiten (aus denen letztlich unterschiedliche Ansichten darüber resultieren, wie Gesundheit gefördert werden kann) in keinster Weise zur Vermeidung der Ausdrücke führen, werden zwei andere Begriffe, nämlich der der Selbstverwirklichung und der Ganzheitlichkeit, regelrecht verschmäht. Dabei beziehen sich beide auf den anderen Grund der Existenz der Gesundheitspsychologie, nämlich auf die Frage nach dem sensiblen *Zusammenspiel* von Persönlichkeit und Gesundheit. Innerhalb des Hauptstroms werden sie jedoch überwiegend als abgegriffen bzw. phrasenhaft diskreditiert. Hingegen gelten die Begriffe Gesundheit, Ressourcen und Bewältigung, für die man unisono das gleiche behaupten kann, als Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.

Im Fach der Psychologie ist die Definition von Konstrukten grundsätzlich Schwerstarbeit und stets mit dem Charakter des Artifizialen behaftet, weil wir das, was wir zu erforschen versuchen, weder sehen noch anfassen können. Bei so allgemeiner Art des Problems ist es doch auffällig,

---

<sup>1</sup> Um einen ungestörten Lesefluss zu ermöglichen, wird in dieser Einführung nur auf unbedingt notwendige Quellen verwiesen. Die gesamte relevante Literatur wurde jedoch aufgearbeitet und wird in den nachfolgenden Kapiteln benannt.

wenn im Hauptstrom bestimmte dieser allesamt recht ungenauen Begriffe akzeptiert und andere ins Abseits verwiesen werden. Als Psychologinnen<sup>2</sup> wissen wir, wo rationale Gründe nicht zur Erklärung reichen, sind Emotionen und Vorurteile am Werk. Diese bei uns selbst zu erkennen, fällt uns genauso schwer wie anderen Menschen.

Wissenschaftler zeichnen sich dadurch aus, dass sie möglichst unvoreingenommen den zu erforschenden Phänomenen gegenüber treten und beständig Erschütterungen des eigenen Weltbilds ertragen. Mittlerweile haben wir gut verkraftet, dass die Erde keine Scheibe ist, und wir verstehen, wie trotz synaptischem Spalt die Impulsübertragung der Neuronen funktioniert. Weitere Überraschungen warten auf uns, und jede verweist darauf, dass Wissenschaft eben nicht wertfrei ist, sondern auf Basis von Glaubenssystemen erfolgt. Das Wort Glaube wird im wissenschaftlichen Kontext bekanntlich vermieden, es verträgt sich nicht mit dem Streben nach rationaler Erkenntnis. Prinzipiell stimme ich dem zu, plädiere jedoch für Aufrichtigkeit an den Punkten, an denen wir noch nicht wissen, sondern Setzungen vornehmen – also glauben! Und selbst das, was heute als erwiesen gilt, ist allenfalls vorläufiges Wissen. Das lehrt uns der Blick in die Geschichte wissenschaftlichen Fortschritts sowie in die zweidimensionale Welt der berühmten „Flachländer“ (Abbot, 1844), die sich all jene Dinge nicht erklären können, die durch die dritte Dimension möglich sind. So können wir uns stets fragen, welche vierte, fünfte, sechste... Dimension wir (noch) nicht begreifen.

Es ist eben nicht egal, mit welcher theoretischen Brille wir in die Welt blicken. Denn unsere Theorie, unser Weltmodell bedingt mit die Dinge, die wir sehen. Unsere Sprache ist die Begrenzung unserer Welt, sagte sinngemäß Wittgenstein und meinte damit, dass unsere Möglichkeit, die Welt theoretisch zu begreifen und begrifflich zu fassen, diese auch prägen. Unsere implizite Theorie prägt unsere Welt in dem Sinne, dass sie die Dinge, Vorkommnisse und Gegenstände bestimmt, die darin vorkommen können, oder aber auch nicht (Collingwood, 1998; Schwartz & Russek, 1997). Insofern ist es auf jeden Fall sinnvoll und ein Akt der geistigen Hygiene,

---

<sup>2</sup> Ich schreibe in wechselnder Weise von Männern und Frauen, angesprochen sind stets beide Geschlechter.

sich über seine implizite Welttheorie, sein geheimes Weltmodell Rechenschaft zu geben. (Walach, 2003, S. 19–20)

Wissenschaftlicher Fortschritt bedeutet letztlich das durch Offenheit gelingende Überwinden bestehender Denkstrukturen, anders wäre die kopernikanische Wende nicht möglich gewesen. Meine Hypothese ist also, dass die Begriffe Selbstverwirklichung und Ganzheitlichkeit systematisch am gängigen Prämissen- und Wissenssystem der Gesundheitspsychologie scheitern. Dadurch verschließt sich eine Perspektive auf die Entstehung und Förderung von Gesundheit. In der intensiven Auseinandersetzung mit diesem Problem und meinem Wunsch, zu seiner Lösung beizutragen, habe ich gemerkt, wie konservativ ich bin – und reformerisch zugleich. Ein gängiger Weg, um durch in Misskredit geratene Begriffe bezeichnete Inhalte wieder dem wissenschaftlichen Diskurs zuzuführen, ist die Schaffung von Kunstwörtern. Zum Beispiel spricht Jüttemann (2002, 2005) von Autogenese und bearbeitet unter diesem Neologismus Aspekte von Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung.

Im Gegensatz dazu ist mein Ziel die *Rehabilitation* des Selbstverwirklichungsbegriffs und seine *Positionierung als zentrales Konzept* in der Gesundheitspsychologie. Es gibt zahlreiche Umschreibungen und Derivate dieses Begriffs, und ich werde zeigen, dass das durch Selbstverwirklichung bezeichnete auch dort – wo der Begriff explizit vermieden wird – implizit zum Ausdruck kommt. Sowohl Selbstverwirklichung als auch Ganzheitlichkeit lassen sich hinsichtlich des Gemeinten präzisieren und ermöglichen eine neue Perspektive in der Gesundheitspsychologie. Diese Perspektive ist zugleich integrativ, weil sich in ihr verschiedene theoretische Ansätze verbinden lassen.

Angesichts der grundsätzlichen Fülle an Theorien, der kaum noch überschaubaren Flut gesundheitspsychologischer Publikationen und der Menge an klinischer und persönlichkeitspsychologischer Literatur zur Selbstverwirklichung erwies sich der *integrative* Anspruch als Notwendigkeit, Hybris und Zumutung zugleich. Wo die Grenze ziehen? Eine vollständige Systematisierung erschien mir als zweifelhafte Lebensaufgabe, so dass ich mich vorsichtig selektierend auf das konzentrierte, was mir in den Theorien immer wieder mehr oder weniger abstrakt begegnete, nämlich eine gemeinsame Denkfigur. Der Leser wird auf viele be-

kannte Elemente stoßen – jedoch in unüblich verbundener Weise. Gemeinsam mit Hockel (1992) sehe ich in der Vielfalt psychologischer Theorien gleichberechtigte Erkenntnisbemühungen aufklärerischen Ursprungs, die im Wesentlichen um dasselbe kreisen. In ähnlicher Weise zeichnet jedes der nachfolgenden Kapitel die von mir wahrgenommene Denkfigur in unterschiedlichen Aspekten nach, so dass sich hoffentlich am Ende für die Leserin eine klare und griffige Gestalt ergibt. Eingebettet habe ich die Denkfigur in quantentheoretisch-holistische Überlegungen, wie sie in der modernen Physik bereits zu Beginn des letzten Jahrhunderts vorgelegt wurden. Erstaunlicherweise sind diese Erkenntnisse noch nicht sehr tief in unsere Kultur eingedrungen, vielmehr sind unsere Gedanken über Geist und Körper sowie Gesundheit und Krankheit davon noch weitgehend unberührt (Dossey, 1986). Gerade das Fach Psychologie, das in seiner Theoriebildung dermaßen von anthropologischen Setzungen abhängig ist, kann von den beeindruckenden Erkenntnissen der Quantenphysik profitieren. Allerdings – auf diese Nebenwirkung sei hingewiesen – kann dabei das Fundament bisheriger Forschung ins Wanken geraten. Blicken wir jedoch in die Wissenschaftsgeschichte, so hat sich dies im Nachhinein zumeist als fruchtbar erwiesen.

Mit der vorgelegten integrativen Konzeption von Selbstverwirklichung lässt sich salutogenetisches Geschehen gegenstandsangemessen beschreiben. Damit bin ich beim nächsten Begriff, dem von mir akzeptierten Neologismus der Salutogenese als Ergänzung zu dem der Pathogenese. Gemeinsam beschreiben beide die Entstehung von Gesundheit und Krankheit aus unterschiedlicher Blickrichtung. Damit verwende ich diese Begrifflichkeiten aber ausschließlich beschreibend, also unabhängig von Antonovskys (1997) spezifischem „Modell der Salutogenese“ und seinen argumentativen Abgrenzungsversuchen (s. Kapitel 2).

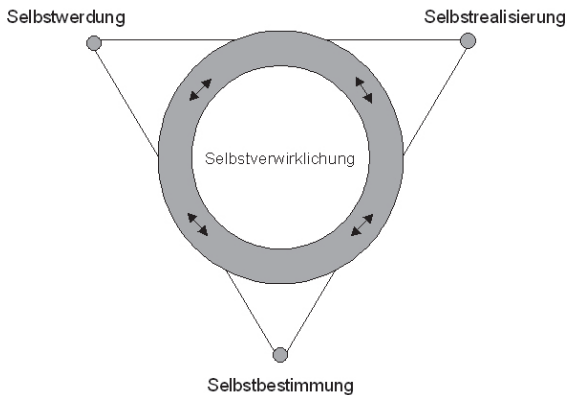
Die Entwicklung der biopsychosozialen Modelle und insbesondere Antonovskys Forschungen zum Kohärenzgefühl relativierten die Bedeutung von Risikofaktoren für die Gesundheit und lenkten den Blick auf die Stärken eines Menschen. Krankheit lässt sich nicht nur durch die Eindämmung von Risikofaktoren vermeiden, sondern auch durch das Nutzen von Ressourcen. Im Zentrum der Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung stehen Modelle der Coping-Forschung, „die in der

Tradition des anglo-amerikanischen Behaviorismus und Pragmatismus stehen“ (Müller & Paulus, 1998, S. 29). Demnach lautet die zentrale These der Gesundheitswissenschaften: Können Stressoren erfolgreich bewältigt werden, so bewegt sich eine Person auf dem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit tendenziell zum Pol Gesundheit; wenn nicht, dann setzen Stressreaktionen ein, die in Wechselwirkung mit anderen Pathogenen und möglichen Schwachstellen des Organismus eine Bewegung zum Pol Krankheit auslösen (Faltermaier, 1994). Wir sind Schicksalsschlägen und potenziellen Krankheitsauslösern nicht ausgeliefert, sondern können uns auf unsere Coping-Fertigkeiten stützen oder diese – falls nicht ausreichend entwickelt – weiter ausbauen. Problematisch ist an dieser Sichtweise, dass sie den Menschen ausschließlich als *reaktiv* konzipiert, im beständigen Kampf um Selbsterhaltung. Ressourcen sind jedoch nicht nur Protektivfaktoren, um Stress abzuwehren oder schwierige Situationen zu bewältigen, sondern auch Mittel, um persönliche Bedürfnisse und Ziele zu erreichen und das eigene Leben zu gestalten (Paulus, 1994, 1998; Paulus & Deter, 1998; Becker, 2006; Franke, 2006). In der Gesundheitsförderung mangelt es überwiegend an einer

humanistisch-psychologischen Sicht, die Gesundheit unter wissenschaftlichem Anspruch mit Begriffen wie ‚Entfaltung‘, ‚Selbstverwirklichung‘ und ‚Selbstgestaltung‘ in Verbindung bringt (Paulus, 1998, S. 22).

Nach wie vor dominieren in der Gesundheitspsychologie psychobiologische und kognitiv-behavioristische Konzepte, deren verbindendes Paradigma das der Stress- bzw. Anforderungsbewältigung ist (Faltermaier, 1994; Paulus & Deter, 1998). Meine Arbeit schließt an dieser Kritik an und zeigt außerdem auf, dass innerhalb der Konzepte zur Selbstbestimmung noch eine für Salutogenese wesentliche Differenzierung vorzunehmen ist, die zum **triadischen Konzept der Selbstverwirklichung** (Abbildung 1.1) führt: **Selbstbestimmung** weist nur dann einen Weg zur Gesundheit, wenn sie sich am wahren Selbst eines Menschen orientiert (ich bezeichne dies als **Selbstwerdung**) und in realistischer Auseinandersetzung mit der Umwelt vollzogen wird (ich nenne dies **Selbstrealisierung**). Diese Trias aus Selbstbestimmung, Selbstwerdung und Selbstrealisierung grenzt Selbstverwirklichung von Lebensführungen ab, die

trotz Selbstbestimmung mit Krankheit einhergehen, weil sie zu wenig dem Innersten eines Menschen entsprechen.



**Abbildung 1.1: Selbstverwirklichung als triadisches Konzept bedeutet Selbstbestimmung unter permanenter Rekurrenz auf Prozesse der Selbstwerdung und Selbstrealisierung**

Die Förderung der Selbstbestimmung über die Bedingungen der Gesundheit ist das zentrale Anliegen der Gesundheitsförderung, wie sie von der WHO in der Ottawa-Charta von 1986 konzipiert worden ist.

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. (Ottawa-Charta, 1986, zit. nach Paulus, 1992, S. 17)

Es ist die Aufgabe der Politik, demokratische Rahmenbedingungen<sup>3</sup> für Gesundheit bereitzustellen, und die Aufgabe der Gesundheitspsychologie, die Relevanz von Selbstbestimmung für Gesundheit zu erforschen und zu beschreiben. Jedoch bleibt es Aufgabe eines jeden Einzelnen, der das Privileg genießt, in einem demokratischen Staat zu leben, seine persönliche Freiheit entsprechend zu nutzen, sei es für die eigene Gesundheit oder für Aktivität zum Wohle aller. Denn: die Politik, die Wirtschaft, die Gesellschaft – das alles sind wir selbst. Bereits Mahatma Ghandi verwies darauf, dass die Welt nur dann eine andere wird, wenn du selbst ein anderer geworden bist. Diese Haltung habe ich in meiner früheren Arbeit zur politischen Bildung angetroffen („Wer nicht handelt, wird behandelt“) sowie in meiner psychotherapeutischen Tätigkeit („Sobald ich mich ändere, ändert sich alles“). Darin liegt auch der Grund, weshalb ich in meinen Ausführungen zur Salutogenese den Fokus konsequent auf Persönlichkeit und Selbstverwirklichung setze.

Ich weiß um einige Missstände dieser Welt und die Folgen von Arbeitslosigkeit, Armut, sozialer Ungleichheit, Umweltzerstörung und Gewalt (Mielck, 1994; Lampert & Ziese, 2005). Auf die schlechteren Startchancen von Kindern aus unteren Herkunftsschichten, die nachhaltigen Auswirkungen der sozialen Unterschiede auf den Alltag von Kindern und damit auf deren gesundheitliche Belastung machen die jüngsten Kinderstudien (Hurrelmann & Andresen, 2007; LBS-Initiative Junge Familie, 2007) aufmerksam. Ich werde im Weiteren nicht näher darauf eingehen, weil mein Fokus auf gelingender Selbstbestimmung liegt, wie auch immer die Lebensumstände aussehen mögen. Als Psychologin kann ich einen Menschen begleiten, seine Selbstbestimmung auszuschöpfen, sei es, dass er immer mehr ein Leben führt, das seinem Herzen entspricht; dass er politisch aktiv wird oder aus unerträglicher, da menschenunwürdiger Lage die Flucht ergreift. Meine Ausführungen sind jedoch – das möchte ich in aller Deutlichkeit betonen – in keinsten Weise so zu verstehen, dass sie

---

<sup>3</sup> In der Ottawa-Charta werden fundamentale Bedingungen und Ressourcen für Gesundheit genannt: Frieden, Schutz, Bildung/Erziehung, Nahrung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, nachhaltige Ressourcen, soziale Gerechtigkeit und Gleichheit.

uns von notwendigen, vielleicht sogar längst überfälligen politischen Entscheidungen oder gar der persönlichen Verantwortung (vgl. Ausführungen zum Nationalsozialismus in Abschnitt 3.1.3) entbinden.

Blicken wir nun zurück auf die skizzierte Entwicklung salutogenetischer Modelle: Stand am Anfang das Vermeiden von Risikofaktoren, so wies die Stressforschung auf die Bedeutung von Coping und Ressourcen hin. Ressourcen wiederum dienen nicht nur zur Bewältigung von Anforderungen, sondern auch zur persönlichen Lebensgestaltung. Und innerhalb dieser zuletzt genannten Konzeption sehe ich den wesentlichen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Selbstbestimmung darin, dass es um eine Lebensführung geht, die zutiefst dem wahren Wesen des jeweiligen Menschen entspricht (triadisches Konzept der Selbstverwirklichung). Spannend an dieser Entwicklung ist, dass sie sich immer mehr von der äußeren Bedrohung entfernt und den Blick zunehmend nach innen richtet. Führt man diesen Gedanken zu Ende, so kommt Krankheit nicht mehr schicksalhaft von außen, sondern entwickelt sich prozesshaft von innen heraus.

Wer diese Überlegung akzeptiert, entdeckt in Krankheit die Chance, das eigene Leben zu reflektieren, um anschließend gestärkt und neu ausgerichtet aus der Krise hervorzugehen. Gemäß dem Ausspruch von Blaise Pascal wird Krankheit zum Ort, an dem man lernt. Damit stellt auch Krankheit einen potenziell salutogenetischen Weg dar; die gern ignorierten Spontanremissionen in der Onkologie (Hoc, 2005) sind ein Beispiel dafür. An den Rändern von Psychologie und Psychosomatik ist derartige Gedankengut keineswegs neu. Im Hauptstrom von Psychologie und Medizin scheiterte die Akzeptanz wohl bislang am Leib-Seele-Dualismus, innerhalb dessen sich diese Gedanken theoretisch nicht plausibel nachvollziehen lassen. Unter Zuhilfenahme quantentheoretisch-holistischer Überlegungen könnte jedoch dieser Anschluss an den Hauptstrom gelingen.

Kapitel 2 bietet eine vertiefende Einleitung in den Zusammenhang von Persönlichkeitsentwicklung und Salutogenese. Ich verweise auf implizite Thematisierungen von Selbstverwirklichung innerhalb Antonovskys Konzeption des Kohärenzgefühls und arbeite den meta-theoretischen Nutzen der salutogenetischen Perspektive heraus, in die auch Krankheit

und Sterben konzeptionell zu integrieren ist. Am Beispiel der Resilienz-  
forschung kritisiere ich die fragmentierende, da nur ausschnittshafte Be-  
trachtung von Gesundheit, aus der eine realitätsverzerrende Darstellung  
der kindlichen Lebenszusammenhänge resultiert.

In Kapitel 3 führe ich psychologische Wissensbestände zu Gesundheit  
und Krankheit zusammen, beleuchte diese im Kontext von unausweich-  
licher Normgebundenheit (was ich exemplarisch an der psychodynami-  
schen Wechselwirkung im Nationalsozialismus zeige) und schlage eine  
positive Definition von idealer und relativer Gesundheit vor. Außerdem  
wird die seit Descartes vorherrschende Spaltung von Leib und Seele  
nachvollzogen und mit der Entdeckung der Ganzheit in der modernen  
Physik kontrastiert. Daraus ergibt sich eine plausible Basis für die weite-  
ren salutogenetischen Überlegungen.

In Kapitel 4 entwickle ich Selbstverwirklichung als triadisches salutoge-  
netisches Konzept. In einem ersten Schritt werden die unterschiedlichen  
theoretischen Ansätze und Strömungen zu einer gemeinsamen Trias aus  
Selbstbestimmung, Selbstwerdung und Selbstrealisierung verdichtet. Im  
zweiten Schritt stelle ich unter Bezugnahme auf quantentheoretisch-  
holistische Erkenntnisse die Verknüpfung zu Gesundheit und Krankheit  
her und gebe einen Ausblick auf die praktischen Implikationen für die  
Gesundheitsförderung.

In Kapitel 5 kann die Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von  
Selbstverwirklichung nachvollzogen werden. Ausgehend von den theo-  
retischen Vorüberlegungen wurde Selbstverwirklichung operationalisiert  
und an zwei bundesweiten Stichproben faktorenanalytisch überprüft.  
Zudem wurden Validierungsberechnungen an den Konstrukten Kohä-  
renzgefühl (Antonovsky, 1997), Allgemeine Selbstwirksamkeitserwar-  
tung (Schwarzer & Jerusalem, 1999) und am Inventar Klinischer Persön-  
lichkeitsakzentuierungen (Andresen, 2006) durchgeführt. Für anwen-  
dungswissenschaftliche Fragestellungen wird damit ein ökonomisches  
Ergänzungsinstrument zur Verfügung gestellt.

Kapitel 6 erörtert die aufgetretenen Schwierigkeiten bei der Operationa-  
lisierung von Selbstverwirklichung und damit zusammenhängende Er-  
kenntnisse über den Forschungsgegenstand. Auch reflektiere ich das  
gewählte Vorgehen und die damit verbundene Engführung.

Die Arbeit schließt in Kapitel 7 mit einem Ausblick (u. a. auf die Strömung der Positiven Psychologie) und fünf Wünschen für das Fach Psychologie, das sich im Zuge des Bologna-Prozesses im Umbruch befindet.

## 2 Salutogenese durch Persönlichkeitsentwicklung

Sehr bewusst betrachte ich in diesem Kapitel und der gesamten Arbeit die Grundfragen der Salutogenese *getrennt* von Antonovskys „Modell der Salutogenese“. Aaron Antonovsky gilt für manche als Begründer des salutogenetischen Paradigmas (z. B. Maoz, 1998). Doch in diesem einführenden Kapitel erläutere ich, dass es sich bei dem „Modell der Salutogenese“ keinesfalls um ein neues Paradigma im Sinne von Kuhn (2002) handelt. Mit Paradigma wird ein vorherrschendes Denkmuster in einer bestimmten Zeit beschrieben, das einen Konsens von Annahmen und Vorstellungen widerspiegelt, die zur Erklärung von beobachteten Phänomenen herangezogen werden. Treten plötzlich Phänomene auf, die mit dem alten Denkmuster nicht mehr erklärlich sind, kommt es zu einem Paradigmenwechsel. Heute weiß jedes Kind, dass die Erde keine Scheibe ist, doch es gab eine Zeit, in der Menschen verhöhnt wurden, die Überlegungen anstellten, die von diesem Paradigma abwichen. Der Wechsel von der Newtonschen Mechanik zur Quantenmechanik stellt ebenfalls einen revolutionären Paradigmenwechsel dar: Die klassische Physik war nicht mehr in der Lage, die unglaublich scheinenden Phänomene der subatomaren Welt zu erklären. Im Verlauf dieses Kapitels wird deutlich, dass Antonovsky zwar neue Fragen stellte, sie jedoch im gewohnten Paradigma, d. h. stresstheoretisch und im Leib-Seele-Dualismus verhaftet, beantwortete<sup>4</sup>. Ich bin überzeugt davon, dass die Perspektive der Salutogenese die Gesundheitswissenschaften befruchten und Paradigmenwechsel initiieren kann. Im Hauptstrom der Gesundheitspsychologie, also dem Kontext dieser Dissertation, ist dies bislang nicht passiert. Und das konkrete „Modell der Salutogenese“, wie es Antonovsky beschrieben hat, erscheint mir dazu wenig geeignet.

---

<sup>4</sup> „Salutogenetisches Denken eröffnet nicht nur den Weg, sondern zwingt uns, unsere Energien für die Formulierung und Weiterentwicklung einer Theorie des Coping einzusetzen.“ (Antonovsky, 1997, S. 30)

Seit den 90er Jahren hat das „Modell der Salutogenese“ international und auch im deutschsprachigen Raum Beachtung gefunden. Zahlreiche empirische Studien sind Ausdruck der Relevanz des Modells für die gesundheitspsychologische, medizinsoziologische, sozialmedizinische und psychosomatische Forschung (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001; Kolip, Wydler & Abel, 2006). Sein Herzstück, das Konstrukt des Kohärenzgefühls, drückt den Glauben an ein Leben aus, das überwiegend verständlich, beeinflussbar und bedeutsam erlebt wird, und stärkt die Gesundheitswissenschaften, indem es einen möglichen Einfluss der Psyche auf den Körper beschreibt. Zugleich bleibt Antonovskys Modell jedoch all die Jahre hindurch umstritten, weil es das Stress-Bewältigungs-Paradigma nicht überwindet (Franke, 2006; Ducki, 2000) und die Konstruktvalidität des Kohärenzgefühls zweifelhaft ist (Geyer, 2006). Obwohl das Modell manchenorts „als erste und am weitesten entwickelte Theorie zur Erklärung von Gesundheit“ (Bengel, 2001, S. 89; vgl. Faltermaier, 1994; Franke, 2006) gilt und zu den einflussreichsten (Beutel, 1989) zählt, werden auch deutliche und kritische Worte für eine nicht nachvollziehbare Popularität des Konstrukts des Kohärenzgefühls gefunden (z. B. Becker, 1998; Geyer, 1997, 2006; Hafen 2007).

Zudem entnehme ich Antonovskys Werken eine gewisse Unschärfe in der Argumentation, die zu polarisierenden Diskussionen mit seinen Kritikern führte, in denen häufig die ursprünglichen Fragen der Salutogenese in den Hintergrund gerieten. Auch viele Befürworterinnen reduzieren in Studien die Idee der Salutogenese auf Korrelationen zwischen dem Kohärenzgefühl und anderen Variablen. Wiederum andere beklagen zu wenig Beachtung des „Salutogenese-Modells“ und einen Mangel an diesbezüglicher Forschung (Abel, Kolip & Wydler, 2006; Faltermaier, 2006).

Im Nachvollziehen dieser hier nur knapp umrissenen Auseinandersetzung löste sich für mich die Polarisierung um das „Modell der Salutogenese“ auf, als ich begann, die Grundfragen der Salutogenese getrennt von Antonovskys Modell zu betrachten. Dadurch wird die Perspektive der Salutogenese zu einer Inspirationsquelle, die unbeschadet aller Kritik am „Modell der Salutogenese“ den Gesundheitswissenschaften erhalten bleibt. Sie erhellt den Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Ge-

sundheit und führt mit der Frage nach einer gesundheitsförderlichen Persönlichkeitsentwicklung direkt in das traditionell beschriebene, im wissenschaftlichen Hauptstrom jedoch vernachlässigte Thema der Selbstverwirklichung. Interessanterweise lässt sich diese Tendenz mit entsprechendem Fokus bereits in der theoretischen Beschreibung des Kohärenzgefühls nachvollziehen; die impliziten Thematisierungen von Selbstverwirklichung sind in Abschnitt 2.1 dargestellt. Im Abschnitt 2.2 arbeite ich mit kritischer Sicht auf gesundheitspsychologische Forschung den meta-theoretischen Nutzen der salutogenetischen Perspektive heraus. Das Kapitel schließt in Abschnitt 2.3 mit einem Fazit.

*Was die Raupe Ende der Welt nennt,  
nennt der Rest der Welt Schmetterling.  
Laozi*

## **2.1 Das Kohärenzgefühl und seine Bezüge zur Selbstverwirklichung**

Durch Antonovskys Werk zieht sich eine merkwürdige Widersprüchlichkeit. Auf der einen Seite beschreibt er theoretisch ein Gefühl der Kohärenz, auf der anderen Seite eine zerfallende Welt. Ausgangspunkt für beides ist seine Grundannahme der Heterostase. Bei seinen theoretischen Ausarbeitungen stand Aaron Antonovsky – selbst Jude – unter dem Eindruck der Schrecken des Zweiten Weltkrieges; er war fundamental erschüttert über den Holocaust (vgl. ähnlich Becker, 1998). Vor diesem Hintergrund interpretiert auch Schneider (2006) einfühlsam Antonovskys Begriff der Heterostase, nachdem sie auf die bereits in der antiken Tradition verwurzelte Vorstellung der Homöostase und der Einheit der Welt verwiesen hat:

Nach dem Grauen des Ersten Weltkrieges, nach der Erkenntnis der Macht des Unbewussten, dass der Mensch nicht Herr im eigenen Haus, sondern in vielerlei Hinsicht seinem Unbewussten ausgeliefert ist, und nach der Erfahrung systematischer Vernichtung von Juden, Zigeunern, Geisteskranken und der Erkenntnis des technischen Könnens von Zerstörung

und Auslöschung der Welt, leben Menschen in der Heterostase, dem Ungleichgewicht. (Schneider, 2006, S. 39)

Angesichts dessen ist es bezeichnend wie auch anrührend, dass Aaron Antonovsky einerseits ein Weltbild offenbart, das den Glauben an Ordnung und Einheit verloren hat, und andererseits mit dem Kohärenzgefühl theoretisch eine Persönlichkeitsdisposition beschreibt, die durch den tiefen Glauben an ein Leben, das überwiegend verständlich, beeinflussbar und bedeutsam erlebt wird, charakterisiert ist<sup>5</sup>. Das Kohärenzgefühl erscheint als positive Projektion eines verlorenen Vertrauens – und vielleicht liegt darin auch die Popularität des Konstrukts. Antonovsky (1997) geht sogar so weit, dass er von Entropie<sup>6</sup> spricht, der wir permanent ausgesetzt sind. Allerdings wissen wir auch, dass das, was der Raupe wie eine Auflösung der Welt erscheint, letztlich zur Entstehung des Schmetterlings führt<sup>7</sup>. Insofern kann auch jeder gesellschaftspolitische Zustand als ein wechselseitiger Prozess aus Homöostase und Heterostase verstanden werden. Der Untergang des Nazi-Regimes mit dem Zweiten Weltkrieg stellte eine notwendige Auflösung der alten Ordnung dar und machte Platz für eine neue Ordnung. Auch unsere jetzige Ordnung befindet sich permanent im Entwicklungsprozess, z. B. stellen Gewaltexzesse in sozialen Brennpunkten oder Proteste gegen Reformen verschie-

---

<sup>5</sup> „Eine Person mit einem starken SOC kann, um Schrödingers (1968) lebhaftes Bild zu gebrauchen, Ordentlichkeit aus der Umwelt saugen, die den auf Unordnung gerichteten Druck aus der internen und externen Umwelt ausgleicht.“ (Antonovsky, 1997, S. 116)

<sup>6</sup> Ein Begriff aus der Thermodynamik, der häufig mit Unordnung bzw. Chaos gleichgesetzt wird.

<sup>7</sup> Während der abschließenden Überarbeitung des Manuskripts finde ich plötzlich folgende Information: Als die Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross nach Kriegsende das polnische Konzentrationslager Majdanek (in dem Tausende von Kindern ermordet worden waren) besuchte, entdeckte sie Tausende von Schmetterlingen, die die Kinder mit ihren Fingernägeln in die Wände geritzt hatten. Erst Jahre später, als sie mit sterbenden Kindern arbeitete, wurde ihr die tiefe Symbolik bewusst: Sie entdeckte, dass schwer erkrankte Kinder ihre Vorahnung des Todes häufig in Form eines Schmetterlings zeichneten.

<http://www.elisabethkueblerross.com> (19.03.08)

dene Versuche dar, auf die Art der neu entstehenden Ordnung Einfluss zu nehmen. Von einer übergeordneten Perspektive aus herrscht zu jedem Zeitpunkt eine Ordnung, auch wenn wir sie aus unserer teilnehmenden Perspektive – vor allem unter dem Eindruck von Entsetzen und Furcht – nicht immer erkennen können. Entsprechendes gilt für Gesundheit und Krankheit: Jede Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum kann als eine bestimmte Form von Ordnung aufgefasst werden:

Krankheit ist nicht bloß der Verlust einer physiologischen Ordnung, sondern ebenso sehr die Entstehung einer neuen Lebensordnung. Gesund werden bedeutet die Herstellung einer neuen Ordnung. Sie unterscheidet sich inhaltlich von der ehemaligen Ordnung. (...) Wir haben gelernt, das Fieber nicht immer zu bekämpfen, sondern die Temperaturerhöhung eventuell als eine jener Konstanten aufzufassen, ohne die es keine Heilung gibt. Ganz ähnlich verhalten wir uns gegenüber bestimmten psychischen Veränderungen. (Schneider, 2006, S. 33)

Von Heterostase als Normalzustand kann also nicht die Rede sein – allenfalls von einem vorübergehenden, eine überkommene Ordnung auflösenden Prozess. Dementsprechend bettet auch Schneider (2006, S. 23) Antonovskys Heterostase wieder „in die Begrifflichkeit des Ganzen und seiner Teile ein“. Die Prämisse der grundsätzlichen Heterostase ist also anzweifelbar und zudem weder für das Denken des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums (vgl. z. B. Menninger, 1968) noch für salutogenetische Forschung notwendig. Erstaunlicherweise wird sie in vielen Studien unhinterfragt wiedergegeben, Ausnahmen finden sich bei Becker (1998) und Schneider (2006). Antonovsky hielt jedoch Zeit seines Lebens an der Heterostase-Annahme fest; sie ermöglichte ihm, menschliches Leid als inhärenten Lebensbestandteil radikal zu akzeptieren, allerdings ohne das darin innewohnende Element der Resignation zu überwinden. Auf diese Weise manifestierte er eine sehr pessimistische Haltung („pessimistischer Zuschnitt meines Naturells und meiner philosophischen Lebenseinstellung“, Antonovsky, 1997, S. 22). Bei seinem ersten Deutschlandbesuch nach dem Zweiten Weltkrieg nannte er neben sachlichen Gründen

eine viel tiefergehende persönlichere Quelle zur Formulierung der salutogenetischen Fragen. Diese hat auch damit zu tun, dass ich mich bis jetzt

geweigert habe, nach Deutschland zu kommen: Ich bin tief und überzeugt jüdisch. 2.000 Jahre jüdische Geschichte, die ihren Höhepunkt in Auschwitz und Treblinka fand, haben bei mir zu einem profunden tiefen Pessimismus in bezug auf Menschen geführt. Ich bin überzeugt, dass wir uns alle immer im gefährlichen Fluss des Lebens befinden und niemals sicher am Ufer stehen. (Antonovsky, 1993a, S. 7)

Vor diesem weltbildlichen Hintergrund ist also das Konzept des Kohärenzgefühls zu verstehen, das ich samt seiner Operationalisierung komprimiert in Abschnitt 2.1.1 zusammenfasse. Zwischen den Zeilen der stresstheoretischen Beschreibung des Konstrukts wird eine optimistische Ahnung seitens Antonovsky sichtbar, die ich als implizite Thematisierungen von Selbstverwirklichung verstehe: Im Abschnitt 2.1.2 stelle ich Antonovskys (1991) Idee der „heilsamen Stressoren“ dar, in der ich die Auseinandersetzung mit Wachstumsprozessen erkenne. Der darauffolgende Abschnitt 2.1.3 behandelt den Unterschied zwischen Menschen mit einem authentischen, starken Kohärenzgefühl und solchen mit einem rigiden, stark wirkenden Kohärenzgefühl. Ich sehe darin Parallelen zum Konzept des wahren Selbst, das später in Kapitel 4 (Abschnitt 4.1.4) ausführlich erläutert wird. Beide impliziten Thematisierungen haben meines Erachtens *jenseits* des gesundheitspsychologischen Hauptstroms zur Bekanntheit des Kohärenzgefühls beigetragen. Sie machten das Konzept nämlich für nicht-stresstheoretische Strömungen anschlussfähig. Antonovsky riss viele dieser Überlegungen jedoch nur an und führte sie nicht konsequent zu Ende, so dass durch sein Werk hinweg unklar bleibt, ob er es tatsächlich so meinte, wie er andeutete, oder ob man beim Rezipieren mehr hineinlegte, als von Antonovsky intendiert worden war.

### **2.1.1 Theoretische Konzeption und Operationalisierung**

Als eine erste Antwort auf die Frage, warum bestimmte Menschen trotz widriger Bedingungen gesund bleiben, beschrieb Antonovsky (1997) zunächst eine Gruppe von *generalisierten Widerstandsressourcen*, die pathogene Einflüsse ausgleichen. Diese „heilsamen Faktoren (salutary factors)“ (Antonovsky, 1993, S. 11) oder „coping resources“ (Antonovsky,

1991, S. 124) können sozialer, materieller oder personaler Natur sein, wie zum Beispiel materieller Wohlstand, Ich-Stärke, soziale Unterstützung, kulturelle Stabilität, religiöse oder spirituelle Überzeugungen. Sie ermöglichen Coping und fördern zusätzlich Gesundheit, weil sie zu Lebenserfahrungen der Konsistenz, Belastungsbalance und Teilhabe führen. Und solche Lebenserfahrungen bewirken wiederum eine hilfreiche Weltsicht, die als *Kohärenzgefühl*<sup>8</sup> bezeichnet wurde:

Das allen generalisierten Widerstandsressourcen Gemeinsame – so mein Ansatz – ist, dass sie es leichter machen, den zahllosen Stressoren, von denen wir fortwährend bombardiert werden, einen Sinn zu geben. Dadurch, dass sie einen fortlaufend mit solchen sinnhaften Erfahrungen versorgen, schaffen sie mit der Zeit ein starkes Kohärenzgefühl. Dieses zentrale Konzept des Buches wurde *als eine globale Orientierung definiert, die das Maß ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die eigene interne und externe Umwelt vorhersagbar ist und dass es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, dass sich die Dinge so entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann.* (Antonovsky, 1997, S. 16)

Das Kohärenzgefühl kennzeichnet weder eine bestimmte Coping-Strategie noch einen bestimmten Persönlichkeitstyp, sondern meint im übergeordneten Sinne eine generelle Lebenseinstellung, die drei Vertrauensbereiche umfasst. Beschrieben werden diese Subkomponenten des Kohärenzgefühls als Verstehbarkeit (comprehensibility), Handhabbarkeit (manageability) und Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit (meaningfulness).

Das 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;

---

<sup>8</sup> Die Übersetzung von „sense of coherence“ als „Kohärenzgefühl“ ist im deutschsprachigen Raum gängig, aber auch strittig (vgl. Vorwort von Alexa Franke in Antonovsky, 1997).

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)

Gostomzyk (2002) erscheinen die Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit

wie eine Transformation der jüdisch-christlichen Tugenden Glaube, Hoffnung und Liebe aus ihrer religiös-mythologischen in eine aufgeklärte, säkularisiert-wissenschaftsorientierte Welt. (Gostomzyk, 2002, S. 156)

Mit der Verstehbarkeit wird ein kognitives und an Vernunft orientiertes Verarbeitungsmuster beschrieben, während der religiöse Mensch auf Gott vertraut. Die Handhabbarkeit verweist auf die Hoffnung, den Anforderungen gerecht zu werden; und die Bedeutsamkeit darauf, wie sinnvoll das Leben betrachtet wird. In jüdisch-christlicher Tradition ergibt sich der Sinn der eigenen Existenz erst in der nach dem Apostel Paulus höchsten Tugend, der Liebe zu Gott (Gostomzyk, 2002).

In der Tat war es Antonovskys (1997) Anliegen gewesen, eine von Moral und Normen<sup>9</sup> befreite kulturübergreifende Konzeption des Kohärenzgefühls zu beschreiben. Deshalb distanzierte er sich ausdrücklich von Vorwürfen, dass das Kohärenzgefühl sich mit den zuvor bekannt gewordenen Konzepten der Kontrollüberzeugung und der Selbstwirksamkeit überschneide. Letztere seien in einer westlichen Grundeinstellung verankert, in der instrumentelles Handeln und internale Kontrolle überbetont würden. Hingegen lasse seine kulturunspezifische Konzeption offen, wo der *locus of control* liege – in der eigenen oder in der Macht von „legitimierten anderen“ (Antonovsky, 1997, S. 35). So könne eine externale Kontrollattribution, z.B. auf den Freund, die Ärztin oder eine höhere Macht, genauso salutogen wirken wie eine internale. Auch im Einbezug der Sinndimension ließ Antonovsky offen, ob damit ein religiöser Glau-

---

<sup>9</sup> Siehe dazu später die kritischen Ausführungen in Abschnitt 3.1.3.1 zur angeblichen Normfreiheit salutogenetischer Forschung. Dort wird gezeigt, dass normfreie Salutogenese-Forschung nicht möglich ist. Wir können lediglich über die Normen, die wir immer setzen, reflektieren.

be, eine Gruppenzugehörigkeit oder eine ganz persönliche Sinnorientierung gemeint sei.

Der Bezug auf die Tugenden Glaube, Hoffnung, Liebe ist deshalb so interessant, weil Antonovsky ihn zwar nicht herstellte, jedoch als empirische Struktur in den qualitativen Interviews mit Personen fand, die trotz eines einschneidenden Traumas<sup>10</sup> „von Außenstehenden als erstaunlich gut funktionierend eingeschätzt“ (Antonovsky, 1997, S. 72) worden waren. Immer wieder hatten sich die Themen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit in den Interviews finden lassen. Antonovsky sah diese drei Komponenten als theoretisch unterscheidbar, jedoch in der Wirklichkeit untrennbar miteinander verbunden an, weshalb die Items für den Fragebogen zum Kohärenzgefühl (SOC-Fragebogen, s. Anhang II) mit Hilfe der facetzentheoretischen Konstruktionstechnik (Shye, 1978; Borg, 1993) erstellt wurden<sup>11</sup>. Sein Interesse galt dem Gesamtkonstrukt des Kohärenzgefühls, das durch den Summenwert des Fragebogens abgebildet wird. Dennoch unterschied er drei entsprechende Gruppen von Items und bezeichnete die Bedeutsamkeitskomponente als die wichtigste für die Gesundheit, weil aus ihr die entscheidende Motivation zur Bewältigung schwieriger Situationen entsteht<sup>12</sup>. Bestätigt fand er sich durch die Arbeiten Viktor Frankls über Sinn:

Kurz nachdem ich mein Buch geschrieben hatte, wurde ich auf Frankls (1975) Werk aufmerksam, und es beeinflusste zweifellos die Wahl der Bezeichnung dieser Komponente. (Antonovsky, 1997, S. 35)

---

<sup>10</sup> Z. B. schwere Behinderung, Verlust eines geliebten Menschen, ehemalige Gefangenschaft im Vernichtungslager etc.

<sup>11</sup> Damit begründete er auch, warum sich die drei Komponenten faktorenanalytisch nicht bestätigen lassen.

<sup>12</sup> Kritisch betrachtet ist die Sinnhaftigkeit im Gegensatz zu Verstehbarkeit und Handhabbarkeit auch die Komponente, die in extremen Lebenssituationen bleibt: Im Vernichtungslager, nach einem Todesfall, einer plötzlichen Trennung oder einer schweren Erkrankung ist die Welt vorübergehend nicht mehr verstehbar und handhabbar, der Mensch ist völlig zurückgeworfen auf sich und die Frage nach dem Sinn.

Während Coping durch das Abpuffern oder Bewältigen von Stressoren Krankheit verhindert und damit *indirekt* Gesundheit fördert, postulierte Antonovsky für das Kohärenzgefühl einen *direkten* Einfluss auf die Gesundheit: Ein Mensch mit starkem Kohärenzgefühl interpretiert Anforderungen, für die ihm keine automatisch adaptive Reaktion zur Verfügung steht, mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht oder seltener als bedrohliche Stressoren. Damit setzt er sich geringerer Spannung und weniger Gesundheitsgefährdung aus. Das Kohärenzgefühl wirkt demnach *direkt* positiv auf physiologische Parameter, da es nicht erst zur Transformation von Spannung in Stress kommt. In den Situationen, in denen Stress entsteht, befähigt das Kohärenzgefühl zur Auswahl der optimalen Bewältigungsstrategie. Dieser Aspekt und die Präferenz einer gesundheitsförderlichen Lebensweise stellen weitere *indirekte* Effekte des Kohärenzgefühls auf die Gesundheit dar (Antonovsky, 1997; 1991). Antonovsky bezog sich in seinen Ausführungen auf körperliche Gesundheit, ohne diese näher zu definieren. Er traf lediglich eine deutliche Unterscheidung „zwischen dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum und anderen Aspekten des Wohlbefindens“ (Antonovsky, 1997, S. 161). Er sah keine Basis, auf der man entscheiden könne, mit welchen Aspekten des Wohlbefindens (z. B. Glück, Optimismus oder Lebenszufriedenheit) körperliche Gesundheit übereinstimmt und welche Bezugsgröße dabei mit welcher Begründung zu setzen ist.

Immerhin nimmt Antonovsky (1997) eine reziproke Beziehung zwischen körperlicher Gesundheit und Wohlbefinden an und damit logischerweise auch zwischen dem Kohärenzgefühl und Wohlbefinden. Das Kohärenzgefühl wirke dabei nicht nur mittelbar über die Gesundheit auf das Wohlbefinden, sondern auch kausal: Widerstandsressourcen, die Lebenserfahrungen schaffen, die ein günstiges Kohärenzgefühl bewirken, fördern auch unmittelbares Wohlbefinden. Und jemand mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl wird eine positive Selbsteinschätzung von sich selbst hinsichtlich seiner Bewältigungsmöglichkeiten haben. Seine Ausführungen zum Wohlbefinden schließt Antonovsky mit den Worten:

Sollten andere Forscher von Daten berichten, die Zusammenhänge des SOC mit anderen Aspekten des Wohlbefindens nachweisen, wäre ich na-

türlich geschmeichelt, aber ich werde von eher mäßigen Ergebnissen nicht enttäuscht sein. (Antonovsky, 1997, S. 163)

Interessanterweise zeigte sich in der Empirie eine genau gegenteilige Tendenz: Häufig fanden sich deutliche Korrelationen zu psychischer Gesundheit, nicht jedoch zu körperlicher Gesundheit (s.u.). Im Laufe von Kapitel 3 und 4 wird schrittweise deutlich werden, dass diese fragmentierende Betrachtung menschlicher Gesundheit nicht zum Ziel führt.

Das Kohärenzgefühl bildet also erstens ein übergreifendes Konzept, das die kognitiv-emotionale Grundeinstellung einer Person gegenüber unvorhergesehenen oder belastenden Ereignissen meint. Zweitens beschreibt es den Prozess, „durch den die GRRs [Widerstandsressourcen] mit der Gesundheit in Verbindung stehen“ (Antonovsky, 1997, S. 162). Menschen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl sind gesünder, weil sie in herausfordernden Situationen Spannung rasch abbauen können und seltener Stress erleben. Wenn sie jedoch unter Stress geraten, können sie diesen Zustand durch geschickte Mobilisierung ihrer Ressourcen auflösen bzw. gewinnbringend für ihr Leben nutzen. Zudem bevorzugen sie einen gesundheitsförderlichen Lebensstil.

Der SOC-Fragebogen ist laut Antonovsky (1997) eine von vielen denkbaren Möglichkeiten der Operationalisierung. Hinsichtlich der Konstruktvalidität gibt es erhebliche Zweifel daran, ob der SOC-Fragebogen überhaupt das theoretisch beschriebene Konzept des Kohärenzgefühls erfasst (Geyer, 2006). Das erschwert die Einschätzung, inwieweit empirische Ergebnisse auf Basis des Kohärenzgefühls überhaupt für das Theoriegebäude relevant sind. Die Überlappung mit anderen gesundheitsrelevanten Konstrukten stellt dabei noch das geringere Problem dar, denn sofern das Kohärenzgefühl tatsächlich ein übergreifendes Phänomen darstellt, sind solche Überschneidungen zu erwarten (Faltermaier, 2006). Problematisch sind jedoch vor allem methodische Konfundierungen mit Gesundheitsmaßen. Kohärenzgefühl und allgemeines Wohlbefinden korrelieren stark, was Antonovsky in seinem Review-Artikel (1993b) mit einer konzeptuellen Teilidentität von SOC und Well-being erklärt. Verschafft man sich einen Überblick über gefundene Korrelationen des SOC-Fragebogens zu Maßen für Angst, Depression, Neurotizismus und Gesundheitsbeeinträchtigungen (vgl. Bengel, Strittmatter & Will-

mann, 2001; Geyer, 2006), so findet man durchweg Werte zwischen -.50 und -.85. Dieses kritisch zu wertende Ergebnis (Schmidt-Rathjens, Benz, Van Damme, Feldt & Amelang, 1997; Sack, Künsebeck & Lamprecht, 1997; Struempfer, Gouws & Viviers, 1998) wirft die Frage auf, inwieweit Antonovskys Fragebogen etwas anderes misst als die Abwesenheit von negativer Affektivität – und ob das Kohärenzgefühl bei Korrelationen von -.80 ein eigenständiges, inhaltlich nicht tautologisches Konstrukt ist (Sack & Lamprecht, 1998; Geyer, 2006).

Passend dazu fanden Flannery & Flannery (1990) Übereinstimmungen in den Item-Formulierungen zwischen dem SOC-Fragebogen und dem eingesetzten Depressionsinventar. Werden die Variablen Angst und Depression kontrolliert, findet sich kein Zusammenhang zwischen dem SOC und dem Gesundheitszustand (Schmidt-Rathjens et al., 1997). Die Untersuchung von Kravetz, Dorey & Florian (1993) legt nahe, den SOC-Fragebogen einfach für die direkte Erfassung von positivem Wohlbefinden zu nutzen. Hingegen argumentieren Sack & Lamprecht (1998), dass dieses forschungsmethodische Problem direkt aus der Konzeptualisierung des Kohärenzgefühls als emotionale Grundüberzeugung folgt:

Es ging Antonovsky darum, eine sozial und biographisch geprägte Persönlichkeitskonstante zu beschreiben, die auf einer höheren Abstraktionsebene anzusiedeln ist als etwa emotionale State- oder Trait-Variablen oder als kognitive Einstellungen. Es ist sicherlich einleuchtend, dass mit Sinnverlust und mit Verlust an Orientierung (Skalen Meaningfulness und Comprehensibility im SOC) direkt eine Zunahme von Angst und depressiven Gefühlen verbunden sein muss und dass umgekehrt Angst und Depression zu einem Verlust an Kohärenz mit der Umwelt führen. (Sack & Lamprecht, 1998, S. 332)

Diese komprimierte Zusammenfassung soll für das Nachvollziehen der Popularität wie auch der Kritik des Kohärenzgefühls genügen. Auf weitere empirische Ergebnisse verweise ich in den folgenden theoretischen Ausführungen, welche die impliziten Bezüge zur Selbstverwirklichung herausarbeiten.

## 2.1.2 Über die Idee der „heilsamen Stressoren“

Wenn Antonovsky (1997, 1991) ausführt, dass Stressoren bei erfolgreicher Bewältigung anregend und gesundheitsförderlich wirken können, so bezieht er sich damit nur auf Menschen mit *starkem* Kohärenzgefühl. Diese sind fähig, der permanenten Entropie zu widerstehen, und können so ihr starkes Kohärenzgefühl sowie ihre Gesundheit erhalten. Eine Person mit einem starken Kohärenzgefühl wird

einen Stimulus eher als Nicht-Stressor auffassen, sie wird Stressoren eher als neutral oder sogar heilsam für ihr Leben ansehen. (Antonovsky, 1991, S. 128)

Entropie bringt also in Wechselwirkung mit dem Kohärenzgefühl „heilsame Stressoren“ hervor. Unter einem Stressor versteht Antonovsky (1991) in Anlehnung an frühe Arbeiten von Lazarus (Lazarus & Cohen, 1977) einen Stimulus, für den keine automatisch adaptive Reaktion zur Verfügung steht. Damit könne jeder Stimulus vom alltäglichen Ärger bis hin zum kritischen Lebensereignis als Stressor definiert werden, unabhängig von seinen Folgen für den menschlichen Organismus (wie später bei Selye). Diese Argumentation ist zwar nicht stringent, da mit dem definitionsgemäßen Fehlen einer automatisch adaptiven Reaktion ein Stressor letztlich auch wieder über die Reaktion einer Person definiert wird: Wenn sie automatisch adaptiv reagiert, handelt es sich um keinen Stressor; ist sie jedoch nicht zu einer solchen Reaktion fähig, handelt es sich um einen Stressor. Konsequenter erscheint es mir in Übereinstimmung mit Becker (2006), nicht mehr von Stressor zu sprechen, sondern nur noch von Anforderungen (vgl. dazu SAR-Modell in Abschnitt 4.2.1). Dennoch muss man diese etwas „sperrige“ Gedankenführung von Antonovsky zunächst akzeptieren, um seine dahinter stehende Idee zu begreifen.

Zusammengefasst kann ein Stressor somit als ein Merkmal definiert werden, das Entropie in das System bringt, das heißt, eine Lebenserfahrung, die durch Inkonsistenz, Unter- oder Überforderung und fehlende Teilhabe an Entscheidungsprozessen charakterisiert ist. (Antonovsky, 1997, S. 44)

Inwieweit Spannung und vielleicht sogar Stress entsteht, entscheidet sich erst transaktional innerhalb der Person, nachdem diese einen Stressor (also eine Situation, auf die sie nicht automatisch adaptiv reagieren kann) wahrgenommen hat. Stressoren sind für Antonovsky (1993, 1997) nur potenziell pathogen, manchmal sogar positiv und salutogen (z. B. Hochzeit, Geburt eines Kindes, Antritt der Rente). Sie können chronischer oder akuter Art sein oder einfach alltägliche Widrigkeiten bezeichnen, manche sind frei gewählt, andere von außen aufgezwungen. Zentral ist jedoch, dass in jedem Leben eine große Menge davon allgegenwärtig ist und Spannung auslöst.

Das Versäumnis, die Definition der Stressoren auf alle Stimuli auszuweiten, die herausfordern, unabhängig davon, ob sie als gefährdend eingeschätzt werden, unterliegt dem weitverbreiteten Versäumnis, zwischen Spannung und Stress zu unterscheiden (und rührt von einer pathogenetischen<sup>13</sup> Orientierung). (Antonovsky, 1997, S. 125)

Mit hohem rhetorischen Aufwand – wenn man seine wiederholten seitenweisen Ausführungen dazu bedenkt – differenziert Antonovsky zwischen Stressor und Nicht-Stressor sowie zwischen Spannung und Stress. In diese begrifflichen Unterscheidungen kleidet er sein intuitives Erkennen, dass Stressbewältigung zentral für das Verständnis der Salutogenese, jedoch nicht hinreichend ist. Meines Erachtens umschreibt er in seinen Begrifflichkeiten<sup>14</sup> Wachstumsprozesse, ohne – soweit ich seine Werke überblicke – in diesem Kontext selbst jemals von Wachstum zu sprechen. So definiert er Spannung als

das Erkennen im Gehirn, dass ein Bedürfnis unerfüllt ist, dass man einer Forderung nachkommen muss, dass man etwas tun muss, wenn man ein Ziel realisieren will. (Antonovsky, 1997, S.125)

---

<sup>13</sup> Antonovskys diesbezügliche Begriffsführung ist nicht stringent und führte zu einer durch Verwirrung geprägten Debatte, auf die ich in Abschnitt 2.2.1 ausführlich eingehe.

<sup>14</sup> Vgl. die Einführung (Kapitel 1): Unser Wissen von der Wirklichkeit wird durch unsere Sprache und unsere Denkmodelle begrenzt.

Dieses und das nachfolgende – nahezu optimistisch anmutende – Zitat sind zwei der wenigen Textpassagen, in denen der Mensch nicht nur als der Entropie ausgeliefertes, sondern auch als strebendes und sich entwickelndes Wesen erkennbar wird. Auch zunächst unerwünschte Ereignisse können transaktional durchaus salutogen wirken:

Aber können, eingedenk des Unterschiedes von Spannung und Stress, Stressoren, einschließlich unerwünschter, unvorhergesehener und unkontrollierbarer Stressoren, nicht oft auch eine positive Umorientierung des Lebens bewirken? Kann die Erkrankung einer nahestehenden Person, der Tod eines Elternteils, eine Scheidung oder ein Arbeitsplatzverlust, so schmerzlich diese Erfahrung auch sein mögen, nicht den Weg freimachen zu einem Neuaufbau des Lebens und damit zu positiven Folgen für die Gesundheit führen? (Antonovsky, 1991, S. 124)

Solche Gedanken verlieren in Antonovskys theoretischen Ausführungen leider an Schärfe: Es bleibt bei der impliziten Thematisierung von Wachstum, explizit beschreibt Antonovsky (1997) seitens des Individuums drei Stufen der primären Bewertung eines potenziellen Stressors und eine sekundäre Bewertungsphase und versucht so zu erklären, warum ein Mensch in bestimmten Situationen nur Spannung und kaum oder keinen Stress erlebt. Während er auf der Beispielebene (s. o. Zitat) sehr klar von einer Neuausrichtung des eigenen Lebens in einer Krise spricht, formuliert er dies konzeptionell in zwar differenzierter, jedoch stresstheoretischer Weise aus. Dort ist nur noch von Adaption, nicht mehr von Entwicklung die Rede, weshalb für die Argumentation auch die Annahme der fortwährenden Heterostase notwendig ist:

Die eher pessimistische Salutogenese bringt uns dazu, uns auf das umfassende Problem der aktiven Adaption an eine unweigerlich mit Stressoren angefüllte Umgebung zu konzentrieren. Der Schlüsselbegriff heißt *Negative Entropie* und er löst die Suche nach nützlichen Inputs in das soziale System, die physikalische Umgebung, den Organismus und niedere Systeme bis hin zur Zellebene aus, um dem immanenten Trend zur Entropie entgegenzuwirken. (Antonovsky, 1997, S. 27)

Antonovsky kann sich auf theoretischer Ebene die Verbindung zwischen Psyche und Körper nicht anders denken als über (un-)erfolgreiches Coping, das die Entstehung von Stress mindert oder begünstigt. Anto-

novsky kann den besseren Gesundheitszustand einiger Menschen nur dadurch erklären, dass sie weniger Stress als andere erleben, obwohl sie ähnliche und in Summe nicht weniger Situationen als andere durchmachen. Intuitiv hatte er einen darüber hinausgehenden Zusammenhang erfasst, dies kommt in seinen Beispielen und seiner Schilderung der drei Komponenten des Kohärenzgefühls zum Ausdruck. Doch deren postulierte Wirkung im „Modell der Salutogenese“ reduziert den Menschen wieder auf Stressgeschehen. Der Mensch ist permanent zum Coping, nicht zur Entwicklung, aufgefordert. Lediglich die Forschenden müssen ihre Coping-Theorie weiterentwickeln:

Salutogenetisches Denken eröffnet nicht nur den Weg, sondern zwingt uns, unsere Energien für die Formulierung und Weiterentwicklung einer Theorie des Coping einzusetzen. (Antonovsky, 1997, S. 30)

Dementsprechend hatte Antonovsky (1997) auch Mühe, den Gedanken der Herausforderung im Konstrukt der Widerstandsfähigkeit („hardiness“) nachzuvollziehen, einer durch Kobasa (1979, 1982) konzipierten Merkmalskombination aus den Komponenten Kontrolle, Herausforderung und Zielbindung. Ihre Theorie trägt existenzialpsychologische Züge, was vor allem in der Komponente Herausforderung zum Ausdruck kommt – und Antonovsky (1997, S. 51) paraphrasierend zur Verwendung des Wachstumsbegriffs zwingt – denn Personen mit einem hohen Wert auf dieser Skala sehen Veränderungen als „Stimulus für Wachstum und nicht als Sicherheitsgefährdung“ an. Abgesehen davon, dass Kobasa (1979, 1982) ihre Skalen ebenfalls negativ konzipierte (Machtlosigkeit, Sicherheitsbestreben und Selbstentfremdung) und damit die gemeinte Idee der Herausforderung zunächst als Verneinung von Sicherheitsbedürfnissen operationalisierte, hatte Antonovsky auch Schwierigkeiten, die theoretische Ausführung zu akzeptieren:

In dieser Hinsicht weicht Kobasas Modell dagegen beträchtlich von meinem Ansatz ab. Ihr Konzept der Herausforderung betont als die normative Lebensweise eine Orientierung in Richtung auf Veränderung anstatt auf Stabilität. (Antonovsky, 1997, S. 61)

Jedoch stimmte er einer später von Kobasa brieflich geäußerten Differenzierung, sie meine „die Fähigkeit der Person, Veränderungen, das Uner-

wartete und Unvorhersehbare als Chance“ (zit. nach Antonovsky, 1997, S. 61) aufzufassen, bedingt zu. Doch auch in dem von Kobasa (1985) entsprechend revidierten Inventar vermisste Antonovsky die für ihn essenzielle Berücksichtigung der Verstehbarkeit:

Will man, um mit Kobasa zu sprechen, Ereignissen als Herausforderungen begegnen, muss man glauben, dass diese Ereignisse geordnet und verstehbar sind oder es zumindest werden können. (Antonovsky, 1997, S. 61, Unterstreichung von mir)

Das Vertrauen darauf, dass akut chaotisch erscheinende Ereignisse sich mittelfristig neu ordnen können, kennzeichnet einen Menschen, der seine gewohnten Grenzen übersteigt und sich einer Entwicklung in das Unbekannte hingibt. Vielleicht beschreiben Kobasa und Antonovsky sogar dasselbe aus unterschiedlicher Perspektive, die eine konzeptualisiert ihre Idee existenzialpsychologisch, der andere stresstheoretisch. Jedoch sind ihre Vorannahmen grundverschieden und damit auch der jeweils mögliche Ausgang des Prozesses. Während eine Idee des Wachstums impliziert, dass ein Mensch in schwierigen Situationen ein anderer wird (indem er über sich hinauswächst), dominiert im Denkraum von Coping der Gedanke, als derselbe aus den schwierigen Situationen hervorzugehen (vgl. Parallele zum Konzept der Resilienz in Abschnitt 2.2.3).

Bedenkt man Antonovskys (1997, S. 124) „grundlegende philosophische Sichtweise, dass der menschliche Organismus sich prototypisch in einem dynamischen Zustand eines heterostatischen Ungleichgewichts befindet“, so erscheint das Leben als Glücksspiel: Wenn ein Mensch Eltern hatte, die ihm zu einem starken Kohärenzgefühl verhelfen und sich dieses bis zum ungefähren Alter von 30 Jahren bewähren konnte, gelingt es ihm mit hoher Wahrscheinlichkeit auch im weiteren Erwachsenenalter, mit der Flut an Stressoren gut zurecht zu kommen. Nach kritischen Lebensereignissen kann sich das Kohärenzgefühl vorübergehend verringern (z. B. wird für eine Mutter nach Verlust ihres Kindes die Welt inkohärent), um dann nach einiger Zeit wieder das Ausgangsniveau zu erreichen. Hat der Mensch jedoch aufgrund anderer Ausgangsbedingungen nur ein schwaches Kohärenzgefühl entwickelt, so wird er häufig Überforderung erleben und sich im Laufe seines Lebens in einer der Entropie immer weniger Einhalt gebietenden Abwärtsspirale bewegen. Eine Ver-

besserung des Kohärenzgefühls ist kaum möglich (s. Abschnitt 2.1.3). Allenfalls eine geringe Beeinflussbarkeit zum Positiven durch psychoedukative Anregungen und konsequente Gestaltung neuer Lebenserfahrungen unter Beachtung der Parameter Konsistenz, Belastungsbalance und Teilhabe hält Antonovsky (1997) für möglich. Hingegen seien bedeutsame Veränderungen – auch durch Psychotherapie – unwahrscheinlich:

Die eigene Weltsicht, die sich während Jahrzehnten ausgebildet hat, ist ein zu tief verwurzelt Phänomen, als dass es in solchen Begegnungen verändert werden könnte. (Antonovsky, 1997, S. 118)

In der Struktur dieser – wie Antonovsky betont – statistischen und nicht klinisch-individuellen Vorhersage erkenne ich die des Mediziners wieder, der seiner an Krebs erkrankten Patientin sagt, dass sie unheilbar erkrankt sei. Antonovsky wird hier seiner eigenen salutogenetischen Orientierung (s. Abschnitt 2.2.1) untreu. Ein schwaches Kohärenzgefühl wird bei Antonovsky analog zu der von ihm so kritisierten Risikofaktorenmedizin zu einer lebenslangen Gefährdung, gegen die man kaum etwas tun kann! Seine Beschreibung mutet deterministisch an und begünstigt lebenslange Delegationsversuche der Verantwortung an die ersten drei Lebensjahrzehnte. Ab dann hat ein Mensch mit niedrigem Kohärenzgefühl keine Chance mehr, Wege der Heilung und Hoffnung werden ihm nicht gezeigt. Dennoch wurde sein Konstrukt in der Psychologie und Psychosomatik begeistert aufgenommen, vielleicht weil der Glaube an die Möglichkeiten von Intervention in dieser Zukunft<sup>15</sup> stärker ausgeprägt ist. Empirisch bestätigte sich dies: Die wenigen Verlaufsstudien legen nahe, dass das SOC entgegen Antonovskys Hypothese durchaus in stärkerem Maße beeinflussbar ist. Sack et al. (1997) wiesen eine signifikante Zunahme des SOC nach acht- bis zwölfwöchigen stationären psychosomatischen Behandlungen nach. Sack & Lamprecht (1994) beobachteten eine enorme Erhöhung der SOC-Werte bei einer Patientin und einem Patienten, die sich während der Therapie ineinander verliebt hatten (die Werte der Bedeutsamkeitsskala hatten sich sogar verdoppelt). Je zeitintensiver und gründlicher Psychotherapie durchgeführt wurde, des-

---

<sup>15</sup> Antonovsky war Soziologe.

to mehr und nachhaltiger verbesserte sich das Kohärenzgefühl (Sandell et al. 1999; Fäh, 2006<sup>16</sup>).

Aber selbst im Falle der Person mit starkem Kohärenzgefühl bleibt das Leben theoretisch ein Kampf gegen die immerwährende Entropie, das Kohärenzgefühl wird „ständig und unvermeidlich attackiert“ (Antonovsky, 1997, S. 115). Dennoch sei mit einer realistischen Sicht auf die Allgegenwart von Stressoren und die Frage nach effektivem Coping bis zum Tode ein vitales Leben möglich:

Die der Salutogenese zugrunde liegende Prämisse ist in der Tat pessimistisch, doch paradoxerweise ist die Perspektive, die sie eröffnet, zwar ohne Illusion, aber alles andere als düster. (Antonovsky, 1997, S. 31)

### **2.1.3 Über das rigide und nicht-authentische Kohärenzgefühl**

Das Kohärenzgefühl erinnert in seiner Formulierung als „durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens“ (Antonovsky, 1997, S. 36) an das in der Psychoanalyse beschriebene Urvertrauen und das Konzept der sicheren Bindung. Diese Anschlussfähigkeit des stresstheoretischen Konzepts in tiefenpsychologischer Richtung (vgl. z. B. Schiffer, 2001) mag ein weiterer Grund für die Attraktivität des Kohärenzgefühls sein. Antonovsky (1997, S. 120) betonte unter Verweis auf konkurrierende Konzepte, dass sein „Hinterfragen der historischen Quellen und der Entwicklung der Orientierung“ eine zusätzliche Qualität darstelle. Und tatsächlich bezieht sich Antonovsky (1997) in der Beschreibung der Entwicklung des Kohärenzgefühls auf psychologische Bindungstheorien. Dabei kritisiert er jedoch die sich im Schreibstil manifestierende Selbstverständlichkeit, mit der davon ausgegangen wird, dass der Säugling seine Umwelt als stabil und konsistent erlebt. Im

---

<sup>16</sup> Fäh (2006, S. 150) gibt in diesem Zusammenhang auch einen Überblick über Studien, die zeigen, „dass Psychotherapie – auch kostenintensive Langzeitpsychotherapie – nachhaltig andere Gesundheitskosten (Arztbesuche, Medikamente, Spitalaufenthalte, Absenzen am Arbeitsplatz) einspart“.