

SOC = Sense of coherence

DAS KONZEPT DER SALUTOGENESE

Ziel dieses Kapitels ist es, die Grundgedanken der Salutogenese und das salutogenetische Gesundheitsmodell anschaulich darzustellen. Daher beschränkt es sich auf die Originalliteratur von Antonovsky. Die Beschreibung bezieht sich – wenn nicht anders gekennzeichnet – auf das 1987 erschienene Buch von A. Antonovsky „Unraveling the mystery of health“, das seit 1997 unter dem Titel „Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit“, herausgegeben von A. Franke, in deutscher Übersetzung vorliegt. Zunächst wird die Leitfragestellung der Arbeiten von Antonovsky und seine Kritik an der Gesundheitsforschung und Gesundheitsversorgung referiert. Anschließend wird das salutogenetische Modell der Gesundheit vorgestellt, in dessen Mittelpunkt das Konstrukt „Kohärenzgefühl“ steht.

DIE SALUTOGENETISCHE FRAGESTELLUNG

Warum bleiben Menschen – trotz vieler potentiell gesundheitsgefährdender Einflüsse – gesund? Wie schaffen sie es, sich von Erkrankungen wieder zu erholen? Was ist das Besondere an Menschen, die trotz extremster Belastungen nicht krank werden?

Das sind die zentralen Fragen, die für Antonovsky zum Ausgangspunkt seiner theoretischen und empirischen Arbeiten wurden. Antonovsky hat für die Blickrichtung, die in dieser Fragestellung enthalten ist, den Neologismus „Salutogenese“ (*Salus*, lat.: Unverletztheit, Heil, Glück; *Genese*, griech.: Entstehung) geprägt, um den Gegensatz zur bisher dominierenden „Pathogenese“ des biomedizinischen Ansatzes und des derzeitigen Krankheitsmodells, aber auch des Risikofaktorenmodells hervorzuheben.

Salutogenese bedeutet für Antonovsky nicht nur die Kehrseite einer pathogenetisch orientierten Sichtweise (Antonovsky, 1989). Pathogenetisch denken heißt, sich mit der Entstehung und Behandlung von Krankheiten zu beschäftigen. Salutogenese bedeutet nicht das Gegenteil in dem Sinne, daß es nun um die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit als einem absoluten Zustand geht. Salutogenese meint, alle Menschen als mehr oder weniger gesund und gleichzeitig mehr oder weniger krank zu betrachten. Die Frage lautet daher: Wie wird ein Mensch mehr gesund und weniger krank?

Die vorherrschende Denk- und Handlungsprämisse der Medizin vergleicht Antonovsky mit der salutogenetischen Perspektive in einer Metapher: Die pathogenetische Herangehensweise möchte Menschen mit hohem Aufwand aus einem reißenden Fluß retten, ohne

sich darüber Gedanken zu machen, wie sie da hineingeraten sind und warum sie nicht besser schwimmen können. Aus Sicht der Gesundheitserziehung hingegen springen Menschen aus eigenem Willen in den Fluß und weigern sich gleichzeitig, das Schwimmen zu lernen. Antonovsky benutzt für die Salutogenese eine andere Version dieser Metapher:

„...meine fundamentale philosophische Annahme ist, daß der Fluß der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, daß ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluß, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: ‚Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluß befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?‘“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 92)

In diesen Bildern werden verschiedene Ebenen deutlich, die die Arbeit Antonovskys und auch die Diskussion um seine Ideen prägen: Die Metapher des Flusses als Abbild des Lebens und die Vorstellung, daß ein Mensch immer in einem mehr oder weniger gefährlichen Fluß schwimmt, spiegeln seine philosophischen Anschauungen wider. Forschungsfragen können sehr unterschiedlich gestellt und formuliert werden, je nachdem, ob man untersuchen will, wer am schnellsten ertrinkt oder womit man jemanden am ehesten aus dem Fluß ziehen kann, oder ob man sich fragt, welche Faktoren das Schwimmen erleichtern. Ob Menschen kurz vor dem Ertrinken aus dem Fluß gezogen werden, ob der Flußlauf entschärft oder den Menschen das Schwimmen beigebracht wird, hängt von gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen ab. Die individuelle Fähigkeit „zu schwimmen“ entspricht einer Persönlichkeitseigenschaft, die von Antonovsky *Kohärenzgefühl* genannt wird (vgl. Abschnitt 2.3.1.). Die Verknüpfung der verschiedenen Eigenschaften des Flusses und der schwimmenden Menschen ergibt sein psychologisches Modell zur Erklärung von Gesundheit.

Antonovskys Vorstellung über die Entstehung von Gesundheit ist von systemtheoretischen Überlegungen beeinflusst: Gesundheit ist kein normaler, passiver Gleichgewichtszustand, sondern ein labiles, aktives und sich dynamisch regulierendes Geschehen. Das Grundprinzip menschlicher Existenz ist nicht Gleichgewicht und Gesundheit, sondern Ungleichgewicht, Krankheit und Leiden. Unordnung und die Tendenz zu mehr Entropie sind allgegenwärtig: „Der menschliche Organismus ist ein System und wie alle Systeme der Kraft der Entropie ausgeliefert.“ (Antonovsky, 1993a, S. 7). Der Begriff der Entropie stammt aus der Thermodynamik und meint die Tendenz von Elementarteilchen, sich auf einen Zustand immer größerer Unordnung hinzubewegen. Je weniger dies der Fall ist, um so mehr besitzt das System Ordnung und Organisation. Diese Fähigkeit eines Systems zur Organisation wird als negative Entropie bezeichnet. Im übertragenen Sinne verwendet Antonovsky die Begriffe der Entropie als Ausdruck für die allgegenwärtige Tendenz menschlicher Organismen, ihre organisierten Strukturen zu ver-

Quelle: Bundeszentrale f. gesundheitliche Aufklärung
Bengel, J. / Störmatz, R. / Wichmann H. (1998)
Was erhält Menschen gesund?

lieren, aber ihre Ordnung auch wieder aufbauen zu können. Bezogen auf den Gesundheitszustand bedeutet dies, daß Gesundheit immer wieder aufgebaut werden muß, und daß gleichzeitig der Verlust von Gesundheit ein natürlicher und allgegenwärtiger Prozeß ist. „Der salutogenetische Ansatz betrachtet den Kampf in Richtung Gesundheit als permanent und nie ganz erfolgreich.“ (Antonovsky, 1993a, S. 10) Antonovsky spricht in diesem Zusammenhang auch davon, daß seine Weltanschauung eher pessimistische Züge trägt (Antonovsky, 1989).

KRITIK AN GESUNDHEITSFORSCHUNG UND -VERSORGUNG

Antonovsky kritisiert die Grundannahmen der westlichen medizinischen Forschung und Praxis und stellt diesen die Grundaussagen seiner salutogenetischen Sichtweise gegenüber. Er will dabei nicht auf die pathogenetisch orientierten Fragestellungen der medizinischen Forschung verzichten, sondern sieht in der salutogenetischen Blickrichtung eine wichtige und unverzichtbare Erweiterung. Salutogenese und Pathogenese ergänzen sich in ihren Fragestellungen.

Im biomedizinischen Modell wird Krankheit als Abweichung von der Norm Gesundheit betrachtet. Antonovsky weist darauf hin, daß diese Annahme nicht haltbar ist bzw. nicht als einziger Maßstab für die Definition von Krankheit gelten kann. Epidemiologische Daten zeigen, daß mindestens ein Drittel, vielleicht sogar die Mehrheit der Bevölkerung einer modernen Industriegesellschaft, an irgendeiner Erkrankung leidet (Antonovsky, 1979).

Wenn von Krankheit und Gesundheit die Rede ist, wird in der Regel davon ausgegangen, daß sich hier zwei Zustände ausschließen, d.h. nur einer von beiden Zuständen vorliegen kann (Dichotomie): Entweder man ist gesund oder krank. Die Zuordnung erfolgt durch die Diagnose eines Arztes, der eine spezifische Krankheit feststellt, oder auch durch den Patienten selbst und seine Umwelt. Menschen, die als gesund eingestuft werden, werden im Rahmen der medizinischen Versorgung nicht weiter beachtet, sieht man von den Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen einmal ab. Antonovsky stellt dieser Zweiteilung die Vorstellung eines Kontinuums gegenüber, auf dem Menschen als mehr oder weniger krank bzw. gesund eingestuft werden können („Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“, vgl. Abschnitt 2.3.2.).

Das Krankheitsverständnis der modernen Medizin beruht auf einem mechanistischen Modell (vgl. Kapitel 1): Defekte, die durch krankmachende Einflüsse entstanden sind, gilt es zu erkennen und durch gezielte Behandlung zu beheben. Dabei wird Krankheit in der Regel auf der Ebene spezifischer (pathophysiologischer) Prozesse betrachtet. Und für jede

Krankheit, so die Vorstellung im pathogenen Paradigma, gibt es besondere krankmachende Bedingungen (Bakterien, Viren usw., aber auch Stressoren, Risikofaktoren). Die Behandlung besteht im wesentlichen darin, diese zu bekämpfen.

Antonovsky hingegen richtet sein Interesse nicht auf spezifische Symptome, sondern auf die Tatsache, daß ein Organismus seine Ordnung nicht mehr aufrechterhalten kann. Die genaue Art der Störung interessiert ihn dabei nicht. Antonovsky prägte hierfür den Begriff Zusammenbruch (*breakdown*) des Organismus (Antonovsky, 1972). Anstatt der ausschließlichen Bekämpfung krankmachender Einflüsse setzt der salutogenetische Ansatz zusätzlich auf die Stärkung von Ressourcen, um den Organismus gegen schwächende Einflüsse widerstandsfähiger zu machen. Das ressourcenorientierte Denken veranlaßt zur Berücksichtigung der ganzen Person mit ihrer Lebensgeschichte sowie zur Beachtung des gesamten Systems, in dem die Person lebt (Antonovsky, 1993b). Die individuelle Geschichte einer Person ist deshalb wichtig, weil sich nur in Kenntnis aller Lebensaspekte einer Person die Ressourcen auffinden und fördern lassen, die zur Genesung der Person beitragen können.

„In der Wissenschaft ist die Frage wichtiger als die Antwort“ (Antonovsky, 1993a, S. 11) und „Wie die Frage gestellt wird, ist entscheidend für die Richtung, die man einschlägt, um die Antworten zu finden“ (Antonovsky, 1979, S. 12; Übersetzung der Autoren). Mit diesen beiden Aussagen weist Antonovsky darauf hin, daß sich seine wissenschaftliche Arbeit von anderen Arbeiten vor allem durch die Besonderheit der Fragestellung und Blickrichtung unterscheidet. Das Konzept der Salutogenese ist eine Kritik an der einseitigen Orientierung der Forschung an schädigenden Lebensbedingungen und krankmachenden Faktoren. Mehrfach zeigt er auf, daß Fragestellungen im Rahmen pathogenetisch orientierter Forschung sozusagen „blinde Stellen“ haben.

Salutogenetisch orientierte Forschung interessiert sich für Fragen wie z.B. „Welche Personen vom Typ A (Risikofaktor für Herzinfarkt, Anm. der Autoren) bekommen keine koronaren Herzerkrankungen? Welche Raucher bekommen keinen Lungenkrebs?“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 29). Die pathogenetisch orientierte Forschung vergleicht Patienten mit Kontrollgruppen, die als gesund bezeichnet werden, da sie eine bestimmte Erkrankung nicht haben (siehe Abschnitt 3.3.); sie leiden jedoch vielleicht an anderen Erkrankungen, die unerkannt bleiben. Ein salutogenetischer Ansatz hingegen betrachtet Erkrankung eher unspezifisch und fragt, warum Menschen gesund bleiben und welche Eigenschaften und Fähigkeiten sie auszeichnen. Hierzu müssen sehr viel mehr Informationen zur Person erfaßt werden als nur die krankheitsbezogenen.

DAS SALUTOGENETISCHE MODELL DER GESUNDHEIT

In seinem salutogenetischen Modell der Gesundheit setzt Antonovsky eine Reihe von Konstrukten mit der Entstehung bzw. dem Erhalt von Gesundheit in Zusammenhang. Auffallend an der Entwicklung seines Modells zur Entstehung von Gesundheit ist, daß er keine Gesundheitsdefinition formuliert hat: Er sei nicht an der Erklärung von Gesundheit als absolutem oder idealistischem Konzept interessiert, da dies nicht den realen Gegebenheiten entspreche (Antonovsky, 1979). Zudem erfordere eine Gesundheitsdefinition immer die Festlegung von Normen und beinhalte damit die Gefahr, andere Menschen an Werten zu beurteilen, die für sie gar nicht zuträfen (Antonovsky, 1995).

Das Kernstück des Modells, das Kohärenzgefühl, soll als erstes vorgestellt werden (Abschnitt 2.3.1.). Weitere Elemente sind das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Abschnitt 2.3.2.), Stressoren und Spannungszustände (Abschnitt 2.3.3.) sowie generalisierte Widerstandsressourcen (Abschnitt 2.3.4.). Abschnitt 2.3.5. gibt anschließend einen Überblick über das Modell und die Zusammenhänge zwischen den Komponenten.

DAS KOHÄRENZGEFÜHL

Der Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Menschen wird nach Antonovsky wesentlich durch eine individuelle, psychologische Einflußgröße bestimmt: eine allgemeine Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben – durch eine *Weltanschauung*, wie Antonovsky es einmal unter Verwendung dieses deutschen Wortes beschreibt (Antonovsky, 1993d, S. 972). Antonovsky ist sich dabei im klaren, daß äußere Faktoren wie Krieg, Hunger oder schlechte hygienische Verhältnisse die Gesundheit gefährden. Dennoch gibt es auch unter gleichen äußeren Bedingungen Unterschiede im Gesundheitszustand verschiedener Menschen. Wenn also die äußeren Bedingungen vergleichbar sind, dann wird es seiner Ansicht nach von der Ausprägung dieser individuellen, sowohl kognitiven als auch affektiv-motivationalen Grundeinstellung abhängen, wie gut Menschen in der Lage sind, vorhandene Ressourcen zum Erhalt ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens zu nutzen. Antonovsky bezeichnet diese Grundhaltung als Kohärenzgefühl (*sense of coherence, SOC*). Kohärenz bedeutet Zusammenhang, Stimmgigkeit. Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto gesünder sollte sie sein bzw. desto schneller sollte sie gesund werden und bleiben.

In einer ersten Formulierung definiert Antonovsky das Kohärenzgefühl als

„(...) a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic, feeling of confidence that one's internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected“¹ (Antonovsky, 1979, S. 10).

Mit der Bezeichnung dynamisch wird darauf hingewiesen, daß diese Grundeinstellung zum Leben fortwährend mit neuen Lebenserfahrungen konfrontiert und von diesen beeinflusst wird. Die Ausprägung des Kohärenzgefühls beeinflusst wiederum die Art der Lebenserfahrungen. Das führt dazu, daß die Lebenserfahrungen in der Regel die Grundhaltung bestätigen und diese damit stabil und überdauernd wird. Die Stärke des Kohärenzgefühls ist unabhängig von den jeweiligen Umständen, der Situation oder den Rollen, die jemand gerade einnimmt oder einnehmen muß. Antonovsky bezeichnet diese Grundhaltung daher auch als dispositionale Orientierung (relativ überdauerndes Merkmal); sie stellt jedoch keinen speziellen Persönlichkeitstyp dar.

Diese Grundhaltung, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben, setzt sich nach Antonovskys Überlegungen aus drei Komponenten zusammen:

1. Gefühl von Verstehbarkeit (*sense of comprehensibility*)
Diese Komponente beschreibt die Erwartung bzw. Fähigkeit von Menschen, Stimuli – auch unbekannte – als geordnete, konsistente, strukturierte Informationen verarbeiten zu können und nicht mit Reizen konfrontiert zu sein bzw. zu werden, die chaotisch, willkürlich, zufällig und unerklärlich sind. Mit Verstehbarkeit meint Antonovsky also ein *kognitives Verarbeitungsmuster*.
2. Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (*sense of manageability*)
Diese Komponente beschreibt die Überzeugung eines Menschen, daß Schwierigkeiten lösbar sind. Antonovsky nennt dies auch instrumentelles Vertrauen und definiert es als das „Ausmaß, in dem man wahrnimmt, daß man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 35). Dabei betont Antonovsky, daß es nicht nur darum geht, über eigene Ressourcen und Kompetenzen verfügen zu können. Auch der Glaube daran, daß andere Personen oder eine höhere Macht dabei helfen, Schwierigkeiten zu überwinden, ist damit gemeint. Ein Mensch, dem diese Überzeugung fehlt, gleicht dem ewigen Pechvogel, der sich immer wieder schrecklichen Ereignissen ausgeliefert sieht, ohne etwas dagegen unternehmen zu können. Antonovsky betrachtet das Gefühl von Handhabbarkeit als *kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster*.

„(...) eine grundlegende Lebenseinstellung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß jemand ein alles durchdringendes, überdauerndes und zugleich dynamisches Gefühl der Zuversicht hat, daß seine innere und äußere Erfahrungswelt vorhersagbar ist und eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, daß sich die Angelegenheiten so gut entwickeln, wie man vernünftigerweise erwarten kann.“ (Übersetzung der Autoren).

3. Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (*sense of meaningfulness*)
 Diese Dimension beschreibt das „Ausmaß, in dem man das Leben als emotional 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 willkommene Herausforderungen sind, als Lasten, die man gerne los wäre“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 36). Antonovsky sieht diese motivationale Komponente als die wichtigste an. Ohne die Erfahrung von Sinnhaftigkeit und ohne positive Erwartungen an das Leben ergibt sich trotz einer hohen Ausprägung der anderen beiden Komponenten kein hoher Wert des gesamten Kohärenzgefühls. Ein Mensch ohne Erleben von Sinnhaftigkeit wird das Leben in allen Bereichen nur als Last empfinden und jede weitere sich stellende Aufgabe als zusätzliche Qual.

Diese Unterscheidung der drei Komponenten wird in einer zweiten Definition des Kohärenzgefühls deutlich:

Das Kohärenzgefühl ist „eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß erstens die Anforderungen aus der inneren oder äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind und daß zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, daß diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen.“ (Antonovsky, 1993a, S. 12; Übersetzung durch Franke & Broda)

Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl führt dazu, daß ein Mensch flexibel auf Anforderungen reagieren kann. Er aktiviert die für diese spezifischen Situationen angemessenen Ressourcen. Ein Mensch mit einem gering ausgeprägten Kohärenzgefühl wird hingegen Anforderungen eher starr und rigide beantworten, da er weniger Ressourcen zur Bewältigung hat bzw. wahrnimmt.

Der SOC wirkt als flexibles Steuerungsprinzip, als Dirigent, der den Einsatz verschiedener Verarbeitungsmuster (*Copingstile, Copingstrategien*) in Abhängigkeit von den Anforderungen anregt. „Die Person mit einem starken SOC wählt die bestimmte Coping-Strategie aus, die am geeignetsten scheint, mit dem Stressor umzugehen, dem sie sich gegenüber sieht“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 130). Das Kohärenzgefühl ist also nicht mit Copingstilen gleichzusetzen, sondern nimmt eine übergeordnete und steuernde Funktion ein (Antonovsky, 1993d).

ENTWICKLUNG UND VERÄNDERBARKEIT DES KOHÄRENZGEFÜHLS

Das Kohärenzgefühl entwickelt sich nach Antonovsky im Laufe der Kindheit und Jugend und wird von den gesammelten Erfahrungen und Erlebnissen beeinflusst. In der Adoles-

zenz sind größere Veränderungen noch möglich, da dem Heranwachsenden viele Wahlmöglichkeiten offenstehen und die Lebensbereiche noch nicht festgelegt sind. Mit etwa 30 Jahren ist seiner Ansicht nach das Kohärenzgefühl ausgebildet und bleibt relativ stabil.

Antonovsky erklärt die Formung des Kohärenzgefühls – ohne dies explizit zu benennen – mit Piagets (1969) Prinzipien der Assimilation und Akkommodation: Äußere Veränderungen beeinflussen und verändern die innere Einstellung. Andererseits werden aufgrund der bestehenden Überzeugungen gegenüber dem Leben auch bevorzugt vertraute Erfahrungswelten aufgesucht, so daß diese in der Regel die bereits vorhandenen Überzeugungen bestätigen.

Die Komponente *Verstehbarkeit* wird durch Erfahrungen von Konsistenz geformt. Da Reize und Erfahrungen nicht völlig willkürlich, widersprüchlich und unvorhersehbar auftreten, können sie eingeordnet, zugeordnet und strukturiert werden. *Handhabbarkeit* entsteht durch das Erleben von ausgewogener Belastung, d.h. die Person ist weder Über- noch Unterforderungen ausgesetzt. *Sinnhaftigkeit* wird durch die Erfahrung gefördert, auf die Gestaltung von Situationen Einfluß zu haben.

Ob sich ein starkes oder ein schwaches Kohärenzgefühl herausbildet, hängt für Antonovsky vor allem von den gesellschaftlichen Gegebenheiten ab, d.h. von der Verfügbarkeit generalisierter Widerstandsressourcen (siehe Abschnitt 2.3.4.) (Antonovsky, 1993a). Sind generalisierte Widerstandsressourcen vorhanden, die wiederholt konsistente Erfahrungen ermöglichen und die Einflußmöglichkeiten sowie eine Balance von Über- und Unterforderung beinhalten, dann entsteht mit der Zeit ein starkes Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1989). Erfahrungen, die überwiegend durch Unvorhersehbarkeit, Unkontrollierbarkeit und Unsicherheit geprägt sind, führen zu einem schwachen Kohärenzgefühl. Das heißt jedoch nicht, daß ein Mensch nie Unsicherheit und Unvorhergesehenes erfahren darf, um einen hohen SOC zu erwerben. Für die Entwicklung eines starken Kohärenzgefühls ist ein ausgewogenes Verhältnis von Konsistenz und Überraschung, von lohnenden und frustrierenden Ereignissen erforderlich.

Eine grundlegende Veränderung des SOC im Erwachsenenalter hält Antonovsky nur begrenzt für möglich. Allenfalls eine radikale Veränderung der sozialen und kulturellen Einflüsse oder der strukturellen Lebensbedingungen, wie z.B. Emigration, Wohnortwechsel, Veränderung des Familienstandes oder der Beschäftigungsverhältnisse, welche die bisherigen Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten massiv verändern oder viele unerwartete Erfahrungen mit sich bringen, können zu einer deutlichen Veränderung des Kohärenzgefühls führen. Auch eine Veränderung durch Psychotherapie sei möglich, allerdings erfordere dies harte und kontinuierliche Arbeit (Antonovsky, 1979). Es ist „utopisch (...) zu erwarten, daß eine Begegnung oder auch eine Reihe von Begegnungen zwischen Klient und Kliniker (Therapeut, Anm. durch die Autoren) das SOC signifikant verändern kann“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 118).

DAS GESUNDHEITS-KRANKHEITS-KONTINUUM

Wie bereits erwähnt, kritisiert Antonovsky die übliche (dichotome) Trennung in gesund oder krank (vgl. Abschnitt 2.2.), mit der die wissenschaftliche Medizin und das medizinische Versorgungssystem arbeiten; insbesondere auch die Krankenversicherung muß sich an diesen Kategorien orientieren. Antonovsky setzt dieser Trennung die Vorstellung eines Kontinuums mit den Polen Gesundheit/körperliches Wohlbefinden und Krankheit/körperliches Mißempfinden (*health ease/dis-ease continuum*²) gegenüber.

Die beiden Pole völlige Gesundheit oder völlige Krankheit sind für lebende Organismen nicht zu erreichen. Jeder Mensch, auch wenn er sich überwiegend als gesund erlebt, hat auch kranke Anteile, und solange Menschen am Leben sind, müssen Teile von ihnen auch noch gesund sein: „Wir sind alle terminale Fälle. Aber solange wir einen Atemzug Leben in uns haben, sind wir alle bis zu einem gewissen Grad gesund.“ (Antonovsky, 1989, S. 53) Die Frage ist dann nicht mehr, ob jemand gesund oder krank ist, sondern wie weit entfernt bzw. nahe er den Endpunkten Gesundheit und Krankheit jeweils ist.

Zudem geht Antonovsky davon aus, daß es noch eine ganze Reihe weiterer Befindensdimensionen gibt, die ebenfalls als Kontinuen zu denken sind und mit der Dimension gesund-krank korrelieren. Für seine Leitfragestellung ist es wichtig, zwischen körperlichem Befinden und diesen anderen Dimensionen von Wohlbefinden/Unbehagen zu unterscheiden. Im Rahmen seines Modells stellt er den Aspekt der körperlichen Gesundheit in den Mittelpunkt (Antonovsky, 1979).

2.3.3. STRESSOREN UND SPANNUNGSZUSTAND

Ein Problem der Streßforschung ist die Definition von Stressoren: Stressoren sind alle Reize oder Stimuli, die Streß erzeugen. Ob ein Reiz ein Stressor ist, läßt sich also immer erst an dessen Wirkung erkennen und nicht vorhersagen.

Antonovsky versucht dieses Problem zu lösen, indem er ein neues Element in das Modell einführt. Er postuliert, daß Stressoren zunächst einmal nur einen physiologischen Spannungszustand (psychophysische Aktivierung) herbeiführen, der darauf zurückzuführen ist, daß Individuen nicht wissen, wie sie in einer Situation reagieren sollen. Antonovsky definiert Stressoren als „eine von innen oder außen kommende Anforderung an den

² Die genaue Wortbedeutung läßt sich nicht übersetzen: *ease* bedeutet Wohlbehagen, *disease* bedeutet Krankheit; wörtlich könnte man es als Unbehagen, Unwohlsein (*dis-ease*) übersetzen.

Organismus, die sein Gleichgewicht stört und die zur Wiederherstellung des Gleichgewichtes eine nicht-automatische und nicht unmittelbar verfügbare, energieverbrauchende Handlung erfordert“ (Antonovsky, 1979, S. 72).

Für Antonovsky ist die zentrale Aufgabe des Organismus die Bewältigung der Spannungszustände. An dieser Stelle haben Konzepte der Bewältigungsforschung eine zentrale Bedeutung. Gelingt die Spannungsbewältigung, so hat dies eine gesunderhaltende bzw. gesundheitsförderliche Wirkung. Mißlingt die Spannungsbewältigung, dann entsteht „Streß“ (Belastung, Belastungsfolgen) oder eine die Person subjektiv und/oder objektiv belastende Situation.

Da Spannungsbewältigung nicht immer gelingen kann, sind Streßreaktionen und belastende Situationen ein allgegenwärtiges Phänomen. Dabei muß aber auch die entstandene Streßreaktion nicht zwangsläufig negative gesundheitliche Folgen haben. Die Belastung kann auch neutrale oder sogar gesundheitsfördernde Wirkung haben. Erst zusammen mit vorhandenen Krankheitserregern, Schadstoffen und körperlichen Schwachstellen führt die Streßreaktion zur Schwächung der körperlichen Gesundheit.

Antonovsky unterscheidet zwischen physikalischen, biochemischen und psychosozialen Stressoren. Die Wirkung physikalischer und biochemischer Stressoren, z.B. die Einwirkung durch Waffengewalt, Hungersnot, Gifte oder Krankheitserreger, kann so stark sein, daß sie sich direkt auf den Gesundheitszustand auswirkt. Hier ist die pathogenetische Sichtweise, die Suche nach Möglichkeiten zur Beseitigung der Stressoren, angemessen. Da aber in den Industrienationen die Gefährdung durch physikalische und biochemische Stressoren abgenommen hat, rückt die Bedeutung der psychosozialen Stressoren in den Vordergrund. Hier setzt Antonovsky mit seinem Konstrukt des Kohärenzgefühls an.

Der SOC wirkt einerseits, indem er der Person mit einem starken SOC erlaubt, manche Reize als neutral zu bewerten, die eine andere Person mit schwächerem SOC als spannungserzeugend erfahren würde (sog. *primäre Bewertung I*³). Wenn aber eine Person mit hohem SOC einen Reiz als Stressor bewertet, dann kann sie unterscheiden, ob der Stressor bedrohlich, günstig oder irrelevant ist (sog. *primäre Bewertung II*). Die Bewertung als günstig oder irrelevant bedeutet, daß Anspannung wahrgenommen wird; gleichzeitig nimmt die Person aber an, daß die Anspannung auch ohne das Aktivieren von Ressourcen wieder aufhört. Der Stressor, der Anspannung auslöste, wird zum Nicht-Stressor umdefiniert.

Auch wenn der spannungserzeugende Stressor als potentiell bedrohlich definiert wird, wird eine Person mit hohem SOC sich nicht wirklich bedroht fühlen. Ihr grundlegendes Vertrauen, daß sich die Situation schon bewältigen lassen wird, schützt sie. Zudem geht Antonovsky davon aus, daß Menschen mit einem hohen SOC auf bedrohliche Situationen eher mit situationsangemessenen und zielgerichteten Gefühlen reagieren, die sich durch

³ Antonovsky bezieht sich hier auf die „primäre Bewertung“ als Element des transaktionalen Streßmodells (vgl. S. 60).

Handlungen beeinflussen lassen (z.B. Ärger über einen bestimmten Sachverhalt). Personen mit schwachem SOC reagieren dagegen eher mit diffusen, schwer zu regulierenden Emotionen (z.B. „blinde“ Wut). Sie werden handlungsunfähig, da ihnen das Vertrauen in die Bewältigbarkeit des Problems fehlt (sog. *primäre Bewertung III*).

2.3.4. GENERALISIERTE WIDERSTANDSRESSOURCEN

Antonovsky forschte lange Zeit nach verschiedenen Faktoren, die eine erfolgreiche Spannungsbewältigung erleichtern und dadurch einen Einfluß auf den Erhalt oder die Verbesserung von Gesundheit haben. Er sammelte ein breites Spektrum an Faktoren und Variablen, die in epidemiologischen Studien mit dem Gesundheitszustand korrelierten. Diese Variablen beziehen sich sowohl auf individuelle (z.B. körperliche Faktoren, Intelligenz, Bewältigungsstrategien) als auch auf soziale und kulturelle Faktoren (z.B. soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten, kulturelle Stabilität). Diese Variablen bezeichnet Antonovsky als „generalisierte Widerstandsressourcen“. Generalisiert bedeutet, daß sie in Situationen aller Art wirksam werden; Widerstand meint hier, daß die Ressourcen die Widerstandsfähigkeit der Person erhöhen. „*Das gemeinsame an allen generalisierten Widerstandsressourcen sei, so schlug ich vor, den unzähligen uns ständig treffenden Stressoren eine Bedeutung zu erteilen.*“ (Antonovsky, 1989, S. 52)

Widerstandsressourcen haben zwei Funktionen: Sie prägen kontinuierlich die Lebenserfahrungen und ermöglichen uns, bedeutsame und kohärente Lebenserfahrungen zu machen, die wiederum das Kohärenzgefühl formen. Sie wirken als Potential, das aktiviert werden kann, wenn es für die Bewältigung eines Spannungszustandes erforderlich ist.

In seinem zweiten Buch (1987) konzipiert Antonovsky Stressoren als generalisierte Widerstandsdefizite. Damit wird es möglich, Widerstandsressourcen und Widerstandsdefizite ebenfalls als kontinuierliche Dimension zu sehen: Der positive Pol steht für die Möglichkeit, Lebenserfahrungen zu machen, die das Kohärenzgefühl stärken. Am negativen Pol stehen Erfahrungen, die es schwächen. So kann ein hohes Maß an finanziellen Mitteln oder an kultureller Stabilität als eine Ressource, der Mangel desselben als Widerstandsdefizit oder als Stressor betrachtet werden. Stressoren oder Widerstandsdefizite bringen Entropie⁴, Widerstandsressourcen dagegen bringen negative Entropie⁵ in das System Mensch. Das Kohärenzgefühl ist die Instanz, die „*dieses Schlachtfeld von Kräften dirigiert und Ordnung oder Unordnung fördert*“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 150).

⁴ Entropie: Tendenz, sich auf einen Zustand immer größerer Unordnung hinzubewegen. Vgl. auch Begriffserläuterung auf S. 25

⁵ Negative Entropie: Fähigkeit eines Systems zur Ordnung. Vgl. auch Begriffserläuterung auf S. 25

2.3.5. DAS SALUTOGENETISCHE MODELL IM ÜBERBLICK

Das Modell der Salutogenese wird von Noack (1997) in seinen Grundzügen dem pathogenetischen Modell gegenübergestellt (siehe Tab. 1).

Grundlegende Annahmen des pathogenetischen und salutogenetischen Modells		
Annahme in bezug auf	Pathogenetisches Modell	Salutogenetisches Modell
Selbstregulierung des Systems	Homöostase	Überwindung der Heterostase*
Gesundheits- und Krankheitsbegriff	Dichotomie	Kontinuum
Reichweite des Krankheitsbegriffs	Pathologie der Krankheit, reduktionistisch	Geschichte des Kranken und seines Krank-Seins, ganzheitlich
Gesundheits- und Krankheitsursachen	Risikofaktoren, negative Stressoren	„Heilsame“ Ressourcen, Kohärenzsinn
Wirkung von Stressoren	Potentiell krankheitsfördernd	Krankheits- und gesundheitsfördernd
Intervention	Einsatz wirksamer Heilmittel („Magic bullets“, „Wunderwaffen“)	Aktive Anpassung, Risikoreduktion und Ressourcenentwicklung

* Heterostase: Ungleichgewicht, fehlende Stabilität, Gegenteil von Homöostase

(aus: Noack, 1997, S. 95)

Tab. 1

Nachdem die wichtigsten Elemente des Modells zur Entstehung von Gesundheit erläutert wurden, soll im folgenden dargestellt werden, wie diese Konstrukte zusammenhängen und wie Antonovsky im Rahmen dieses Modells die Verbesserung des Gesundheitszustandes erklärt. Abbildung 1 auf der nächsten Seite ist eine vereinfachte Wiedergabe der wichtigsten Zusammenhänge.

Der zentrale Faktor für die Erklärung gesunderhaltender bzw. gesundheitsfördernder Prozesse ist das Konzept des Kohärenzgefühls. Dieses wird definiert als eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein alles durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl der Zuversicht hat, daß erstens die Anforderungen aus der inneren oder äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind, zweitens die notwendigen Ressourcen verfügbar sind, um den Anforderungen gerecht zu werden, und drittens schließlich, daß diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen.

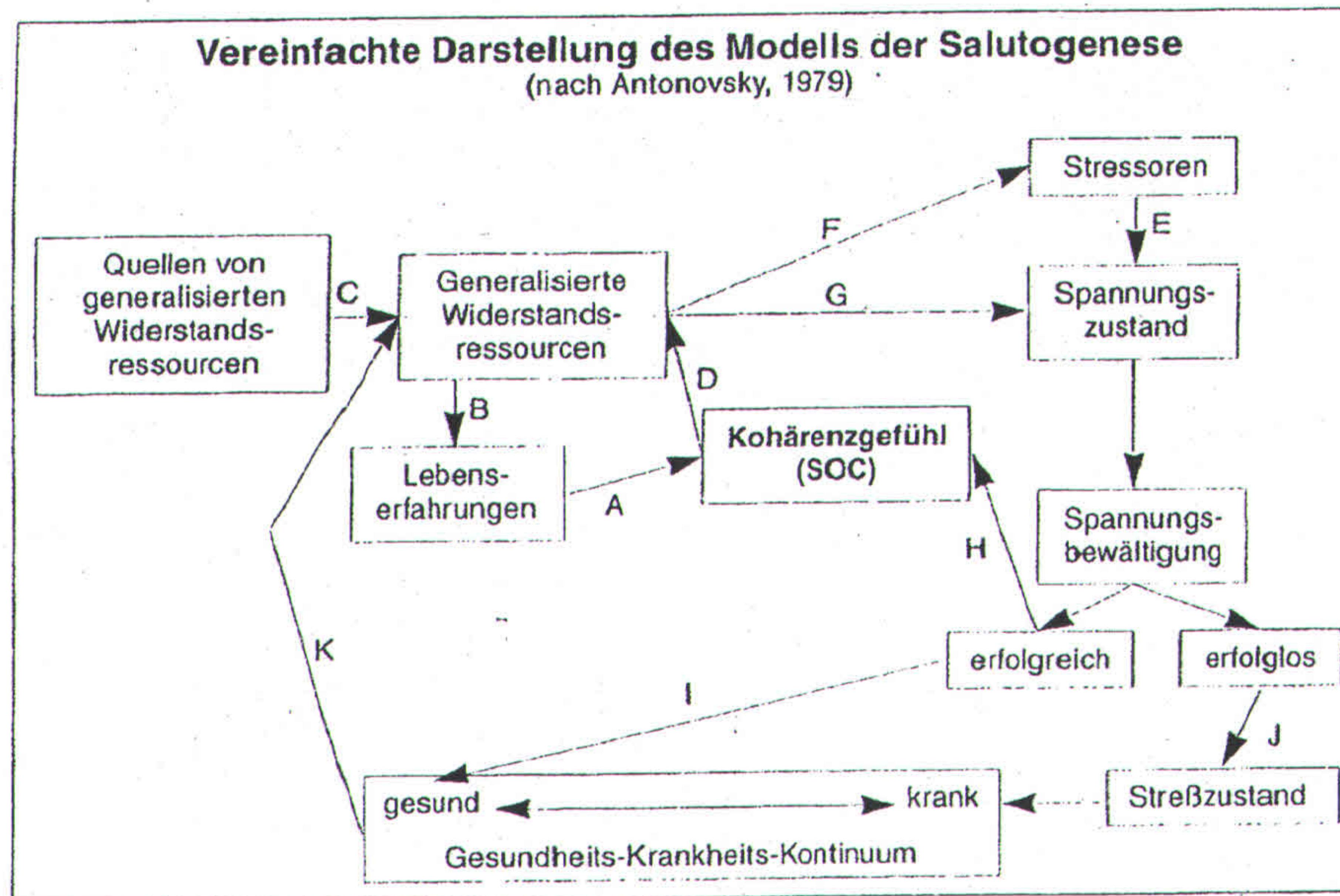


Abb. 1

Lebenserfahrungen formen das Kohärenzgefühl (Pfeil A). Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl setzt Lebenserfahrungen voraus, die möglichst konsistent sind, eine wirksame Einflußnahme der Person erlauben und weder über- noch unterfordern.

Solche Lebenserfahrungen werden durch das Vorhandensein von sogenannten generalisierten Widerstandsressourcen (wie z.B. körperliche Faktoren, Intelligenz, Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung, finanzielles Vermögen oder kulturelle Faktoren) ermöglicht (Pfeil B). Die Entstehung bzw. das Vorhandensein von Widerstandsressourcen hängt vom jeweiligen soziokulturellen und historischen Kontext und den darin vorherrschenden Erziehungsmustern und sozialen Rollen ab. Einen Einfluß haben aber auch persönliche Einstellungen und schließlich auch zufällige Ereignisse (Pfeil C).

Inwieweit diese einmal entstandenen generalisierten Widerstandsressourcen mobilisiert werden können, hängt von der Stärke des Kohärenzgefühls ab (Pfeil D). Hier besteht also eine Rückbezüglichkeit, die schnell zu einem Teufelskreis werden kann: Sind zu wenig Widerstandsressourcen vorhanden, dann beeinflußt dies die Entstehung des Kohärenzgefühls negativ; ein niedriges Kohärenzgefühl wiederum verhindert die optimale Nutzung der vorhandenen Widerstandsressourcen.

Stressoren konfrontieren den Organismus mit nicht automatisch beantwortbaren Reizen und lösen daher Spannungszustände aus (Pfeil E). Die mobilisierten Widerstandsressourcen beeinflussen den Umgang mit den Stressoren (Pfeil F) und den Spannungszustand (Pfeil G). Auch hier besteht wieder ein Rückbezug: Das Gelingen der Spannungsreduktion hat eine stärkende Wirkung auf das Kohärenzgefühl (Pfeil H): „*Indem*

wir einen Stressor bewältigen, lernen wir, daß das Leben weder zerstörerisch noch sinnlos ist.“ (Antonovsky, 1979, S. 194; Übersetzung der Autoren)

Aufgrund der erfolgreichen Spannungsreduktion bleibt der Gesundheitszustand bzw. die Lokalisation auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erhalten (Pfeil I). Eine günstige Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erleichtert dann wiederum den Erwerb neuer Widerstandsressourcen (Pfeil K). Erfolgreiches Spannungsmanagement führt hingegen zu einem Streßzustand (Pfeil J). Dieser Streßzustand steht in Wechselwirkung mit vorhandenen pathogenen Einflüssen und Vulnerabilitäten und wirkt sich damit negativ auf die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus.

EINFLUSS DES KOHÄRENZGEFÜHLS AUF DIE GESUNDHEIT

Nachdem das Modell der Salutogenese mit seinen Komponenten und dem zentralen Konstrukt des Kohärenzgefühls beschrieben wurde, soll abschließend noch auf die Frage eingegangen werden, über welche Prozesse das Kohärenzgefühl die körperliche Gesundheit beeinflussen kann. Grundsätzlich stimmt Antonovsky mit der Auffassung der Streßforschung überein, daß ein zu großes Maß an anhaltendem oder wiederholtem Erleben von Streß zusammen mit körperlichen Schwächen eine Gefährdung des Gesundheitszustandes mit sich bringt. In seiner Terminologie kommt es vor allem darauf an zu verhindern, daß Spannung sich in eine Belastung verwandelt.

Nach Antonovsky können unterschiedliche Wirkungsweisen des Kohärenzgefühls angenommen werden:

1. Der SOC kann verschiedene Systeme des Organismus (z.B. Zentralnervensystem, Immunsystem, Hormonsystem) direkt beeinflussen. Er wirkt bei den gedanklichen Prozessen (Kognitionen) mit, die darüber entscheiden, ob Situationen als gefährlich, ungefährlich oder als willkommen bewertet werden. Damit besteht ein direkter Zusammenhang zwischen dem SOC und der Auslösung komplexer Reaktionen auf verschiedenen Ebenen. D.h. die Ausprägung des SOC beeinflußt nicht nur die Bewältigung von Spannungszuständen (Puffer, siehe 2.), sondern wirkt direkt als Filter bei der Verarbeitung von Informationen.
2. Der SOC mobilisiert vorhandene Ressourcen. Der erfolgreiche Einsatz dieser Ressourcen führt zur Spannungsreduktion und wirkt damit indirekt auf die physiologischen Systeme der Streßverarbeitung. Die kurzfristigen physiologischen Streßaktionen (Anspannung) sieht Antonovsky dabei nicht als gesundheitsschädigend, sofern sie durch eine anschließende Erholungsphase ausgeglichen werden. Eine Schädigung entsteht erst dann, wenn diese selbstregulativen Prozesse des Systems gestört sind.
3. Menschen mit einem ausgeprägten SOC sind eher in der Lage, sich gezielt für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu entscheiden (z.B. gesunde Ernährung,

rechtzeitig einen Arzt aufsuchen, an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen) u
gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen zu vermeiden. Damit hat der SOC über
Auswirkungen des Gesundheitsverhaltens indirekt Einfluß auf den Gesundhei
zustand.

Seine Annahmen über die Wirkungszusammenhänge von Kohärenzgefühl und Gesun
heit sieht Antonovsky auch durch die Ergebnisse des relativ jungen interdisziplinär
Forschungsbereichs der Psychoneuroimmunologie bestärkt. Diese Forschungsrichtu
beschäftigt sich mit der Untersuchung des komplexen Zusammenwirkens von Nervens
stem, Hormonsystem und Immunsystem und dessen Auswirkungen auf das Organsyste
des Menschen, d.h. auf die körperliche Gesundheit bzw. Krankheit. Im Kontext c
Psychoneuroimmunologie sieht Antonovsky seine Annahme bestätigt, daß das kogniti
motivationale Konstrukt des Kohärenzgefühls direkten Einfluß auf das Organsyste
nehmen kann.

VERTIEFENDE UND WEITERFÜHRENDE LITERATUR

Antonovsky, A. (1979): Health, stress, and coping (Chapter 7: "The salutogenic model
health", pp. 182-197). San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1991): Meine Odyssee als Stressforscher. In: Anonymous (Hrsg.): Jah
buch für Kritische Medizin (S. 112-130). Hamburg: Argument Verlag.

Antonovsky, A. (1993a): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Frank
A. / Broda, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Path
genese-Konzept (S. 3-14). Tübingen: dgvt.

Faltermaier, T. (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln (Kapitel 2.
„Gesundheit oder Krankheit? – Das Modell der Salutogenese als Orientierung für ein
psychologische Gesundheitsforschung“, S. 43-54). Weinheim: Beltz.

Schulz, K.-H. (1994): Psychoneuroimmunologie. In: Gerber, W.-D. / Basler, H.-D. / Tewe
U. (Hrsg.): Medizinische Psychologie (S. 129-139). München: Urban & Schwarzenberg