



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Gesundheitswissenschaften

***RESSOURCEN – EIN SCHLÜSSELBEGRIFF IN DER
GESUNDHEITSFÖRDERUNG***

B a c h e l o r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von: Christina Reinke

Betreuer: Prof. Dr. Willi Neumann

Tag der Einreichung: 07.11.2008

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2008-0191-1

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1. Gesundheitsförderung nach den Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO)	5
2. Modelle der Gesundheit	7
2.1 Das Modell der Salutogenese	7
2.2 Das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell)	13
3. Gesundheitliche Ressourcen	17
3.1 Eine Einführung in die Ressourcenforschung	17
3.1.1 Definitionen und Begriffe.....	17
3.1.2 Kategorisierung	18
3.2 Externe soziale Ressourcen	19
3.3 Interne psychische Ressourcen.....	22
3.3.1 Positives Denken	24
3.3.1.1 Kontrollüberzeugungen	25
3.3.1.2 Selbstwirksamkeitserwartung.....	28
3.3.1.3 Optimismus.....	31
3.3.1.4 Positiv konnotierte Bewältigungsreaktionen.....	33
3.3.2 Der Ursprung Positiven Denkens	35
3.3.3 Verfahren zur Veränderung pessimistischer Denkmuster	37
3.4 Transaktionen zwischen internen und externen Ressourcen	39
4. Ressourcenorientierung in der Gesundheitsberatung	41
4.1 Aufgaben und Ziele der Gesundheitsberatung	41
4.2 Ressourcenorientierte Beratung.....	42
4.2.1 Theorie der Ressourcenerhaltung (COR-Theorie)	42
4.2.2 Ziele und Leitlinien ressourcenorientierter Beratung.....	44
5. Zusammenfassung und Implikationen für die Gesundheitsförderung	48
6. Fazit	52
Quellenverzeichnis	53
Anhang	57

Einleitung

Im Zuge der gesellschaftlichen Entwicklung wachsen die Anforderungen an die Menschen, ihren Alltag zu bewältigen, Probleme zu meistern, ihre Beziehungen zu gestalten und ihr Leben zu organisieren. Die Strukturen der Gesellschaft und die Abläufe des Alltagslebens sind komplexer und somit unüberschaubarer, komplizierter und unplanbarer geworden. Damit einher gehen eine Reihe von Risiken und Probleme aber auch vielfältige Chancen und neue Möglichkeiten. Für eine erfolgreiche Bewältigung derartiger neuer Herausforderungen, erweisen sich individuelle und soziale Ressourcen als unabdingbar. Denn von ihnen geht eine potentiell positive Wirkung aus. Sie helfen Menschen dabei Anforderungen zu bewältigen, mit Stress fertig zu werden, Belastungen zu ertragen und ihre Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Sie spielen eine bedeutende Rolle bei der Handlungssteuerung und dienen Menschen dazu ihre Ziele zu erreichen und das Leben als positiv zu empfinden. Fehlen Ressourcen oder gehen Ressourcen verloren, werden Menschen anfällig für psychische und physische Probleme und Störungen. Sie erleben Stress (vgl. Nestmann 2004, S. 729). Denn Gesundheit und Krankheit stellen ein komplexes Geschehen dar, an dem neben den biologischen auch die psychischen und sozialen Faktoren beteiligt sind. Mittlerweile existieren eine Reihe von Untersuchungen, die den Einfluss von psychischen und sozialen Faktoren auf die Krankheitsentstehung, den Krankheitsverlauf und die Behandlungserfolge bestätigen. Sie lassen die auf die Krankheitsfaktoren reduzierte pathogenetische Denk- und Handlungsweise und die überwiegend kurativ ausgerichtete Praxis zunehmend überholt erscheinen und verdeutlichen, dass auch psychosoziale Faktoren im präventiven Sinne eine wichtige Rolle spielen. (vgl. Viehhauser 2000, S. 12)

Im Zusammenhang mit dieser erweiterten Sichtweise ist das Interesse an Theorien und Modellen gewachsen, die die Entstehung und den Erhalt der Gesundheit erklären können. Anstelle der *Pathogenese* rückt die Entstehung der *Salutogenese* (Antonovsky, 1979) in den Mittelpunkt der Betrachtung. Im Sinne einer salutogenetischen orientierten Forschung wird nicht nur nach den krankmachenden Faktoren gefragt, sondern auch nach den gesundheitsförderlichen und –erhaltenden Schutzfaktoren bzw. Ressourcen. Dabei wird der Fokus der Aufmerksamkeit auf Fragestellungen wie „Warum sind gesunde Menschen gesund?“, „Was schützt Gesundheit?“, „Warum bleiben Menschen trotz vieler gesundheitsgefährdender Einflüsse, widrigen Umständen oder extremer Belastungen gesund, während andere krank werden?“ gelegt. (vgl. Bengel et al. 2001, S. 14ff; Schmolke 2001, S. 15f; Viehhauser 2000, S. 12/24)

Mittlerweile liegen eine Reihe von Untersuchungen vor, die die gesundheitsförderliche Wirkung für eine Reihe von individuellen und sozialen Ressourcen belegen. Andererseits ist bei einigen der Ressourcencharakter nicht unumstritten. (vgl. Viehhauser 2000, S. 12/47ff) In der Literatur wird über eine bald unüberschaubare Menge an Ressourcen (v.a. intern psychische Ressourcen) berichtet. Eine einheitliche Definition liegt bisher jedoch nicht vor, was sicherlich auf die

Komplexität des Ressourcenbegriffs zurückzuführen ist. Weiterhin wurde bisher wenig danach gefragt, wie Ressourcen aktiviert und gefördert werden können (vgl. Viehhauser 2000, S.11).

Ein zentrales Anliegen dieser Arbeit ist es einen Überblick über gesundheitsförderliche Ressourcen zu geben und deren Bedeutung für die Gesundheitsförderung herauszustellen, wobei dabei das Augenmerk vor allem auf die internen psychischen Ressourcen gerichtet wird. Weiterhin sollen Möglichkeiten der Aktivierung und Förderung von Ressourcen aufgezeigt werden. Folgende Frage steht im Mittelpunkt der Betrachtung: Was sind förderliche Faktoren der Gesundheit, wie können sie aktiviert und gefördert werden und welche Implikationen ergeben sich daraus für die Gesundheitsförderung?

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in folgende Kapitel:

In Kapitel 1 werden die Ziele und Aufgaben der Gesundheitsförderung nach den Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) skizziert. Im Anschluss werden im Kapitel 2 Modelle der Gesundheit vorgestellt. Dabei wird das Modell der Salutogenese von Antonovsky (1979) und das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell von Becker (2006) näher beleuchtet und die wesentlichsten Bestimmungsstücke dargestellt. Kapitel 3 widmet sich den gesundheitlichen Ressourcen. Es erfolgt eine schrittweise Annäherung zum Ressourcenbegriff, wobei die internen psychischen Ressourcen im Fokus stehen. Kapitel 4 beschäftigt sich mit der Thematik Ressourcenorientierung in der Gesundheitsberatung. Anschließend wird eine Zusammenfassung gegeben und Implikationen für die Gesundheitsförderung abgeleitet. Zum Schluss wird ein Fazit gegeben.

1. Gesundheitsförderung nach den Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat durch ihre zahlreichen Konferenzen und Deklarationen die weltweite Diskussion über die Gesundheitsförderung und Programme zur Gesundheitsförderung maßgeblich beeinflusst und vorangetrieben. Eine besondere Bedeutung erhält dabei der *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung* der WHO (1987). In diesem Dokument wurden Ziele, Strategien und Handlungsfelder der Gesundheitsförderung formuliert. Einleitend heißt es dazu *„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. verändern können. (...) Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“* (URL: WHO 2006).

In der Ottawa-Charta werden fünf Handlungsfelder und drei grundlegende Aktionsstrategien hervorgehoben. Als Handlungsfelder werden genannt (vgl. Becker 2006, S. 232; URL: WHO 2006):

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Persönliche Kompetenzen eines jeden Einzelnen entwickeln
- Bürgerbeteiligung und Neuorientierung der Gesundheitsdienste

Die drei grundlegenden Aktionsstrategien sind (vgl. Becker 2006, S. 232; URL: WHO 2006):

- Interessen vertreten
- Befähigen und Ermöglichen
- Vermitteln und vernetzen

Die Ottawa-Charta macht deutlich, dass es bei der Gesundheitsförderung darum geht, in den verschiedenen Handlungsfeldern Strategien zu entwickeln, die allen Menschen ein höheres Maß an Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen. Neben einer Veränderung der Umweltbedingungen wird auch auf die Notwendigkeit der Förderung der persönlichen und sozialen Fähigkeiten hingewiesen. Menschen sollen dazu befähigt werden, ihr

eigenes Gesundheitspotential zu verwirklichen. Gesundheitsförderung will Menschen dabei helfen, ihre eigenen Einflussmöglichkeiten auf ihre Gesundheit verstärkt wahrzunehmen und sie bei der besseren Bewältigung ihres Lebensalltags unterstützen. (vgl. URL: WHO 2006; Viehhauser 2000, S. 11)

Gesundheit wird verstanden als *„ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens (...) und nicht als alltägliches Lebensziel“* (URL: WHO 2006). In der Ottawa-Charta folgt der Begriff der Gesundheit einem bio-psycho-sozialen Verständnis und umfasst nicht nur die Abwesenheit von Krankheit. Aus Sicht der WHO orientiert sich Gesundheitsförderung primär an den Kompetenzen, Schutzfaktoren und Ressourcen einer Person und seiner Umwelt statt an Defiziten und Risiken wie in der Prävention von Krankheiten. (vgl. Becker 2006, S. 232f; URL: WHO 2006)

2. Modelle der Gesundheit

Ein bedeutender Stressforscher, der mit seinen einflussreichen Überlegungen und Untersuchungen das gesundheitswissenschaftliche Denken in den letzten 20 Jahren entscheidend beeinflusst hat, ist der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (vgl. Becker 2006, S. 90; Franke et al. 2001, S. 15). Er entwickelte die Salutogenese (= Ursprünge der Gesundheit) als Gegenbegriff zur Pathogenese. Mit seinem Konzept der Salutogenese (Antonovsky 1979) stellte er die Frage „Was erhält Menschen gesund?“ in den Mittelpunkt der Betrachtung und betonte damit die Bedeutung menschlicher Ressourcen und Potentiale. (vgl. Becker 2006, S. 90; Reimann 2006, S. 17)

Inspiziert von Antonovsky hat Peter Becker (2006) das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell) entwickelt, das in vielerlei Hinsicht Übereinstimmungen mit dem Modell von Antonovsky aufweist. Im Mittelpunkt seines Modells steht der aktuelle Gesundheitszustand, auf den physische und psychosoziale Anforderungen und Ressourcen Einfluss haben. In seinem Modell hat die individuelle Bedürfnisbefriedigung einen besonderen Stellenwert. (vgl. Becker 2006, S. 179/234; Viehhauser 2000, S. 33/36)

In diesem Abschnitt werden die wesentlichsten Bestimmungsstücke des Modells der Salutogenese und des systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modell dargestellt.

2.1 Das Modell der Salutogenese

Antonovsky sieht sein Modell der Salutogenese als eine Erweiterung der pathogenetischen auf die Krankheitsursachen fixierten Sichtweise an. Nach Antonovsky kann ein zusätzlich diagnostischer Gewinn durch die Frage „Warum bleiben Menschen trotz vieler gesundheitsgefährdender Einflüsse, widrigen Umständen oder extremer Belastungen gesund, während andere krank werden?“ herbeigeführt werden. Denn neben den Krankheitsfaktoren spielen für den Heilungsprozess und den Erhalt der Gesundheit die Ressourcen eine entscheidende Rolle. (vgl. Reimann 2006, S.17; Bengel et al. 1998, S. 26) Deshalb sollte das Augenmerk nicht nur auf die Bekämpfung krankmachender Einflüsse gerichtet sein, sondern auch auf die Stärkung von Ressourcen, um die Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen schwächende Einflüsse zu erhöhen. Ressourcenorientiertes Denken beinhaltet nach Antonovsky eine ganzheitliche Betrachtungsweise der Person, einschließlich ihrer Lebensgeschichte und sozialen Umwelt, in der sie lebt. (vgl. Bengel et al. 1998, S. 27)

Antonovsky hat mit seinen Arbeiten die Gesundheitsforschung und Gesundheitsförderung bis heute entscheidend mit beeinflusst, obwohl in den vergangenen Jahren sein Modell zunehmend Kritik erfahren hat. Diese bezog sich vor allem auf die Unklarheiten seiner Theorie, auf die mangelnde empirische Absicherung und auf den von Antonovsky entwickelten SOC-Fragebogen. (vgl. Wydler

et al. 2000, S. 11) Im Rahmen dieser Arbeit wird auf eine kritische Auseinandersetzung mit dem Modell verzichtet. Interessierte finden mehr dazu in der Herausgabe von Wydler et al. (2000): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes.*

Das Kernstück des Modells bildet das Kohärenzgefühl. Weitere Bestimmungsstücke sind die Stressoren und Spannungszustände, die generalisierten Widerstandsressourcen und das Gesundheits-Krankheitskontinuum. (vgl. Schmolke 2001, S. 29; Bengel et al. 1998, S. 28, 35)

Beginnend mit dem Gesundheits-Krankheitskontinuum, werden im Folgenden die einzelnen Bestimmungsstücke näher beschrieben.

Gesundheits-Krankheitskontinuum

Nach Antonovsky können Gesundheit und Krankheit nicht kategorisch voneinander getrennt werden. Gesundheit und Krankheit sind keine sich ausschließende Gegensätze, sondern bilden die Pole eines Kontinuums (health ease/dis-ease continuum), auf dem sich für jede Person ihre individuelle Position bestimmen lässt. (vgl. Bengel et al. 1998, S. 32; Franke et al. 2001, S. 17) Dabei ist eine Person ist weder völlig gesund noch völlig krank. Jeder Mensch, auch wenn er sich weitestgehend gesund fühlt, hat auch kranke Anteile in sich. Andersrum besitzt jeder Mensch, solange er lebt, gesunde Anteile, auch wenn er sich nahe dem Krankheitspol befindet. Dabei geht es nicht mehr um die Frage, ob eine Person gesund oder krank ist, sondern wo sie sich zwischen den beiden Polen befindet bzw. wie weit entfernt oder wie nahe sie den beiden Polen Gesundheit und Krankheit ist. (vgl. Bengel et al. 1998, S.17)

Stressoren und Spannungszustand

Im Sinne der Vertreter der relationalen Stresskonzepte werden Stressoren als interne oder externe Anforderungen verstanden, die zur Störung des Gleichgewichts führen und auf die der Organismus keine unmittelbar verfügbaren oder automatisch adaptiven Reaktionen hat. (vgl. Franke et al. 2001, S. 18; Bengel et al. 1998, S. 32f; vgl. Antonovsky 1997, S. 124f)

Nach Antonovsky (1997, S. 30) sind Stressoren ein unvermeidbarer Bestandteil des menschlichen Lebens und nicht immer als unbedingt schädlich anzusehen. Stressoren (wie alltägliche Ärgernisse, chronische Belastungen, kritische Lebensereignisse) lösen im Organismus einen Spannungszustand aus, der pathogene, neutrale oder salutogene Folgen haben kann. In diesen Zusammenhang spielt für Antonovsky die Bewältigung der Spannungszustände als zentrale Aufgabe des Organismus eine entscheidende Rolle. Die Art der Bewältigung als auch der Charakter des Stressors (physikalisch, biochemisch oder psychosozial) haben letztendlich Einfluss darauf, ob Stress eine negative oder sogar positive Wirkung auf die Gesundheit hat. (vgl. Franke et al. 2001, S. 18; Viehhauser 2000, S. 28; Bengel et al. 1998, S. 33)

Kann der Spannungszustand nicht überwunden werden bzw. misslingt die Spannungsbewältigung, kommt es zu einer Stressreaktion, die in Verbindung mit anderen Pathogenen wie Krankheitserreger, Schadstoffen und körperlichen Schwachstellen negative Konsequenzen für die Gesundheit nach sich ziehen kann. Eine erfolgreiche Spannungsbewältigung kann durchaus eine gesundheitserhaltende bzw. gesundheitsfördernde Wirkung haben und dazu führen, dass sich eine Person in Richtung des gesunden Pols des Gesundheits-Krankheitskontinuums bewegt. (vgl. Franke et al. 2001, S. 18; Viehhauser 2000, S. 28) Im Zusammenhang mit einer positiven Spannungsbewältigung spielen die generalisierten Widerstandsressourcen (GRR) eine entscheidende Rolle (vgl. Antonovsky 1997, S. 130).

Generalisierte Widerstandsressourcen

Für eine erfolgreiche Spannungsbewältigung benötigt ein Individuum Ressourcen, um die vielfältigen Anforderungen des Lebens adäquat bewältigen zu können (vgl. Franke et al. 2001, S. 18; Viehhauser 2000, S. 29). Antonovsky (1997, S. 19) bezeichnet diese Ressourcen als Generalisierte Widerstandsressourcen und definiert sie wie folgt: *„Generalisierte Widerstandsressourcen werden als potentielle Ressourcen definiert, die die Person mit einem starken SOC mobilisieren und dann bei der Suche nach einer Lösung für das instrumentelle Problem anwenden kann“*. Mit der Bezeichnung „generalisiert“ ist gemeint, dass die Ressourcen in vielen verschiedenen Situationen wirksam werden können. „Widerstand“ bedeutet hier, dass die Ressourcen das Individuum widerstandsfähiger machen. (vgl. Bengel et al. 1998, S. 34)

Ressourcen sind sowohl im Individuum, in seiner Umwelt und in der Gesellschaft vorhanden. Das Repertoire an Ressourcen ist sehr groß und vielseitig und umfasst körperliche, psychische, materielle, soziale, kulturelle und makrostrukturelle Faktoren. Zu den Ressourcen zählen zum Beispiel gesellschaftliche Faktoren wie intakte Sozialstrukturen und funktionierende gesellschaftliche Netze, individuelle kognitive Ressourcen wie Intelligenz, Wissen, Problemlösungsfähigkeit, übergeordnete Konstrukte wie Ich-Identität und Selbstvertrauen, aber nicht zuletzt auch Faktoren wie Einkommen und familiäre Unterstützung. (vgl. Franke et al. 2001, S. 18; Viehhauser 2000, S. 29; Waller 2006, S. 20)

Widerstandsressourcen haben 2 Funktionen: Sie sorgen dafür, dass ein Individuum die Stimuli, mit denen es konfrontiert wird, als geordnet und sinnhaft wahrnimmt. Sie prägen dadurch positiv die Lebenserfahrung, die gekennzeichnet ist durch Konsistenz, Teilnahme an Entscheidungsprozessen und Ausgewogenheit. Damit bewirken sie, dass auch Stressoren in diesen Bereichen als sinnvoll empfunden werden und tragen erheblich zur Entwicklung und Erhaltung eines starken Kohärenzgefühls bei. (vgl. Viehhauser 2000, S. 29; Antonovsky 1997, S. 123) Weiterhin wirken sie als Potential, dass aus einem Repertoire an Ressourcen für die entsprechenden Anforderungen aktiviert werden kann, um Spannungszustände erfolgreich bewältigen zu können (vgl. Viehhauser 2000, S. 29; Bengel et al. 1998, S. 34).

Im Zusammenhang mit den Widerstandressourcen betont Antonovksy (1997, S. 131), dass es letztendlich nicht nur darauf ankommt, Widerstandressourcen zur Verfügung zu haben, sondern auch weiß, sie einzusetzen: „ *Sicherlich ist allein das Wissen, dass man eine Vielzahl potentieller Widerstandressourcen zur Verfügung hat, schon für sich ein wertvoller Aktivposten. Aber der wahre Vorteil der Person mit einem starken SOC kommt erst dadurch zutage, dass sie angesichts eines vorhandenen Stressors aktuell das mobilisieren kann, was als Ressource oder Ressourcenkombination am geeignetsten zu sein scheint*“.

Kohärenzgefühl

Ausgangspunkt für die theoretischen Überlegungen Antonovskys ist die Annahme, dass der Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Menschen wesentlich durch eine individuelle, mentale Bestimmungsgröße beeinflusst wird, und zwar durch die Grundeinstellung gegenüber der Welt und dem eigenen Leben. Antonovsky ist durchaus bewusst, dass äußere Faktoren wie Krieg, Hunger oder schlechte hygienische Bedingungen eine Gefahr für die Gesundheit darstellen. Trotzdem treten unter gleichen äußeren Bedingungen Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen verschiedenen Menschen auf. Demzufolge spielt nach Antonovsky die Ausprägung dieser individuellen Grundeinstellung eine wichtige Rolle. Denn von ihr ist abhängig, inwieweit die Person dazu fähig ist, verfügbare Ressourcen zum Erhalt ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens optimal auszuschöpfen. (vgl. Bengel et al. 1998, S. 28) Er bezeichnet diese Grundhaltung auch als Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC) und definiert es wie folgt:

„Das SOC (Kohärenzgefühl) 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 Laufe des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;*
- 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;*
- 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky 1997, S. 36).*

Antonovsky (1997, S. 34ff) bezeichnet diese drei Teilkomponenten, aus denen sich das Kohärenzgefühl zusammensetzt, als Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit.

- Verstehbarkeit meint das Ausmaß, in welchem interne und externe Reize, mit denen man täglich konfrontiert wird, als kognitiv sinnvoll empfunden werden, als geordnete, konsistente, strukturierte Informationen und nicht als chaotisch, zufällig und unerklärlich. Personen die ein hohes Ausmaß an Verstehbarkeit besitzen, gehen davon aus, dass zukünftige Ereignisse vorhersagbar oder zumindest erklärbar sind. (vgl. Viehhauser 2000, S. 74f; Antonovsky 1997, S. 34)
- Handhabbarkeit beschreibt das Ausmaß, in dem man das Gefühl hat, geeignete Ressourcen zur Verfügung zu haben, um Anforderungen begegnen zu können. Dazu zählt auch der Glaube an die Hilfe anderer Menschen oder an eine höhere Macht. (vgl. Antonovsky 1997, S. 35) Personen mit einem hohen Ausmaß an Handhabbarkeit haben das Gefühl mit Ereignissen umgehen zu können. Schwierigkeiten sind lösbar. Dinge werden sich letztendlich dahingehend entwickeln, wie man es vernünftigerweise erwarten kann. (vgl. Viehhauser 2000, S. 75; Antonovsky 1997, S. 35)
- Bedeutsamkeit umfasst das *„Ausmaß, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet: dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, daß sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre“* (Antonovsky 1997, S. 35f). Antonovsky misst dieser Komponente die größte Bedeutung zu. Ohne das Gefühl von Sinnhaftigkeit im Leben und ohne positiven Erwartungen kann kein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl entstehen, trotz hohem Wert der anderen beiden Komponenten. Ein Mensch mit geringem Gefühl von Bedeutsamkeit wird das Leben in allen Bereichen belastend empfinden und sieht jede weitere Anforderungen nicht als Herausforderung im positiven Sinn, sondern als zusätzliche Qual. (vgl. Bengel et al. 1998, S. 30)

Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl interpretieren ihre innere und äußere Welt als einsichtig, die wahrgenommenen Probleme als handhabbar und die damit verbundenen Anforderungen als sinnhaft. Menschen mit einem gering ausgeprägten Kohärenzgefühl reagieren auf Anforderungen eher starr und rigide, da sie weniger Ressourcen zur Bewältigung zur Verfügung haben bzw. sie nicht wahrnehmen. (vgl. Antonovsky 1997, S. 34ff) Eine Person mit einem starken Kohärenzgefühl hingegen *„wählt aus den Repertoire generalisierter und spezifischer Widerstandressourcen, die ihr zur Verfügung stehen, die Kombination aus, die am angemessensten zu sein scheint“* (ebd., S. 130). In diesen Zusammenhang betont Antonovsky (1997, S. 130), dass das Kohärenzgefühl kein bestimmter Copingstil ist, sondern es einer Person

ermöglicht, flexibel diejenigen Copingstrategien auszuwählen, die geeignet erscheinen, um den Anforderungen begegnen zu können.

In Anlehnung an Lazarus vertritt Antonovsky (1997, S. 125f) die Position, dass Stressoren nicht unbedingt eine krankmachende Wirkung haben. Stressoren können als Stimuli verstanden werden, die einen Zustand der Anspannung auslösen, der nicht unbedingt Stress zur Folge hat. Somit setzte er den Fokus auf individuelle Verarbeitungsmuster im Hinblick auf Anspannungszuständen. Psychologischer Stress entsteht weniger durch die Ereignisse selbst, sondern vielmehr durch die kognitive Einschätzung oder Bewertung der betroffenen Person. Was für den einen als Stress empfunden wird, ist für den anderen vielleicht weniger stressig. (vgl. Schwarzer 1993, S. 14f) Demnach wird eine Person mit einem starken Kohärenzgefühl einige Stimuli als neutral definieren, während eine andere Person diese als spannungserzeugend bewerten würde (primäre Bewertung I). Bewertet eine Person einen Stimuli als Stressor, kann sie einschätzen, ob dieser bedrohlich, günstig oder irrelevant ist. (primäre Bewertung II) Schätzt er diesen als günstig oder irrelevant ein, nimmt er Anspannung wahr. Er bewertete die Situation jedoch als wenig folgenreich für sein Leben. Es wird vermutet, dass die Anspannung auch ohne das Mobilisieren von Ressourcen wieder aufhört. Der Stressor wird zum Nichtstressor erklärt. (vgl. Bengel et al. 1998, S. 33; Antonovsky 1997, S. 126ff) Selbst wenn eine Person mit einem hohen Kohärenzgefühl den Stressor als bedrohlich bewertet, besitzt sie genug Vertrauen, die Situation bewältigen zu können und empfindet daher die Situation schon wieder als weniger bedrohlich. Außerdem kann sie im Gegensatz zu Personen mit einem schwächeren Kohärenzgefühl bedrohliche Situationen mit fokussierten und zielgerichteten Emotionen (Traurigkeit, Furcht, Schmerz) begegnen, wodurch eine Handlungsbasis für eine erfolgreiche Bewältigung geschaffen wird. Personen mit einem schwächeren Kohärenzgefühl neigen eher zu diffusen, schwer zu regulierenden Gefühlen wie Angst, Scham, Hoffnungslosigkeit und Verwirrung. Sie werden handlungsunfähig, dass sie kein Vertrauen in die Bewältigung der Situation haben. (vgl. Franke et al. 2001, S. 24; Bengel et a. 1998, S.33f)

Das Kohärenzgefühl entwickelt sich im Laufe der Kindheit und im Jugendalter und wird durch gesammelte Erfahrungen und Erlebnisse beeinflusst. Mit Vollendung des 20 Lebensjahres ist das Kohärenzgefühl ausgebildet und bleibt relativ stabil. Danach wird es sich nur noch entscheidend verändern, wenn bedeutende Veränderungen im Leben eine dauerhafte Neuorientierung und lang anhaltende Lebenserfahrungen bewirken. Dazu gehören zum Beispiel eine massive Veränderung des sozialen und kulturellen Umfelds oder der strukturellen Lebensbedingungen bedingt durch Umzug, Emigration, Neuorientierung im Berufsleben etc. (vgl. Franke et al. 2001, S. 20; Bengel et al. 1998, S.30f) Eine Veränderung des Kohärenzgefühls durch Therapie wird von Antonovsky eher kritisch betrachtet (vgl. Franke et al. 2001, S.23). Denn es ist *„utopisch (...) zu erwarten, daß eine Begegnung oder auch eine Reihe von Begegnungen zwischen Klient und Kliniker das SOC signifikant verändern kann. 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).

2.2 Das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell)

Das SAR-Modell kann als eine Weiterentwicklung des salutogenetischen Modells von Antonovsky betrachtet werden. Die Gesundheitstheorie von Antonovsky hat zahlreiche, bedeutende Anregungen für das SAR-Modell geliefert. Mithin stimmen die beiden Modelle in vielen Aspekten überein. (vgl. Becker 2006, S. 179) Becker geht ebenfalls von einem Gesundheits-Krankheitskontinuum aus. Ähnlich wie bei Antonovsky setzt sich auch Becker mit dem komplexen Widerpart von Anforderungen und Ressourcen auseinander (vgl. Viehhauser 2000, S. 33). Ein Kerngedanke des Modells besagt *„dass der Gesundheitszustand eines Individuums unter anderem davon abhängt, wie gut es diesem gelingt, externe und interne Anforderungen mithilfe interner und externer Ressourcen zu bewältigen“* (Becker 2006, S. 183). Becker (2006, S. 10) setzt dabei seinen Fokus der Aufmerksamkeit auf die individuelle Bedürfnisbefriedigung, da nach dem SAR-Modell das Ausmaß an Bedürfnisbefriedigung eng in Verbindung mit der Gesundheit steht.

Im SAR-Modell wird Gesundheit mit der Bewältigung externer und interner physischer und psychosozialer Anforderungen durch interner und externer physischer und psychosozialer Ressourcen in Verbindung gebracht (vgl. Becker 2006, S. 103). Was genau darunter zu verstehen ist, wird im Folgenden erläutert.

Anforderungen

Unter Anforderungen versteht Becker (2006, S. 111) *„Bedingungen oder Umstände, die sich an eine Person richten und sie zu bestimmten Reaktionen veranlassen sollen oder können. Anforderungen konfrontieren eine Person mit einer Aufgabe, die es gegebenenfalls zu lösen gilt, bzw. mit einer Zielvorgabe.“*

Interne Anforderungen

Interne Anforderungen kommen direkt vom Individuum und beziehen sich auf Bedürfnisse und erworbene Sollwerte. Unter Bedürfnis ist ein innerer Mangelzustand zu verstehen, mit dessen Beseitigung der Mensch einen Beitrag für seine Gesundheit und seinem Wohlbefinden leisten würde. (vgl. ebd., S. 111) Becker (2006, S. 112) unifiziert Bedürfnisse mit angeborenen Bedürfnissen. Mit „angeboren“ ist jedoch nicht gemeint, dass die Bedürfnisse beim Menschen mit der Geburt voll ausgebildet sind. Sie sind zwar vorhanden, manifestieren sich aber erst im Verlauf seiner Entwicklung. Dabei können die Art der Anregung, des Ausdrucks und der Bedürfnisbefriedigung kulturell unterschiedlich geprägt sein.

Zu den angeborenen Bedürfnissen zählen physiologische Bedürfnisse, Explorationsbedürfnisse, Selbstaktualisierungsbedürfnisse, Bedürfnis nach Orientierung, Sicherheit und Kontrolle, Bedürfnis nach Bindung und Liebe, Bedürfnis nach Achtung und Wertschätzung. Durch die Befriedigung der Bedürfnisse werden positive Emotionen wie Freude, Glück, Stolz, und innere Ruhe ausgelöst, während Bedürfnisdeprivation zu negativen Emotionen wie Ärger, Angst und Traurigkeit führt. (vgl. Becker 2006, S. 113f)

Zu den internen psychischen Anforderungen gehören ebenfalls die erworbenen Sollwerte. Erworbene Sollwerte beruhen auf individuelle Erfahrungen und spielen für die Handlungsmotivation eine große Rolle. Sie geben Auskunft über die individuelle Entwicklungsgeschichte und verdeutlichen den Einfluss der soziokulturellen Umwelt. Erworbene Sollwerte können unterteilt werden in (1) Ziele, Wünsche, Projekte, Ichideal und (2) soziale Werte, Normen, Regeln und Vorschriften. Während die Ziele, Projekte und Ichideal Wünsche (Ich möchte gerne...) verkörpern, haben soziale Werte, Normen und Regeln Aufforderungs- (ich sollte/ ich muss) oder Verbotscharakter (Ich sollte nicht/ ich darf nicht). Sie werden auch den externen Anforderungen zugeordnet. (vgl. ebd., S. 121/184)

Zu den internen physischen Anforderungen zählt Becker konstitutionelle Vulnerabilitäten wie genetisch bedingte oder erworbene Krankheitsdispositionen (vgl. Viehhauser 2000, S. 35).

Externe Anforderungen

Externe Anforderungen gehen von der Umwelt aus. Dabei muss es sich nicht nur um äußere Reize handeln, die auf das (passive) Individuum einwirken und es zu einer Reaktion veranlassen. Externe Anforderungen können auch Hindernisse sein, die ein Individuum, beim Versuch auf seine Umwelt Einfluss zu nehmen, behindern und Anpassungsleistungen verlangen. Externe Anforderungen werden zu Stressoren, wenn sie nicht mit den vertrauten Mitteln bewältigt werden können. Externe Anforderungen konfrontieren den Menschen mit Aufgaben und Problemen, die einer Lösung bedürfen (vgl. Becker 2006, S. 127/184).

Becker (2006, S. 127) betont die Schwierigkeit externe Anforderungen zu klassifizieren, da sie stark von individuellen Faktoren wie Alter, Geschlecht und Lebenssituation, und kollektiven Parametern wie ökologische, ökonomische, kulturelle und politische Rahmenbedingungen, beeinflusst werden. Nach Becker (2006, S. 127ff) wäre folgende Einteilung möglich:

- 1) Externe Anforderungen auf der Ebene von Subsystemen erster und höherer Ordnung, dazu zählen die in einer Gesellschaft geltenden sozialen Werte, Normen, Regeln, Vorschriften. Diese werden in Form von Erwartungen oder Verpflichtungen an die Gesellschaftsmitglieder herangetragen.

- 2) Externe Anforderungen in bestimmten Lebensphasen, Becker (2006, S. 129) fasst sie auch als Entwicklungsaufgaben zusammen.

- 3) Externe Anforderungen auf der tieferen Ebene von Subsystemen erster Ordnung. Becker (2000, S. 129) meint damit externe Anforderungen in bestimmten Lebensbereichen wie a) Arbeit, Beruf und Ausbildung, b) Kernfamilie und Partnerschaft, c) Verwandtschaft und Freundeskreis und d) sonstige Bereiche (Freizeit, Gruppenzugehörigkeit etc.).

Die eben beschriebenen externen Anforderungen gehören zu den internen psychosozialen Anforderungen. Zu den externen physischen Anforderungen zählt Becker generelle Belastungen aus der physikalischen Umgebung wie Belastungen durch Umweltverschmutzung und Krankheitserreger, Lärm, Schadstoffbelastung etc. (vgl. Becker 2006, S. 75; Viehhauser 2000, S. 35)

Ressourcen

Becker (2006, S. 133) versteht unter Ressourcen „*Mittel oder individuelle Eigenschaften (...), auf die lebende Systeme oder Systemelemente im Bedarfsfall zurückgreifen können, um mit ihrer Hilfe externe oder interne Anforderungen zu bewältigen. Da lebende Systeme oder Systemelemente (Subsysteme) auf Ressourcen aus der Umwelt angewiesen sind, stellen sie wechselseitige Anforderungen aneinander und tauschen gegenseitig Ressourcen aus.*“

Externe Ressourcen

Externe Ressourcen gehen von der Umwelt aus. Der Mensch ist aufgrund seiner Bedürfnisse zur Bewahrung, Förderung und Wiederherstellung seiner Gesundheit auf externe Ressourcen angewiesen. Ressourcen können in verschiedenen Lebensbereichen verfügbar sein. (vgl. ebd., S. 133)

Wie auch bei den internen Anforderungen unterscheidet Becker (2006, S. 133f) folgende Lebensbereiche: (a) Arbeit, Beruf und Ausbildung, (b) Kernfamilie und Partnerschaft, (c) Verwandtschaft und Freundeskreis und (d) sonstige Bereiche (Freizeit, Umwelt, Gemeinde etc.). So könnte zum Beispiel das physiologische Bedürfnis nach Erholung und Atmung durch die physische Ressource intakte Umwelt (aus Lebensbereich (d)) befriedigt werden. Für das Bedürfnis nach Sicherheit/Orientierung und Kontrolle sind psychosoziale Ressourcen wie soziale Unterstützung durch Familienmitglieder (Lebensbereich (b)) oder durch Verwandte, Freunde (Lebensbereich (c)) von Bedeutung. Aber auch ein effizientes Gesundheitssystem, gut funktionierendes Bildungs- und Sozialsystem sowie demokratische und rechtsstaatliche

Rahmenbedingungen spielen eine wichtige Rolle. Weitere externe psychosoziale Ressourcen sind zum Beispiel förderliche Arbeitsbedingungen (gutes Betriebsklima, Wertschätzung, Entwicklung seiner Fähigkeiten), günstige materielle Bedingungen oder aber intakte soziale Netzwerke (Freunde, Vereine, Hobbys). Weitere externe physische Ressourcen sind zum Beispiel gesunde Lebensmittel, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen, Lebensräume etc. (vgl. Becker 2006, S. 134f) Zur Verdeutlichung befindet sich im Anhang eine Übersicht (Tabelle 5) zu den externen Ressourcen.

Interne Ressourcen

Um externe Ressourcen nutzen zu können, müssen Menschen über bestimmte interne Ressourcen verfügen (vgl. ebd., S. 137). Nach Becker (2006, S. 137) sind interne Ressourcen „ *psychosoziale und physische Merkmale einer Person, die sich als vorteilhaft erweisen, weil sie es erleichtern, externe und interne Anforderungen zu bewältigen und externe Ressourcen zu erwerben oder zu bewahren.*“

Becker (2006, S. 137f/184) unterteilt die internen psychosozialen Ressourcen in kognitive Ressourcen (Wissen, Intelligenz, spezifische Fertigkeiten), Persönlichkeitseigenschaften (Extraversion/Offenheit, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit/Kontrolliertheit, Neurotizismus (Big Four); emotionale Intelligenz) und Rollen, Ämter sowie Positionen. Letzteres könnte sowohl Ressourcen als auch Anforderungen sein. Zu den wichtigen internen physischen Ressourcen zählt Becker (2006, S. 137) die körperliche Fitness (Kraft, Ausdauer, Schnelligkeit und Beweglichkeit), einen guten Gesundheitszustand sowie physische Attraktivität. Im Anhang (Tabelle 6) befindet sich eine Übersicht zu den internen Ressourcen.

3. Gesundheitliche Ressourcen

3.1 Eine Einführung in die Ressourcenforschung

Sowohl im Modell der Salutogenese von Antonovsky als auch im systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modell von Becker wird die Bedeutung der Ressourcen für die Gesundheit betont. Die zentrale Frage der Salutogenese lautet: „Was erhält Menschen gesund?“ bzw. „Was schützt Gesundheit?“. In diesem Kapitel wird versucht, auf diese Frage einige Antworten zu finden. Zunächst gilt es aber erst einmal zu klären, was denn genau unter dem Begriff Ressourcen zu verstehen ist.

3.1.1 Definitionen und Begriffe

In der Literatur werden synonym zu Ressourcen vielfach die Begriffe Stärken, Potential, Schutzfaktoren oder Protektivfaktoren verwendet (vgl. Willutzki 2003, S.92; Bengel et al. 2001, S.78; Viehhauser 2000, S. 92). Wie bereits in Kapitel 2 herausgestellt wurde, bilden Ressourcen den Gegenpart zu Problemen, Belastungen, Stressoren, Defiziten einer Person. Im Folgenden sollen einige Definitionen zu Ressourcen vorgestellt werden.

In Abschnitt 2.2 wurde bereits eine erste Definition zu Ressourcen von Becker (2006, S. 133) angeführt. Nach Becker sind Ressourcen *„Mittel oder individuelle Eigenschaften (...), auf die lebende Systeme oder Systemelemente im Bedarfsfall zurückgreifen können, um mit ihrer Hilfe externe oder interne Anforderungen zu bewältigen.“* Antonovsky (1997, S. 19) spricht von generalisierten Widerstandsressourcen, mit deren Aktivierung Spannungszustände erfolgreich bewältigt werden können. Der Stress- und Copingforscher Mathias Jerusalem (1990, S. 27) meint mit Ressourcen *„Eigenschaften der Person, die für viele unterschiedliche Belastungssituationen (...) eine erhöhte Widerstandsfähigkeit mit sich bringen können.“* Weber (2002, S. 466; zitiert nach Becker 2006, S. 131) definiert den Begriff Ressourcen wie folgt: *„Als ‚Ressourcen‘ werden in der Gesundheitspsychologie solche Faktoren bezeichnet, die geeignet sind, die psychische, physische und soziale Gesundheit eines Menschen zu fördern, vor allem bei einer Gefährdung der Gesundheit durch Belastungen und Krankheit.“* Auhagen (2004, S. 7), eine Vertreterin der positiven Psychologie, versteht unter Ressourcen *„eine mögliche Hilfsquelle zum Erreichen von Zielen, Zuständen, Veränderungen, Optimierungen und Ähnlichen.“* Die Psychologen Ray und Keeney (1993; zitiert nach Alpers 2005, S. 335) führen folgende Definition an: *„Mit Ressourcen meinen wir jede Erfahrung, Überzeugung, Einstellung, jedes Verständnis, Ereignis, Verhalten oder jede zwischenmenschliche Gewohnheit, die zu der positiven Wahrnehmung des eigenen Lebens beiträgt.“*

Ressourcen werden also als etwas Positives angesehen. Von ihnen geht eine potentiell positive Wirkung aus. Sie helfen Menschen dabei Anforderungen zu bewältigen, mit Stress fertig zu werden, Belastungen zu ertragen und ihre Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Sie spielen eine bedeutende Rolle bei der Handlungssteuerung und dienen Menschen dazu ihre Ziele zu erreichen und das Leben als positiv zu empfinden.

Nestmann (1996, S. 362f) betont die Schwierigkeit einer exakten Begriffsbestimmung und beklagt die Schwammigkeit und Begriffsvielfalt des Ressourcenbegriffs. Er fasst zusammen: *„Letztlich alles, was von einer bestimmten Person in einer bestimmten Situation wertgeschätzt wird oder als hilfreich erlebt wird, kann als Ressourcen betrachtet werden“* (ebd., S. 362f). Nach Nestmann kann vieles eine Ressource sein und *„definierbar ist sie letztlich nur unter Berücksichtigung spezifischer subjektiver Wertschätzungen der betroffenen Individuen und /oder Gruppen bestimmten Geschlechts, Alters und Status in einer bestimmten Kultur und Gesellschaft zu einer bestimmten Zeit“* (ebd., S. 363).

Im Folgenden soll versucht werden, ein wenig Transparenz in die Thematik zu bringen. Es wird eine Kategorisierung der Ressourcen vorgenommen.

3.1.2 Kategorisierung

Wie bereits in Abschnitt 2.2 beschrieben, teilt Becker Ressourcen in interne und externe sowie psychische und physische Ressourcen ein.

Antonovsky bezeichnet Ressourcen als generalisierte Widerstandsressourcen (GRR) und fasst darunter physische, biochemische, materielle, kognitive, emotionale, motivationale, soziale, kulturelle und makrostrukturelle Ressourcen zusammen (Waller 2006, S. 20). Hurrelmann (2006, S. 121f) verweist in diesen Zusammenhang auf Faltermaier (2005). Faltermaier schlägt aufgrund neuer Forschungsergebnisse eine neue Einteilung vor und untergliedert die Widerstandsressourcen in 3 großen Gruppen: körperlich-konstitutionelle, personal-psychische und soziale GRR.

Hobfoll und Buchwald (2003, S. 13f) unterscheiden im Rahmen ihrer *Theorie der Ressourcenenerhaltung* zwischen Objektressourcen, Bedingungsressourcen, Persönlichkeitsressourcen und Energieressourcen. Zu den Objektressourcen zählen materielle Dinge wie Wohnung, Auto, Kleidung etc., die unseren Bedürfnissen entsprechen oder die allgemein aufgrund von Knappheit oder großer Nachfrage begehrt sind. Mit Bedingungsressourcen sind bestimmte Lebensbedingungen und –umstände (gesichertes Einkommen, eine gute Partnerschaft, Ehe, soziale Beziehungen etc.) gemeint, die wir schätzen und durch die angestrebte Bedingungen wie zum Beispiel Zuwendung oder Status erreicht werden können. Zu den Persönlichkeitsressourcen zählen die Fähigkeiten (berufsbedingte Fähigkeiten, soziale Kompetenzen) und Eigenschaften (Selbstwert, Bewältigungsoptimismus, Kontrollbewusstsein) einer Person. Sie spielen als Ressource eine wichtige Rolle, weil sie zentrale Komponenten eines positiv bewerteten Selbstbildes sind und es ermöglichen wertgeschätzte Zustände wie eine gute

berufliche Position, Ansehen oder Freundschaft zu erreichen. Energieressourcen sind letztendlich bestimmte Mittel (Zeit, Geld, Wissen), die den Erwerb von angestrebten Objekten oder Lebensbedingungen, also weiterer Ressourcen, ermöglichen. (Hobfoll/Buchwald 2003, S. 13f; Viehhauser 2000, S. 38; Nestmann 1996, S. 362)

Nestmann (1996, S. 362) unterscheidet grob zwischen Personensystem- und Umweltsystemressourcen, wobei bei den Umweltressourcen eine Differenzierung in gemeinsame Gruppenmerkmale, soziale Beziehungsressourcen, Institutions- und Programmressourcen sowie Ressourcen der gebauten und natürlichen Umwelt vorgenommen werden kann.

In der Bewältigungsforschung (wie z.B. Jerusalem 1990) wird in der Regel zwischen personalen (individuelle) und sozialen (organisationale) Ressourcen unterschieden. Dabei wird noch mal differenziert zwischen objektiven (tatsächlich vorhandenen) und subjektiven (persönlich wahrgenommenen) Ressourcen. (vgl. Viehhauser 2000, S. 38; Leppin 1994, S. 75; Jerusalem 1990, S. 27f)

Letztlich lassen sich Ressourcen in 2 Gruppen unterteilen. Zusammenfassend unterscheidet Schmolke (2001, S. 47) zwischen innere (Synonym für interne, individuelle, subjektive, personale) physische und psychische Ressourcen und äußere (bzw. externe, objektive) Ressourcen, d.h. physikalische, materielle, biologische, ökologische, soziale, institutionelle, kulturelle, organisationale Ressourcen.

Hinsichtlich der Terminologie wird im Rahmen dieser Arbeit zwischen *internen Ressourcen* und *externen Ressourcen* unterschieden. Nach dieser kurzen Einführung werden in den folgenden Abschnitten die externen sozialen Ressourcen und internen psychischen Ressourcen näher beschrieben. Es wird ein Überblick über externe soziale und interne psychische Ressourcen gegeben und deren Bedeutung für die Gesundheit herausgestellt. Im Rahmen dieser Arbeit wird das Augenmerk vor allem auf die internen psychischen Ressourcen gelegt. Weiterhin werden die Wechselwirkungen zwischen den internen und externen Ressourcen näher beleuchtet.

3.2 Externe soziale Ressourcen

Externe Ressourcen gehen von der Umwelt aus. Sie umfassen alle natürlichen, sozialen und technischen Hilfsmittel bzw. Helfer in der Umwelt (wie z.B. soziale Netzwerke, sozioökonomischer Status, Einkommen, Wohn- und Arbeitsumgebung). (vgl. Willutzki 2000, S. 195) Der Mensch ist zur Bewahrung, Förderung und Wiederherstellung seiner Gesundheit auf externe Ressourcen angewiesen (vgl. Becker 2006, S. 133). In der Gesundheitspsychologie wurde sich hinsichtlich der externen psychosozialen Ressourcen vor allem mit der *sozialen Unterstützung* auseinandergesetzt (vgl. Viehhauser 2000, S. 88). Diese soll im Folgenden näher beleuchtet werden. Dabei soll herausgestellt werden, inwieweit die Ressource soziale Unterstützung eine protektive Wirkung auf die Gesundheit hat.

Soziale Unterstützung

In der Literatur wird in Verbindung mit der sozialen Unterstützung oft der Oberbegriff sozialer Rückhalt verwendet, der sich untergliedert in *soziale Integration* und soziale Unterstützung (vgl. Schwarzer 1993, S. 52).

Mit sozialer Integration ist die Einbettung in ein soziales Netzwerk gemeint. Inwieweit eine Person „sozial integriert“ ist, ist zum Beispiel zu erkennen am Familienstand (ledig oder verheiratet), an der Zahl der Verwandten, Freunden und Bekannten, an der Häufigkeit an Kontakten oder an der Dauer, Reziprozität und Homogenität der sozialen Einbettung. Die soziale Integration umfasst also quantitative und strukturelle Aspekte von Sozialbeziehungen und kann als wichtige Voraussetzung für die soziale Unterstützung gesehen werden. Denn wer keine weiteren Kontakte hat, muss sich alleine durchkämpfen und hat weniger Chancen, Unterstützung bei der Bewältigung von Anforderungen zu bekommen. (vgl. ebd., S. 52)

Bei der sozialen Unterstützung geht es um die Interaktion zwischen zwei oder mehreren Menschen, die besteht um ein *„Problemzustand, der bei einem Betroffenen Leid erzeugt, zu verändern oder zumindest das Ertragen dieses Zustandes zu erleichtern, wenn sich objektiv nichts ändern lässt“* (ebd., S. 52). Die soziale Unterstützung beschreibt also mehr den qualitativen oder funktionalen Aspekt von Sozialbeziehungen. Dabei kann bei der sozialen Unterstützung noch einmal unterschieden werden zwischen der erwarteten (wahrgenommenen) Unterstützung und der tatsächlich erhaltenen Unterstützung. Die erhaltene Unterstützung umfasst die in der Vergangenheit tatsächlich erfahrene Zuwendung und Hilfeleistung. Die erwartete Unterstützung bezieht sich auf die subjektive Einschätzung, im allgemeinen oder aber auch im Falle der Notwendigkeit über soziale Unterstützung verfügen zu können. Beide Formen können wiederum in die emotionale, instrumentelle und informationelle Unterstützung untergliedert werden. (vgl. Viehhauser 1994 S. 92f, S. 88f; Schwarzer 1993, S. 52f)

Im Zusammenhang mit der erwarteten Unterstützung verweist Schwarzer (1993, S. 52) auf Sarason und Shearin (1986), in deren durchgeführten Untersuchungen alle Maße erwarteter Unterstützung hoch untereinander und mit Persönlichkeitsmerkmalen korrelierten. Sie sind der Auffassung, dass erwartete Unterstützung hauptsächlich auf der Überzeugung beruht, von der Umgebung anerkannt, geliebt und geschätzt zu werden, woraus die Annahmen über mögliche Unterstützungsleistungen entstehen. Ein grundlegendes Vertrauen in Anerkennung kann als stabile Persönlichkeitsvariable gesehen werden und als wesentliche Voraussetzung zur Wahrnehmung von Unterstützung, unabhängig vom Umfang der tatsächlich erbrachten Unterstützung der sozialen Umwelt. Letztlich ist die erwartete Unterstützung nicht nur abhängig von quantitativen Faktoren wie die Anzahl der Kontakte, sondern auch von personalen Merkmalen. Zum Beispiel schätzen Personen mit einem labilen Selbstkonzept ihre Unterstützung im Bedarfsfall durch andere eher gering ein. (vgl. Leppin 1994, S. 93f; Schwarzer 1993, S. 53/61)

Soziale Unterstützung hängt wesentlich vom aktiven Austausch zwischen der Person und ihrer Umwelt ab. Es reicht nicht nur einfach aus, dass soziale Unterstützung angeboten wird,

sondern sie muss auch von der Person wahrgenommen und entgegengenommen werden. Weiterhin ist es davon abhängig, ob eine Person soziale Unterstützung erhält, inwieweit sie sozial eingebettet ist, Hilfe erwartet und sozial kompetent ist, soziale Netze zu mobilisieren. Wie bereits oben angedeutet kann davon ausgegangen werden, dass die soziale Unterstützung in vielerlei Hinsicht mit den personalen Ressourcen interagiert. (vgl. Viehhauser 2000, S. 94; Schmolke 2001, S. 49; Schwarzer 1993, S. 62)

Soziale Unterstützung und Gesundheit

Viehhauser (2000, S. 95) fasst zusammen, dass zahlreiche Belege den positiven Effekt der sozialen Unterstützung in Bezug auf die Gesundheit bestätigen. Er betont aber auch, dass weiterhin Forschungsbedarf gerade hinsichtlich einzelner Wirkmechanismen besteht. Im Folgenden werden die positiven Effekte der sozialen Unterstützung näher beschrieben.

Im Zusammenhang mit Stress und kritischen Lebensereignissen wird immer wieder die Pufferfunktion von sozialer Unterstützung betont. Demnach kann soziale Einbettung vor den psychischen oder körperlichen Folgen kritischer Lebensereignisse schützen. Sie kann Personen dazu verhelfen, mit belastenden Ereignissen umzugehen und eine günstige Verarbeitung der Situation bewirken, indem sie dazu führt, dass Belastungen von vorneherein als geringer wahrgenommen bzw. als weniger bedrohlich eingeschätzt werden. Oder indem sie dazu führt, dass innerhalb des Bewältigungsprozesses durch Inanspruchnahme der Unterstützung (emotionale, informationelle oder instrumentelle) eine Erleichterung eintritt (vgl. Hurrelmann 1994, S. 119; Schwarzer 1993; S. 59). Schwarzer (1993, S. 65f). berichtet über eine von Schwarzer, Hahn und Jerusalem von 1989 bis 1991 durchgeführte Studie, die den häufig angenommenen Puffereffekt sozialer Unterstützung eindrucksvoll widerspiegelt. In der Studie geht es um den Anpassungs- und Bewältigungsprozess der Flüchtlinge und Migranten aus Ostdeutschland. Insgesamt wurden in die Analyse 4 Gruppen einbezogen: Langzeitarbeitslose mit wenig Unterstützung durch andere, Langzeitarbeitslose mit einem hohen Ausmaß an Unterstützung, Erwerbstätige mit wenig Unterstützung und Erwerbstätige mit viel Unterstützung. Während die Erwerbstätigen, unabhängig ob mit oder ohne Unterstützung, die wenigsten körperlichen Beschwerden hatten, berichteten die Langzeitarbeitslosen, die gleichzeitig zwei Stressfaktoren (arbeitslos und wenig Unterstützung) ausgesetzt waren, am meisten über körperliche Symptome. Das Ausmaß an Depressivität und Ängstlichkeit war vergleichsweise sehr hoch. Im Gegenzug dazu, war zu beobachten, dass sich das Wohlbefinden der Arbeitslosen mit sozialer Unterstützung drastisch verbesserte. (vgl. Schwarzer 1993, S. 66f)

Es wird angenommen, dass soziale Unterstützung nicht nur in kritischen Situationen eine protektive Wirkung hat. Wie bereits angedeutet, kann allein das Gefühl der Anerkennung, Akzeptanz, das Gefühl sozial eingebettet zu sein oder die subjektive Überzeugung, Hilfe im Notfall

erwarten zu können, eine wohltuende Wirkung auf die psychophysiologische Befindlichkeit haben (Haupteffekt). Als besonders förderlich für Gesundheit und Wohlbefinden haben sich bisher das Erleben von emotionaler Nähe, Intimität, Zusammenhalt und Konfliktfreiheit sowie das Gefühl von Akzeptanz erwiesen. (vgl. Viehhauser 2000, S. 90/95; Schwarzer 1993, S. 59) Soziale Unterstützung kann überhaupt die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt einer belastenden Situation verringern, weil zum Beispiel eine gute soziale Einbettung Kompetenzdefizite kompensiert (Abschirmwirkung) (vgl. Hurrelmann S. 118).

Neben den eben beschriebenen indirekten Effekten (vermittelt über Bewältigungsverhalten, Stresseinschätzung und –bewertung) wurden auch direkte Effekte (vermittelt über Immunsystem und kardiovaskuläre Reaktivität) der sozialen Unterstützung im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand festgestellt. Viehhauser (2000, S. 92) verweist auf eine Studie von Esterling, Kiecolt-Glaser, Bodnar und Glaser (1995), bei der ein Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und den Immunstatus gemessen wurde. Weiterhin konnten in mehreren Studien ein Zusammenhang zwischen sozialen Rückhalt und den Überlebensraten von Herzinfarktpatienten festgestellt werden (vgl. ebd., S. 92f). Viehhauser (2000, S. 93) verweist auf eine weitere Studie von Schwarzer und Leppin (1989), die in einer Meta-Analyse mit 80 Studien und 60936 Personen, 110 unabhängige Zusammenhänge zwischen sozialen Rückhalt und Morbidität sowie Mortalität ermittelt haben.

3.3 Interne psychische Ressourcen

Im weiteren Sinne umfassen interne psychische Ressourcen ein durch Lernen erworbenes Wissen über die Umwelt und die eigene Person, welches das Handeln, Erleben, Denken und Wahrnehmen beeinflusst. Neben den generalisierten Einstellungen gehören zu den internen psychischen Ressourcen auch intellektuelle und interpersonale Fähigkeiten und Fertigkeiten, wie z.B. analytische Fähigkeiten, Fakten- und Lösungswissen, soziale Kompetenzen sowie kommunikative Fähigkeiten. Mitunter umfassen interne psychische Ressourcen auch Bewältigungsdispositionen, das habituelle Gesundheitsverhalten sowie das habituelle Wohlbefinden. (vgl. Viehhauser 2000, S. 39)

Im engeren Sinne sind mit den internen psychischen Ressourcen besonders die kognitiven Ressourcen bzw. Persönlichkeitsmerkmale sowie Denk- oder Verhaltensstile gemeint (vgl. ebd., S. 39). Kraft et al. (1994, S. 219) verstehen beispielsweise unter interne psychische Ressourcen *„habituelle, d.h. situationskonstante, aber zugleich flexible gesundheitserhaltende und –wiederherstellende Handlungsmuster sowie kognitive Überzeugungssysteme der Person, die differentialpsychologisch als Persönlichkeitskonstrukte beschrieben werden.“* Dazu zählen zum Beispiel Einzelkonstrukte wie die Kontrollüberzeugung (Rotter, 1966), das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1977), Dispositionaler Optimismus (Scheier & Carver, 1985), Positive Illusionen (Taylor, Collins, Skokan & Aspinwall, 1989), Selbstkomplexität

(Linville, 1985), die multidimensionalen Konstrukte Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1979, 1987) und Hardiness (Kobasa, 1979) (vgl. Viehhauser 2000, S. 39f/47ff).

Nach Schütz et al. (2004, S. 17) sind die Konstrukte Optimismus, Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitserwartung neben der positiv konnotierten Bewältigung die relevantesten Teilaspekte des *Positiven Denkens*. Nestmann (1996, S. 369) betont ihre empirisch nachgewiesene Wirksamkeit sowie vielseitigen Funktionen. Im Abschnitt 3.3.1 wird sich mit dem *Positiven Denken* und seinen Teilaspekten intensiver auseinandergesetzt.

Neben den kognitiven Stilen und Persönlichkeitsressourcen zählt Viehhauser (2000, S. 39f/47ff) weiterhin zu den internen psychischen Ressourcen Selbstregulations- und Bewältigungskompetenzen (wie z.B. das Effektives Coping, Selbstkontrollfähigkeit, Erholungsfähigkeit) sowie das habituelle euthyme Erleben und Verhalten (positive Alltagsereignisse, Genussfähigkeit, Flow, Lachen und Humor).

Kraft et al. (1994, S. 236f) schlagen eine Differenzierung der intern psychischen Ressourcen in *Vordergrund-Ressourcen* und *Hintergrund-Ressourcen* vor. Ein gutes Selbstkonzept könnte zum Beispiel eine Hintergrund-Ressource sein und etwa über eine positive Einstellung bzw. eigene positive Einschätzung dazu verhelfen mit Anforderungen umzugehen. Persönliche Kompetenzen als konkrete Vordergrund-Ressource können direkt dazu verhelfen, bestimmte Situationen zu bewältigen.

Becker (2006, S. 137f) unterscheidet zwischen *anforderungsspezifische* und *unspezifische globale Ressourcen*. Ressourcen sind anforderungsspezifisch, wenn sie sich nur in Zusammenhang mit bestimmten Anforderungen (z.B. berufsbezogenen) als effektiv erweisen. Unspezifische globale Ressourcen (wie z.B. bestimmte Persönlichkeitseigenschaften, soziale Fähigkeiten) sind gekennzeichnet durch eine breite Anwendbarkeit.

Einige Autoren (Schmolke (2001, S. 48) verweist z.B. auf Kobasa et al. (1982)) gehen davon aus, dass sich intern psychische Ressourcen in Form von bestimmten Bewältigungsstrategien ausdrücken und wirksam werden. Ein genauer Zusammenhang konnte bisher jedoch nicht durch Messungen bestätigt werden. Nach Schmolke (2001, S. 48) sollten daher die stärker verhaltensorientierten Bewältigungsstrategien getrennt von den intern psychischen Ressourcen betrachtet und erhoben werden. Zu den gesundheitsförderlichen Bewältigungsstrategien gehören zum Beispiel aktives problemlöseorientiertes Coping, kurzfristig aber auch vermeidende Strategien, die Suche nach sozialer Unterstützung, eine positive Umdeutung der Situation sowie expressive Bewältigungsstrategien (emotionsorientiertes Coping) (vgl. Viehhauser 2000, S. 97f).

Autoren und Autorinnen der positiven Psychologie setzen den Fokus der Aufmerksamkeit auf die *menschlichen Stärken* (human strengths), welche aber auch als Unterklasse der personalen Ressourcen beschrieben werden können (vgl. Auhagen 2004, S. 4f). Nach Seligmann (2002, S. 5; 2003, S. 226) sind Stärken *positive human traits*, die gemessen und erworben werden können. Stärken umfassen stabile und prozessorientierte Eigenschaften, die eine positive Haltung zum

Leben bewirken wie das positive Denken, Hoffnung, Humor, das Erleben von Sinnhaftigkeit in Lebensereignissen, Beharrlichkeit und Wachstum. Weiterhin werden sie als Fähigkeiten verstanden, die das Leben zu begünstigen scheinen, wie etwa kommunikative Fertigkeiten, Kreativität und Intelligenz. (vgl. Auhagen 2004, S. 5) Es sind Überschneidungen zum oben beschriebenen Ressourcenbegriff zu erkennen. Stärken umfassen aber noch eine weitere, bisher in dieser Arbeit nicht betrachtete, Komponente. Gemeint sind die so genannten Tugenden, also Konzepte, die stark ethisch orientiert sind wie Verzeihen, mitmenschliche Güte, Mitgefühl, Solidarität, Demut, Empathie und Altruismus (vgl. Auhagen 2004, S. 5).

Nach Seligmann (2003, S. 226) zeichnet einen tugendhaften Menschen aus, dass er zumindest die meisten der sechs ubiquitären Tugenden Weisheit, Mut, Menschlichkeit, Gerechtigkeit, Mäßigung und Transzendenz ausübt. Diese Tugenden gehören zu den abstrakten Tugenden, zu denen es mehrere unterscheidbare Zugänge gibt. Diese Zugänge bezeichnet Seligmann (2006, S. 230ff) als Stärken. Eine Person kann zum Beispiel die Tugend der Gerechtigkeit durch Fairness, Loyalität und Teamwork oder humane Menschenführung unter Beweis stellen. Zu Mäßigung zählen z.B. die Stärken Demut und Bescheidenheit sowie Ermessen und Vorsicht. Im Zusammenhang mit Transzendenz stehen z.B. Dankbarkeit, Spiritualität, Vergebung, Hoffnung sowie Optimismus. Insgesamt führt Seligmann 24 Stärken an.

Wie in den Ausführungen deutlich wurde, gibt es eine Reihe von gesundheitlichen Ressourcen. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, werden im Folgenden nur einige davon näher vorgestellt. Es handelt sich dabei um die Kontrollüberzeugung, die Selbstwirksamkeitserwartung, positiv konnotierte Bewältigungsreaktionen und den Optimismus. Sie gehören zu den wichtigsten Teilspekten des Konzepts des positiven Denkens.

3.3.1 Positives Denken

Das Konstrukt des *Positiven Denkens* hat spätestens mit der weiten Verbreitung des Klassikers „Sorge dich nicht –lebe!“ von Dale Carnegie (1936/ 1948) im Bereich der populärwissenschaftlichen, angewandten Psychologie stark an Zuspruch erfahren. Auch heute noch ist das Interesse am Positiven Denken groß. Eine unüberschaubare Anzahl an Ratgeberliteratur und Trainingsseminaren sowie Kursen werden zu diesem Thema auf dem Markt angeboten, die ein Mehr an Gesundheit, Wohlbefinden und Erfolg durch positives Denken versprechen. Trotz seines Zuspruches musste das Konzept des positiven Denkens wegen seinen Gefahren in den letzten Jahren aber auch zunehmend Kritik erfahren. (vgl. Schütz/Hoge 2007, S. 15/23; Schütz et al. 2004, S. 16)

Der Begriff Positives Denken stammt wie bereits angedeutet aus der Alltagspsychologie und beschreibt eine bejahende, hoffungsvolle, zuversichtliche Haltung. In der Psychologie existiert der Begriff Positives Denken nicht als wissenschaftlicher Fachausdruck. Um ihn für die Fachliteratur zugänglich zu machen, schlagen Schütz et al. (2004, S. 16f) sowie Schütz und Hoge (2007, S. 27)

vor, Positives Denken als Oberbegriff für bestimmte wissenschaftlich untersuchte Konzepte anzusehen, die in Zusammenhang mit einer positiven Sichtweise stehen. Zu den bedeutsamsten zählen Schütz et al. (2004, S. 16f) die Kontrollüberzeugung, die Selbstwirksamkeitserwartung positiv konnotierte Bewältigungsreaktionen und den Optimismus. Diese werden in den folgenden Abschnitten näher beschrieben. Im Zuge der Beschreibung der Konzepte soll herausgestellt werden, inwieweit die einzelnen Ressourcen eine positive Wirkung auf die Gesundheit haben. Weiterhin werden die Ursprünge des Positiven Denkens näher beleuchtet und Verfahren zur Veränderung pessimistischer Denkmuster vorgestellt.

3.3.1.1 Kontrollüberzeugungen

a) Konzept der Kontrollüberzeugung

Das Konzept der Kontrollüberzeugung, eines der ältesten und wohl bekanntesten in der Gesundheitspsychologie, wurde von Julian Rotter (1954) entwickelt. Es umfasst das Ausmaß an Überzeugung, das eigene Schicksal beeinflussen bzw. kontrollieren zu können. Grundsätzlich wird unterschieden zwischen einer internalen und externalen Kontrollüberzeugung. Personen mit einer internalen Kontrollüberzeugung glauben, dass positive Lebensereignisse auf ihre Fähigkeiten, ihr Verhalten oder anderen persönlichen Einflüssen beruhen. Sie sind der Meinung, dass das eigene Schicksal durch sie selbst gesteuert werden kann. Externale Kontrollüberzeugungen liegen vor, wenn Personen glauben, dass sie ihr Schicksal gar nicht oder nur geringfügig steuern können und es von externen Kräften abhängig ist. (vgl. Schütz/Hoge 2007, S. 28; Viehhauser 2000, S. 47)

b) Kontrollüberzeugungen und Gesundheit

Während von der externalen Kontrollüberzeugung eher eine negative Wirkung auf die Gesundheit ausgeht, konnten bei der internalen Kontrollüberzeugung in einer Reihe von Untersuchungen zahlreiche Bezüge zur Gesundheit hergestellt werden. Die interne Kontrollüberzeugung kann sowohl einen direkten als auch indirekten positiven Einfluss auf die Gesundheit haben. (vgl. Viehhauser 2000, S. 48ff)

Kontrollüberzeugung und Stresswahrnehmung

Nach Kohlmann (1990, S. 53) spielt der Grad der Kontrollüberzeugung in Verbindung mit der Stresswahrnehmung eine zentrale Rolle: *„So treten in Situationen, die als subjektiv kontrollierbar erlebt werden, die negativen Wirkungen von Stressoren in abgeschwächter Form auf.“* Er verweist dabei auf die Beiträge von Krampen (1982) und Lefcourt (1983) über Untersuchungen, die positive Beziehungen zwischen Stresserleben und externaler Kontrollüberzeugung sowie Stressverarbeitung und internaler Kontrollüberzeugung belegen. Viehhauser (2000, S. 49) weist aber auch auf die Gefahren überzogener Kontrollbedürfnisse hin. Er stützt sich dabei auf das Konzept der

Kontrollkosten von Semmer (1990). Danach kann ein zu einseitiges und übermäßiges Streben nach persönlicher Kontrolle die positive Wirkung des Kontrollerlebens vernichten und zu mehr Stress führen und letztlich die Gesundheit gefährden.

Weiterhin verweist Viehhauser (2008, S. 49) auf Rosemann et al. (1975). Nach den Untersuchungen von Rosemann et al. und Smith & Anderson (1986) bekommen Typ-A-Personen (wettbewerbsorientiert, feindseelig, ungeduldig, aggressiv, Perfektionsstreben, hohes Planungsbedürfnis, stellte hohe Anforderungen an sich, steht unter Zeitdruck) häufiger Herzinfarkte als Typ-B-Personen („gesunde“ Persönlichkeitsvariante) (vgl. Kaluza 1996; S. 36f). Feather und Volkmer (vgl. URL: 1988) zufolge korrelieren Typ-A-Personen mit hoher internaler und geringer externaler Kontrolle.

Kontrollüberzeugung und Bewältigungsverhalten

Eine internale Kontrollüberzeugung kann sich positiv auf das Bewältigungsverhalten auswirken und zu einer erfolgreichen Krankheitsbewältigung beitragen. Es liegen Hinweise vor, die darauf hindeuten, dass Personen mit internaler Kontrollüberzeugung aktiver und erfolgreicher während der Behandlung mitwirken und eine höhere Motivation bei der Krankheitsbewältigung besitzen als external orientierte Personen. (vgl. Viehhauser 2000, S. 50f) Es existieren aber auch eine Reihe von Studien, in denen keine weiteren Zusammenhänge festgestellt worden sind. Oder in denen eine hohe internale Ausprägung mit einer adaptionerschwärenden Wirkung verbunden war, was vor allem bei schwerwiegenden, objektiv nur wenig kontrollierbaren Erkrankungen zu beobachten war. Viehhauser (2000, S. 51) verweist in diesen Zusammenhang auf Beobachtungen von Afflek, Tennen, Pfeiffer und Fifield (1987) sowie Marks, Richardson, Graham und Levine (1986).

Kontrollüberzeugung und emotionale Verfassung

Es liegen Hinweise vor, die einen Zusammenhang zwischen internaler Kontrollüberzeugung und emotionaler Stabilität sowie psychischer Regulation bestätigen. Viehhauser (2000, S. 49f) stützt sich dabei auf die Aussagen von Mineka & Kelly (1989) sowie Grob, Flammer, Kaiser & Lüthi (1989). Im Gegenzug dazu kann die Überzeugung davon, dass der eigene Zustand schicksalsabhängig sei, gerade bei chronisch erkrankten Patienten zu einem „*Gefühl der Hoffnungslosigkeit, das mit resignativen und depressiven Tendenzen verbunden ist und gleichzeitig durch das Gefühl des Ausgeliefertseins an die gegebenen Bedingungen Ängste auslöst*“ (Lohaus 1992, S. 81, zitiert nach Viehhauser 2000, S. 50) führen.

Kontrollüberzeugung Immunsystem und Gesundheit

Weiterhin existieren eine Reihe von Untersuchungen, die auf einen direkten Einfluss des Kontrollbewusstseins auf verschiedene Parameter des Immunsystems bzw. auf Krankheiten

hinweisen, bei denen der pathologische Verlauf der Erkrankung stark vom Körperabwehrsystem abhängig ist (v.a. Infektionen, Krebs, Allergien) (vgl. Viehhauser 2000, S. 51f). Viehhauser (2000, S. 52) verweist in diesen Zusammenhang auf die so genannten „Yoked-control-Experimente“. Dabei werden zwei Tiere demselben Stressor ausgesetzt, z.B. in Form von Elektroschocks. Während die eine Gruppe von Tieren die Möglichkeit hat, den Stressor zu beseitigen (durch Ausschalten des Schocks mittels Hebeldruck), verfügen die anderen Tiere keine weitere Kontrolle über den Stressor. Bei den Tieren, die den Stressor ausgeliefert waren, konnte eine eingeschränkte Immunfunktion bzw. ein verstärktes Tumorstadium festgestellt werden, was nicht auf den Stressor sondern auf den Kontrollverlust (bzw. die erlernte Hilflosigkeit) zurückzuführen ist.

Kontrollüberzeugung und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten

Auch in Verbindung mit dem Gesundheits- und Risikoverhalten wird angenommen, dass je mehr eine Person der Überzeugung ist, dass seine Gesundheit unter der Einflussnahme seines eigenen Verhalten steht, sie sich umso eher gesundheitsförderlich verhält. Aber auch hier ist die Befundlage nicht eindeutig. Es existieren eine Reihe von Studien die keine weiteren Zusammenhänge festgestellt haben. Auch wenn eine Person der Überzeugung ist, dass seine Gesundheit von seinem Verhalten abhängig ist, muss das nicht automatisch bedeuten, dass er seine Gesundheit für förderungswürdig hält, die notwendigen Kenntnisse dafür hat oder sich kompetent dafür hält. Hier spielt wiederum die Selbstwirksamkeit eine wichtige Rolle. Für chronisch Kranke kann aber auch eine hohe Ausprägung des sozialen, externalen Kontrollbewusstseins (z.B. Glaube an Macht der Ärzte, Erfahrungsaustausch) von Bedeutung sein und u. a. zu einer besseren Compliance führen. (vgl. Viehhauser 2000, S. 47f)

c) Diagnose

Zur Erfassung der internalen und externalen Kontrollüberzeugung und zur Untersuchung der Auswirkungen der unterschiedlichen Einstellungen entwickelte Rotter (1966) dazu den ersten Fragebogen mit 29 Aussagenpaaren. Es folgten eine Reihe weiterer Fragebögen. Die Fragebögen wurden teilweise kürzer und spezifischer. So wurden zum Beispiel Fragebögen zur bereichsspezifischen Erfassung der Kontrollüberzeugung entwickelt, wie etwa zu den Themen Beruf (Spector, 1988) oder Gesundheit (Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit (KKG) von Lohaus & Schmitt; Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen von Krampen, 1991). (vgl. Schütz/Hoge 2007, S. 28; URL: Hänsel 2008, S. 10)

3.3.1.2 Selbstwirksamkeitserwartung

a) Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung

Das Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung wurde von Albert Bandura (1977) auf der Basis seiner kognitiven Lerntheorie entwickelt und wird häufig als Weiterentwicklung des Konstruktes der Kontrollüberzeugung gesehen (vgl. Viehhauser 2000, S. 54). Die Selbstwirksamkeitserwartung umfasst die Überzeugung einer Person, einen wirksamen Einfluss auf ein Ereignis ausüben zu können und dass sie die gewünschten Ergebnisse, die sie gerne erreichen möchte, durch entsprechende Handlungen oder Verhaltensweisen umsetzen kann (vgl. Schütz et al. 2004, S. 17). Unterschieden werden zwei Komponenten: a) Konsequenzerwartung und b) Kompetenzerwartung. Die Konsequenzerwartung bezieht sich auf die Einschätzung, dass eine bestimmte Handlung dazu geeignet ist, ein bestimmtes Ergebnis zu erreichen. Bei der Kompetenzerwartung geht es um die Einschätzung einer Person, selbst in der Lage zu sein, eine Handlung ausführen zu können. Letztlich zählt nicht nur der Glaube daran, dass eine bestimmte Handlung dazu geeignet ist, ein bestimmtes Ergebnis herzustellen, sondern die Überzeugung die entsprechende Handlung auch ausführen zu können. (vgl. Schütz et al. 2004, S. 18; Leppin 1994, S. 78) Bandura (1986, S. 391; zitiert nach Leppin 1994, S. 77) definiert Selbstwirksamkeit dementsprechend als *„people`s judgments of their capabilities to organize and execute courses of action required to attain designated types of performances. It is concerned not with the skills one has but with judgments of what one can do with whatever skills one possesses.“* Diese subjektiven Einschätzungen eigener Selbstwirksamkeit lassen sich differenzieren hinsichtlich ihres Niveaus (Komplexität bzw. Schwierigkeitsgrad der Aufgaben, für die Kompetenzeinschätzungen existieren), ihrer Allgemeinheit (Situationsgeneralität der Erwartungen) und ihrer Stärke (Stabilität von Kontrollüberzeugungen bei widersprechenden Erfahrungen) (vgl. Jerausalem 1990, S. 33).

In seinen empirischen Untersuchungen hat Bandura die Selbstwirksamkeitserwartung immer hochspezifisch (bezogen auf einzelne Leistungsbereiche) operationalisiert. Generalisierte Konstrukte wurden von anderen Autoren verfasst. (vgl. Viehhauser 2000, S. 54; Jerausalem 1990, S. 32) So konstruierte Jerusalem das Konstrukt *allgemeine Selbstwirksamkeit* und definiert es als *„generalisierte Überzeugung der Person, aufgrund der eigenen Kompetenzen mit unterschiedlichen Problemen erfolgreich umgehen zu können“* (Jerausalem 1990, S. 40). Als personale Ressource versteht Jerausalem (1990, S. 33) primär die *situationsübergreifenden dispositionsähnlichen Erwartungen eigener Selbstwirksamkeit*.

Bezogen auf die Entstehung der Selbstwirksamkeitserwartung nennt Bandura (1977) vier entscheidende Quellen: Eigene Handlungserfahrungen, stellvertretende Erfahrungen, symbolische Erfahrung sowie wahrgenommene Erregung, wobei die erste die wichtigste und überzeugendste Informationsquelle darstellt. Hat eine Person die konkrete Erfahrung gemacht, dass ein bestimmtes

Verhalten zu dem gewünschten Ergebnis führt, wird sie in der Regel davon ausgehen, dieses Verhalten auch zukünftig erfolgreich ausführen zu können. (vgl. Leppin 1994, S. 79f)

b) Selbstwirksamkeitserwartung und Gesundheit

Hinsichtlich der gesundheitlichen Bedeutung der Selbstwirksamkeitserwartung ist die dazu existierende Befundlage ziemlich vielversprechend. Im Vergleich zur Kontrollüberzeugung liegt bei der Selbstwirksamkeitserwartung „relative“ Einstimmigkeit über ihre positive Wirkung als Ressource vor. Scheinbar spielt die eigene Kompetenzerwartung für die Gesundheit eine größere Rolle als die Erwartung der Kontrollierbarkeit von Ereignissen. (vgl. Viehhauser 2000, S. 61)

Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung wirkt unterstützend beim Aufbau von Gesundheitsverhalten, dem Abbau von Risikoverhalten als auch bei der Wahrnehmung und der Bewältigung von Stress (ebd., S. 57ff). Darüber hinaus kann auch ein direkter Einfluss (z.B. auf das Immunsystem) in Betracht gezogen werden. Viehhauser (2000, S. 60f) verweist dabei auf eine Untersuchung von Bandura, Taylor, Williams, Mefford und Barchas (1985), in der sie einen Zusammenhang zwischen direkten physiologischen Effekten und der Selbstwirksamkeitserwartung nachweisen konnten.

Selbstwirksamkeit und Gesundheitsverhalten

Innerhalb der Theorie der Selbstwirksamkeit wird davon ausgegangen, dass die Entscheidung einer Person für oder gegen gesundheitsförderliche Verhaltensweisen bzw. für oder gegen das Ablegen von Risikoverhalten entscheidend davon beeinflusst wird, inwieweit die Person das Vertrauen besitzt, ihr eigenes Verhalten entsprechend regulieren zu können. Dies ist vor allem für die langfristige Aufrechterhaltung gesundheitsförderlichem Handeln sowie für die Vorbeugung von Rückfällen entscheidend. Während Personen mit einer niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung dazu neigen, schnell in alte gesundheitsschädliche Verhaltensweisen zurückzufallen, betrachten Personen, die darauf vertrauen, dass sie ihr Verhalten selbst regulieren können, einen Rückfall als zeitlich begrenzt und sind danach bestrebt die verlorene Kontrolle wiederzuerlangen. (vgl. Viehhauser 2000, S. 57) So hat die Selbstwirksamkeitstheorie bereits bei einer Reihe von gesundheitspsychologischen Problemen Anwendung gefunden und konnte weitgehend bestätigt werden. Es hat sich gezeigt, dass Personen mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung eher die Fähigkeit besitzen gesundheitsschädliche Verhaltensweisen abzubauen und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen über einen längeren Zeitraum aufrecht zu erhalten. Sie müssen aber auch von der Notwendigkeit überzeugt und fest entschlossen sein. (vgl. Schwarzer 1996, S. 37) Schwarzer (1996, S. 37ff) hat eine Reihe von Studien aufgelistet und näher beschrieben, die den Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Gesundheitsverhalten untersuchen. Darunter befinden sich Studien zur Raucherentwöhnung und Kompetenzerwartung, Sexuelles

Risikoverhalten, Schmerztoleranz, Gewichtskontrolle, Compliance und körperliche Aktivität, zu der eine Reihe bedeutsamer Ergebnisse vorliegen.

Selbstwirksamkeit und Stresserleben

Nach Jerusalem (1990, S. 11f/34f) und Schwarzer (1996, S. 155) ist die Überzeugung davon, spezifische Anforderungen durch eigenes kompetentes Handeln unter Kontrolle bringen zu können, eine wichtige Ressource. Personen mit einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung werden mehr Stress erleben und weniger hartnäckig und konstruktiv den Anforderungen begegnen. Personen mit einer hohen Selbstwirksamkeit sehen eine Anforderung eher als Herausforderung an und nicht als Bedrohung. Sie tendieren weniger dazu, potentiell selbstwertbedrohliche Misserfolge als Konsequenz der eigenen Unfähigkeit anzusehen und besitzen die subjektive Überzeugung, dass die eigenen Kompetenzen entscheidend für persönliche Erfolge sind.

Selbstwirksamkeit und Bewältigungsverhalten

In der Bewältigung chronischer Krankheiten hat sich die Selbstwirksamkeitserwartung als wichtige Ressource erwiesen. Viehhauser (2000, S. 59f) verweist auf Schwarzer (1992) und Schröder (1997), die einen Überblick über Untersuchungen gegeben haben und den Ressourcencharakter weitgehend bestätigten. Beispielsweise stellten sich die Selbstwirksamkeitserwartungen als wichtige Prädiktoren der kardiovaskulären Belastbarkeit von Koronarpatienten und der Rehabilitation von Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen heraus. Es wurde ein Zusammenhang zu einer effizienteren Schmerzkontrolle und einer höheren Lebensqualität festgestellt sowie eine positive Wirkung auf das emotionale Befinden (z.B. verminderte Angst und Depressivität).

c) *Diagnose*

Zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung haben Jerusalem und Schwarzer (1981) für den deutschsprachigen Raum eine 20-Item Skala entwickelt, die sie als *Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung* bezeichneten. Diese wurde später um 10 Items gekürzt. Es handelt sich hierbei um die Erfassung der generalisierten Selbstwirksamkeit. Personen besitzen eine hohe Selbstwirksamkeit, wenn sie Aussagen zustimmen wie „Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich mich immer auf meine Intelligenz verlassen kann.“ oder „Wenn mir jemand Widerstand leistet, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.“. (vgl. Schwarzer 1996, S. 36)

3.3.1.3 *Optimismus*

a) *Konzept des Optimismus*

Scheier und Carver (2002, S. 232f), die das *Konstrukt des dispositionalen Optimismus* entwickelten, definieren Optimismus als generalisierte positive Erwartungen hinsichtlich zukünftiger Ergebnisse. Der Optimismus erweist sich als relativ stabile Persönlichkeitsdisposition, die bewirkt, dass Personen dazu tendieren, positive Ereignisse zu erwarten sowie hoffnungsvoll und zuversichtlich darüber zu sein, dass die Zukunft Gutes birgt und die Dinge sich zum Guten wenden. Dadurch sind sie in schwierigen Situationen eher in der Lage, ihre Motivation zur Erreichung angestrebter Ziele aufrecht zu erhalten.

Seligman (1999, S. 84) betont, dass es sich beim Optimismus nicht um aufmunternde Phrasen oder Erfolgsphantasien handelt, sondern um eine „*Art und Weise, wie man Ursachen beurteilt. Jeder von uns hat seine Gewohnheiten, sich über Ursachen Gedanken zu machen-ein Persönlichkeitsmerkmal, das ich <<Erklärungsstil>> nenne.*“ Dabei unterscheidet Seligman (2003, S. 151) zwischen zwei Dimensionen: *Permanenz* und *Allumfassendheit*.

Permanenz

Besonders pessimistisch eingestellte Personen glauben, dass die Gründe schlechter Ereignisse, die ihnen widerfahren, *permanent* bestehen bleiben und ihr Leben fortwährend negativ beeinflussen werden. Optimistisch eingestellte Personen glauben, dass die Ursachen schlechter Ereignisse nur vorübergehend (*temporär*) sind. Zur Verdeutlichung ist im Anhang eine Tabelle (Tab. 1) abgebildet, die permanenz-geprägte (pessimistisch) und temporär-geprägte (optimistisch) Erklärungsstile bei negativen Ereignissen gegenüberstellt. Auch wenn auf den ersten Blick keine großen Unterschiede zwischen den *dauerhaften* und *vorübergehenden* Gründen zu erkennen sind, kann die einzelne Dimension sehr bedeutend für das Wohlbefinden sein. (Seligman 2003, S. 151f; 1999, S. 84f)

Auch bei positiven Ereignissen reagieren optimistische und pessimistische Menschen unterschiedlich. Menschen die davon überzeugt sind, dass gute Ereignisse permanente Gründe haben und zum Beispiel auf Charaktereigenschaften oder Fähigkeiten zurückzuführen sind, sind optimistischer als Menschen die glauben, die Ereignisse hätten temporäre Gründe. Pessimisten führen dann Gründe an wie Stimmungen oder Anstrengungsgrad (siehe Anhang Tabelle. 2). Auch wenn sie Erfolg haben, geben sie eher auf als Optimisten, da sie sich diesen mit einem glücklichen Zufall erklären. Optimistische Menschen strengen sich dahingegen beim nächsten Mal noch stärker an, wenn sie erst einmal Erfolg verspürt haben. (vgl. Seligman 2003, S. 153f)

Allumfassendheit

Während es bei der Permanenz um die Zeit geht, bezieht sich die Allumfassendheit auf den Raum. Ist eine Person davon überzeugt, dass eine Ursache negativer Ereignisse (Verlust der Arbeit) *universell* (pessimistisch) ist, das heißt sich generell auf alles auswirkt, überträgt sie ihre Auswirkungen auf viele verschiedene Bereiche des eigenen Lebens. Menschen die *spezifische* (optimistisch) Erklärungen für Misserfolgserlebnisse haben, können zwar in einen bestimmten Bereich hilflos werden, sie investieren ihre Kraft jedoch erfolgreich in andere Bereiche des Lebens (Sport, Familie). Sie geben nicht gleich alles auf. (vgl. Seligman 2003, S. 154ff) Im Anhang (Tabelle 3) sind einige Beispiele für universelle und spezifische Erklärungen negativer Ereignisse aufgeführt.

Bei positiven Ereignissen ist das genau andersrum. Optimistische Menschen glauben, dass die Gründe für positive Erlebnisse sich auf alles, was sie tun, positiv auswirken werden („Gut sein, ist übergreifender als nur gut in Deutsch zu sein“). Der Pessimist glaubt, dass spezifische Faktoren Ursache für positive Erlebnisse sind („In Deutsch bin ich gut“) (siehe Anhang Tabelle 4). (vgl. ebd., S. 156f)

b) Optimismus und Gesundheit

Vollmann und Weber (2005, S. 439) merken an, dass eine Vielzahl von Untersuchungen darauf hindeuten, dass insbesondere in Stresssituationen ein Zusammenhang zwischen Optimismus und einer besseren Gesundheit besteht. Es wurden positive Korrelationen zwischen Optimismus und subjektiven Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und wahrgenommener Unterstützung festgestellt. Im Gegenzug wurden negative Korrelationen zwischen Optimismus und Stress, Depressivität und Angst festgestellt. Auch bezüglich der körperlichen Gesundheit wurden positive Zusammenhänge festgestellt. So geht beispielsweise Optimismus mit besseren Immunparametern, einen geringeren Ausmaß an Symptomen und einer schnelleren Genesung einher. Weiterhin wurde im Zusammenhang mit Optimismus ein flexibles und situationsangemessenes Bewältigungsverhalten und ein erhöhtes Gesundheits- und reduziertes Risikoverhalten festgelegt. Eine Zusammenfassung über dazu existierende Studien geben Schütz und Hoge (2007, 39ff), Karren et al. (2006, S. 505ff) sowie Scheier und Carver (2002, S. 233ff).

Beispielsweise wurde in einer Studie von Scheier et al. (URL: 1989) der Einfluss des Optimismus auf den Krankheitsverlauf bei herzkranken Männern, die sich einer Bypass-Operation unterzogen haben, untersucht. Die Erfassung des Optimismus erfolgte mit Hilfe des *Life Orientation Test (LOT)*, der von Scheier und Carver (1985) entwickelt und vor allem im Zusammenhang mit der Krankheitsbewältigung oft eingesetzt wurde. Mit dem LOT (umfasst 8 Items) lässt sich die Lebenseinstellung einer Person zwischen den Polen Optimismus und Pessimismus ermitteln. (vgl. Scheier/Carver 2002, S. 232; Schwarzer 1996, S. 17) In der Studie wurden insgesamt 51 Männer mittleren Alters untersucht. Sie wurden insgesamt dreimal befragt -

einen Tag vor der Operation, 6-8 Tage nach der Operation und sechs Monate nach der Operation. Es wurden Daten zu Lebensqualität, Stress, Genesung und Stimmung erhoben. Optimismus wurde kurz vor der Operation gemessen. Bereits vor der Operation zeigte sich, dass sich die Optimisten weniger feindselig und depressiv verhielten als die Pessimisten. Eine Woche nach der Operation waren die Optimisten glücklicher und erleichtert. Sie waren zufriedener mit ihrer gesundheitlichen Versorgung und emotionalen Unterstützung von Freunden. Sechs Monate nach der Operation berichteten sie über eine höhere Lebensqualität. In einer Folgebefragung, die fünf Jahre nach dem Eingriff erfolgte, blieb das Ergebnis bestehen. (vgl. Schütz et al. 2004, S. 18f; Scheier/Carver 2002, Schwarzer 1996, S. 17)

Viehhauser (2000, S. 65f) und Schwarzer (1996, S. 16) kommen zu dem Schluss, dass sich die Ressource Optimismus in der gesundheitspsychologischen Forschung durchaus als bedeutend erwiesen hat. Viehhauser (2000, S. 65f) betont aber auch, dass der Ressourcencharakter im Vergleich zum Selbstwirksamkeitskonstrukt nicht unumstritten ist. Er verweist dabei vor allem auf die Untersuchungen von Scheier und Carver, die zwar beachtliche Resultate geliefert haben, die jedoch durch andere Studien relativiert wurden. Auch Schwarzer weist auf die Schwächen in der Konzeption und Operationalisierung des von Scheier und Carver entwickelten Konstruktes hin: *„Optimismus sollte nicht als Konglomerat von Situations- und Konsequenzerwartung aufgefasst werden, weil sich dann die defensive nicht von der funktionalen Komponente trennen lässt“* (Schwarzer 1996, S. 19). Er betont die Gefahren eines unrealistisch überhöhten Optimismus (wie z.B. die motivationsreduzierende Wirkung hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens) und fordert eine genauere Differenzierung zwischen den *funktionalen* (adaptiven) und *defensiven* (weniger adaptiven) Formen des Optimismus. Seligman unterscheidet zwischen einem *blinden* und *flexiblen* Optimismus. Dabei versteht er unter einem flexiblen Optimismus folgendes: *„Wir wollen (...) einen flexiblen Optimismus – Optimismus mit offenen Augen. Wir müssen in der Lage sein, bei Bedarf den scharfen Wirklichkeitssinn des Pessimismus zu nutzen, ohne jedoch ständig im Schatten des Pessimismus leben zu müssen“* (Seligman 1993, S. 366). Seligman (1999, S. 106) entwickelte zur Messung des Optimismus bei Kindern den Children`s Attributional Style Questionnaire (CASQ-Fragebogen).

3.3.1.4 Positiv konnotierte Bewältigungsreaktionen

Zu den positiv konnotierten Bewältigungsreaktionen zählen Schütz et al. (2004, S. 18) zum Beispiel die Hoffnung oder den Humor. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, wird sich im Folgenden auf die Darstellung des Humors beschränkt.

a) Humor

Humorvolle Erlebnisse bringen Menschen zum Lachen. Und Lachen ist gesund: „ *A sense of humor, and the laughter that accompanies it, can actually banish pain and keep us well. (...) Humor is a way of looking at things that helps to dissipate stress and accentuate the positive*” (Karren et al. 2006, S. 559f). Dabei verbirgt sich hinter dem Lachen ein komplexer physikalischer Prozess. Lachen erhöht die Atmungsaktivität, den Sauerstoffaustausch im Blut und reinigt die Atemwege. Es erhöht die Muskelaktivität und die Herzaktivität und regt das kardiovaskuläre System, das sympathische Nervensystem sowie die Produktion von Katecholaminen und Endorphinen an. Nach der Erregungsphase tritt die Phase der Entspannung ein. (vgl. Karren et al. 2006, S. 570; Viehhauser 2000, S. 135)

b) Humor und Gesundheit

Betrachtet man die Befundlage hinsichtlich der gesundheitlichen Bedeutung des Humors, fällt diese durchaus positiv aus. Diese Annahme resultiert aus einer von Karren et al. (2006, S. 564ff) und Lefcourt (2002, S. 619) gegebenen Zusammenfassung von Untersuchungen über Humor und Gesundheit. Dabei wird deutlich, dass Humor die Immunaktivität erhöht, die Genesung von ernsthaften Krankheiten wie Krebs fördert. Außerdem erhöht es die Konfliktfähigkeit, Entscheidungsfreudigkeit und Teamarbeit, beugt Depressionen vor und bringt positive Lebensenergie. Er verbessert die Wahrnehmung der Bewältigungsmöglichkeiten und agiert als Stressmediator.

Lefcourt (2002, S. 627) verweist auf eine Studie von Newman und Stone (1996). In der Studie wurde den Versuchsteilnehmern ein stresserzeugender Film gezeigt, indem es um Berufsunfälle in der Industrie ging. Dabei wurden die Teilnehmer in zwei Gruppen eingeteilt. Die eine Gruppe sollte den Film mit einer humorvollen Rede begleiten, während die andere Gruppe den Film ernsthaft kommentieren sollte, nachdem der Film zu Ende war. Es stellte sich heraus, dass die aktive Humorproduktion im Vergleich zur Kontrollbedingung einen stressreduzierenden Effekt hatte. Gemessen wurde der Effekt anhand der Herzrate, der Hauttemperatur und des Hautwiderstands.

Schütz et al. (2004, S. 24) verweisen aber auch auf den feindseligen, mit Aggressionen verbundenen Humor. Dieser sollte durchaus vom anderen Humor, der in Verbindung mit dem positiven Denken steht, abgegrenzt werden.

c) Diagnose und Anwendung in der Praxis

Zur Erfassung von Humor und deren Stress reduzierender Wirkung haben Lefcourt et al. die Coping Humor Scale (CHS, 1983) entwickelt. Weiterhin entwickelten sie den Situational Humor Response Questionnaire (SHRQ, 1984), um zu untersuchen, wie häufig und in welchem Umfang

Menschen dazu tendieren, mit Humor auf Situationen zu reagieren. (vgl. Schütz et al. 2004, S. 24; Lefcourt 2002, S. 627f) Schütz et al. (2004, S. 24) weisen darauf hin, dass es bisher an zuverlässigen Evaluationsstudien zu Programmen, die Humor als Stress reduzierende Strategie einsetzen, fehlt.

In den USA wurden in eine Reihe von Krankenhäusern Startversuche unternommen, die Gesundheit der Patienten durch Humor zu stabilisieren und zu verbessern. Vorreiter ist dabei das *Doctor William Stehling Foundation for cancer Research at St. Joseph hospital* in Huston (Texas). In so genannten *humor centers*, die mit komfortablen, gepolsterten Möbeln und mit viel Grün ausgestattet sind, haben die Patienten die Möglichkeit, so oft sie wollen, „befreiende Komik“ zu nutzen. Dort haben sie zum Beispiel die Möglichkeit, sich lustige Videos oder Zeitschriften anzuschauen. Einige Krankenhäuser laden sich Komödianten wie Clowns oder Magier ein. (vgl. URL: Graves 2004, S. 9) Dies stellt durchaus eine gute Möglichkeit dar, die Patienten von ihren Alltagsproblemen wenigstens für einen kurzen Moment zu befreien und diese vielleicht auch mit ein wenig Humor zu begegnen.

3.3.2 Der Ursprung Positiven Denkens

Optimismus

Schütz und Hoge (2007, S. 142) berichten über eine von Plomin und Kollegen (1992) durchgeführte Studie, in der 522 getrennt aufgewachsene eineiige und zweieiige Zwillingspaare untersucht wurden. Die Ergebnisse deuteten darauf hin, dass etwa 25 Prozent der Optimismus- und Pessimismuswerte genetisch bedingt waren.

Darüber hinaus spielen für die Entwicklung von Optimismus frühe elterliche Kindheitserfahrungen eine wichtige Rolle. So bestimmen Ausmaß und Qualität der elterlichen Zuneigung, ob Kinder zu ihren Eltern eine sichere oder unsichere Bindung entwickeln. Die Art der empfundenen Sicherheit beeinflusst wiederum die Wahrnehmung und Gestaltung von Beziehungen im Erwachsenenalter. Erwachsene mit einem unsicheren Bindungsstil neigen zu Pessimismus, wodurch deutlich wird, dass frühe elterliche Kindheitserfahrungen von Sicherheit bzw. Unsicherheit Einfluss auf die Lebenssicht haben. (Schütz/Hoge 2007, S. 142; Scheier/Carver 2002, S. 240) Scheier und Carver (2002, S. 240) merken an, dass dieser Faktor nur ein Beispiel von vielen ist.

Auch Seligman (1999, S. 149) betont die Bedeutung von Kindheitserfahrungen. Nach Seligman (1993, S. 159ff/170) haben drei Faktoren einen entscheidenden Einfluss auf das Erklärungsmuster des Kindes:

- 1) Die Art der alltäglichen Erklärungsmuster (der Mutter), die das Kind zu hören bekommt. Wenn diese optimistische Züge haben, wird das Kind sich auch diese aneignen.

- 2) Die Art der Kritik durch die Erwachsenen und Eltern, die das Kind zu hören bekommt, wenn es versagt. Kritik, die dauerhaft und allumfassend ist, führt dazu, dass Kinder ein pessimistisches Selbstbild entwickeln.

- 3) Die Realität von frühen Lebenskrisen des Kindes. Macht das Kind die Erfahrung, dass negative Ereignisse überwunden werden können, wird es zu der Überzeugung gelangen, dass derartige Ereignisse verändert werden können und betrachtet sie als vorübergehend. Sind sie dauerhaft und allumfassend, werden die Kinder Hoffnungslosigkeit entwickeln und negative Ereignisse als dauerhaft und unabänderlich betrachten.

Weiterhin können auch Lebensumstände (sozioökonomischer Status, verheiratet oder ledig, schulische Leistungen) die Entwicklung des Optimismus beeinflussen (Schütz/Hoge 2007, S. 143).

Kontrollüberzeugung

Die Kontrollüberzeugung, also das Ausmaß an Überzeugung, das eigene Schicksal beeinflussen bzw. kontrollieren zu können, entwickelt sich bereits früh in der Kindheit. Schütz und Hoge (2007, S.144) verweisen dabei auf Rotter, der davon ausging, dass Kinder durch frühe Erfahrungen mit der Ausübung persönlicher Kontrolle eine vorläufige Kontrollüberzeugung erhalten. Im Falle einer positiven Ausübung entsteht eine interne Überzeugung, Misserfolge führen zu einer externalen Überzeugung. Durch nachfolgende Erfahrungen wird die interne oder externe Überzeugung gefestigt oder entkräftet bis letztlich eine bestimmte Überzeugung bestehen bleibt. Dabei spielen die elterlichen Kindheitserfahrungen eine wichtige Rolle. So vermutet Rotter, dass die Belohnung positiver Verhaltensweisen und die Bestrafung negativer Verhaltensweisen die Entstehung der internalen Kontrollüberzeugung entscheidend beeinflussen. Dadurch lernen die Kinder, dass sie durch ihr Verhalten Konsequenzen herbeiführen können. Die Ausprägung einer externalen Kontrollüberzeugung wird dadurch begünstigt, wenn sich die Eltern gegenüber ihren Kindern inkonsequent und wechselhaft verhalten und Belohnung und Bestrafung auf Launen anstelle von konkretem Verhalten beruhen. (vgl. ebd., S. 144)

Weiterhin wird die Herausbildung einer externalen Überzeugung unterstützt durch das Erleben von starker Kontrolle, die von einflussreichen Personen (wie Eltern) ausgeübt wird. Oder durch einschneidende Erfahrungen von Hilflosigkeit. Belastende Lebensereignisse, die von dem Kind nicht weiter beeinflusst werden können (wie etwa Scheidung, konfliktträchtige Haushalte), begünstigen ebenso die Entwicklung. (vgl. ebd., S. 145)

Ein weiterer entscheidender Faktor ist die Wertschätzung durch die Eltern. So spielen für die Entwicklung der internalen Kontrollüberzeugung Akzeptanz, Wärme und emotionale Unterstützung eine wichtige Rolle. Personen mit externaler Überzeugung beschreiben ihre Eltern

häufig als ablehnend. Ein Zusammenhang zwischen diesem Effekt und der Ausprägung der Kontrollüberzeugung könnte darin bestehen, dass Kinder, die erfolglos versuchen, Zuneigung von ihren Eltern zu erhalten, irgendwann den Glauben daran verlieren, dass sie durch ihr eigenes Verhalten erwünschte Ziele erreichen können. (Schütz/Hoge, S. 145)

Selbstwirksamkeitserwartung

Schütz und Hoge (2007, S. 145) betonen, dass die Selbstwirksamkeitserwartung durch Ereignisse und Erfahrungen in Verbindung mit einer bestimmten Leistung entsteht und dann aber generalisiert werden kann. Sie schließen eine direkte genetische Veranlagung aus. Auch bei der Selbstwirksamkeitserwartung spielt der Umgang der Eltern mit ihren Kindern eine wichtige Rolle. Entscheidend für die Entwicklung einer stabilen Selbstwirksamkeitserwartung ist das eigene Erleben von Erfolgen. Zwar kann auch durch die Beobachtung anderer, durch vorgestellte Erlebnisse, durch das Erleben von positiven Emotionen und verbalen Belehrungen die Entwicklung der Selbstwirksamkeit gefördert werden. Wichtig ist jedoch, dass das Kind eigene Lerngelegenheiten hat und eine erfolgreiche Bewältigung herausfordernder Situationen erfährt. So haben zum Beispiel Kinder, die stark behütet werden, nicht ausreichend Gelegenheit, neue Anforderungen zu meistern und Erfolge zu erzielen. (Schütz/Hoge 2007, S. 145f)

3.3.3 Verfahren zur Veränderung pessimistischer Denkmuster

Scheier und Carver (2002, S. 240) beantworten die Frage, ob sich tief im Menschen verankerte pessimistische Denkmuster ablegen lassen, mit einem vorsichtigen ja und betonen, dass das Ablegen von bestehenden Denkmustern sicherlich kein leichter Weg ist.

Auch Seligman (2003, S. 56f) ist der Überzeugung, dass Optimismus erlernt werden kann und betont dabei die Effektivität bereits frühzeitiger Interventionen: *„Meiner Ansicht nach kommt Therapie immer zu spät. Greift man früher ein - wenn es Menschen noch gut geht-, könnten vorbeugende Interventionen sehr viel effektiver sein und unendlich viele Tränen ersparen. (...) Ich fand heraus, dass man einem zehn Jahre alten Kind die Fähigkeit des optimistischen Denkens und Verhaltens beibringen kann und dass dadurch die Depressionsrate halbiert wird, wenn diese Kinder durch die Pubertät gehen.“* In seinen Büchern *Pessimisten küsst man nicht - Optimismus kann man lernen (1990)*, *Kinder brauchen Optimismus (1999)*, *Der Glücksfaktor (2003)* schildert er die Forschung im Detail und zeigt Trainingsmöglichkeiten zur Förderung des Optimismus für Erwachsene, Eltern und Lehrer auf.

Schütz und Hoge (2007, S. 146ff) haben Vorgehensweisen zur Veränderung der Gedankenstrukturen hin zu einer positiven Sichtweise näher erläutert. Diese sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden.

Eigene positive Erlebnisse

Die effektivste Vorgehensweise zur Erlangung von Zuversicht und zum Abbau von Hoffnungslosigkeit ist die Förderung positiver Erfahrungen. Dabei geht es darum, dass Personen erleben, dass sie Anforderungen, denen sie vorher hilflos ausgeliefert waren, erfolgreich meistern können. Es wird automatisch das Gefühl gestärkt, über einen größeren Bereich die Kontrolle haben zu können. Hat zum Beispiel eine Schülerin die Befürchtungen, das Gymnasium nicht zu schaffen, weil sie glaubt, die Anforderungen mathematisch-naturwissenschaftlicher Fächer als Mädchen nicht bewältigen zu können, kann eine optimistischere Denkweise durch gemeinsames Üben mit den Eltern oder dem Lehrer gefördert werden. Macht sie beispielsweise die Erfahrung, dass sie Matheaufgaben zunächst mit Hilfe von Unterstützung und anschließend selbstständig lösen kann, bekommt sie dadurch nach ausreichenden Übungen die Zuversicht, in der nächsten Kontrolle eine gute Note erzielen zu können. Die Zuversicht kann sich dann auch auf andere Bereiche der Naturwissenschaften übertragen. Durch ihre positiven Erfahrungen, wird ihre Hoffnung gestärkt, dass sie die Anforderungen des Gymnasiums erfolgreich meistern kann. (vgl. Schütz/Hoge 2007, S. 146f)

Bei der Förderung des positiven Denkens durch persönliche Erlebnisse sollten spezifische Ziele und Aufgaben sowie auch das gemeinsame Üben des später auszuführenden Verhaltens und das Erlernen bestimmter Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien Teil des Trainings sein. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass sich positive Erfahrungen nur dann als förderlich erweisen, wenn die Ursache des Erfolges auf das eigene Verhalten und nicht auf externe Faktoren zurückgeführt wird. (vgl. ebd., S. 147)

Modelllernen

Eine weitere Methode zur Aneignung von neuen Verhaltensweisen ist das Modelllernen, womit die Orientierung an einem Vorbild gemeint ist. Im Rahmen von Interventionen kann diese Methode anhand von Filmen, Interviews, Berichten in Selbsthilfegruppen oder direktem Vorspielen angewandt werden. Dadurch sollen die Teilnehmer Anhaltspunkte für Handlungsmöglichkeiten anhand praktischer Beispiele bekommen und einen Ansporn erhalten im Sinne von: „Was der kann, kann ich auch.“ (vgl. ebd., S. 147f)

Verbale Überzeugung

Die verbale Überzeugung gehört vermutlich zu den am häufigsten verwendeten Methoden zur Förderung von Zuversicht und Selbstvertrauen. Sie wird als ein wichtiger Baustein innerhalb von Trainings und Interventionen gesehen. Dabei lässt sie sich in zwei Kategorien unterteilen: a) in Ermutigung durch positive Feedbacks für beispielsweise vorhergehende Leistungen („Du hast dich aber gut vorbereitet“) oder Fähigkeiten einer Person („Du bist echt gut darin“) und b) in das

Hinterfragen und Verändern von negativen Denkstrukturen. (vgl. Schütz/Hoge 2007, S. 148f) Die zweite Kategorie stellt vor allem für Seligman (2003, S. 160) eine wichtige Methode zur Mobilisierung optimistischer Denkmuster dar. Seligman (1993, S. 326/349) empfiehlt hier das Disputieren, womit die kritische Reflexion und das Anfechten von negativen Überzeugungen gemeint ist. Ein wirksamer Disput bezieht sich auf vier Leitfragen (vgl. ebd., S. 342ff):

- 1) Beweise: „Welche Beweise gibt es - sowohl für als auch gegen meine Überzeugung?“
- 2) Alternativen: „Gibt es irgendeine Möglichkeit, das negative Ereignis in einem anderen Licht zu betrachten?“
- 3) Implikationen: „Wenn nun aber ihre düstere Erklärung richtig ist? Bricht dann die Welt zusammen?“
- 4) Nutzen: „Helfen mir die negativen Gedanken, bringen sie mich weiter?“

Weiterhin können durch das Imaginieren von Handlungsweisen und Ereignissen positive Denkstrukturen gefördert werden. Auch Spannungsverfahren erweisen sich als förderlich bezüglich der Selbstwirksamkeit und Selbstkontrolle. Dabei werden durch die Wiederherstellung des emotionalen Gleichgewichts Gefühle wie Angst und Nervosität gedämpft. Indem man lernt, sein Erregungsniveau im gewissen Maße zu kontrollieren, erhält man ein Stück weit Kontrolle über seinen eigenen Körper. (vgl. Schütz/Hoge 2007, S. 149f)

Die Umsetzung der Methoden zur Förderung des positiven Denkens kann im Rahmen einer Intervention auf unterschiedlichster Weise erfolgen. Sie kann innerhalb eines Workshops, in der Psychotherapie bzw. beim Coaching oder aber auch selbstständig mit Hilfe eines Arbeitsbuches erfolgen (vgl. ebd., S. 152). Eine Intervention, die die eben vorgestellten Methoden erfolgreich umgesetzt hat, ist das *Penn Optimism Program (POP)*. Das Programm wurde an der Universität von Pennsylvania von Seligman und Mitarbeiter entwickelt und verfolgt das Ziel der Langzeit-Prävention von Depressionen. Es wurde für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen an Schulen entwickelt (vgl. Seligman 1999, S. 171ff).

3.4. Transaktionen zwischen internen und externen Ressourcen

Im Zusammenhang mit der Transaktion zwischen internen und externen Ressourcen verweist Viehhauser (2000, S. 40) auf das Ressourcentransaktionsmodell von Hornung und Gutscher (1994). Im Rahmen ihres Modells betonen Hornung und Gutscher, dass bezüglich der Ressourcen zwischen Individuum und Umwelt vielfältige Transaktionen stattfinden. Wie bereits beschrieben, benötigt das Individuum zum Beispiel für den Zugriff auf die Ressourcen der Umwelt (wie die sozialen Unterstützung) bestimmte Handlungsressourcen bzw. Personenmerkmale. Ein wichtiges

Bindeglied zwischen personalen und sozialen Ressourcen stellen z.B. die soziale Kompetenz (wie etwa die Fähigkeit hilfreiche und vertrauensvolle Beziehungen herstellen, annehmen und aufrechterhalten zu können), die Selbstenthüllungsbereitschaft, das Selbstwerterleben sowie die Reziprozitätsnorm - Orientierung (Menschen nehmen nicht mehr Hilfe an, als sie selbst geben können) dar. Letztlich lassen sich soziale Beziehungen mit optimistischen, selbstwirksamen und emotional stabilen Personen leichter aufrechterhalten als mit depressiv reagierenden und feindseligen Menschen (vgl. Viehhauser 2000, S. 40/94).

Zum anderen können Personen in ihrer Wahrnehmung von objektiv vorhanden externen Ressourcen (z.B. positive Alltagsereignisse) eingeschränkt sein (z.B. wegen einer eingeschränkten Aufmerksamkeitsfokussierung, vorhandener internaler Genussverbote), so dass sie diese automatisch nicht nutzen können (vgl. ebd. S. 40).

Schwarzer (1993, S. 62) berichtet über verschiedene Befunde, die aufzeigen, dass ein Mehr an Depressionen zu einem Weniger an sozialer Unterstützung (inbegriffen der emotionalen Unterstützung) führt. Er merkt an, dass es durchaus sein könnte, dass durch die Depression eine verzerrte Sichtweise hervorgerufen wurde, wodurch die tatsächliche soziale Unterstützung nicht als solche bewertet und wahrgenommen, sondern eher mit kritischem Blick als heuchlerisch und misstrauisch empfunden wurde.

Weiterhin können Umweltressourcen wie die soziale Unterstützung zum Aufbau personaler Ressourcen beitragen bzw. ihren Abbau in schwierigen belastenden Situationen verhindern. Dieser Aspekt wurde bereits in Abschnitt 3.2 ausführlich beleuchtet.

Viehhauser (2000, S. 40) hebt die Bedeutung der „*Ressourcen im Bereich der Regulation von Aufmerksamkeit*“ (Hornung&/Gutscher 1994, S. 79; zitiert nach Viehhauser 2000, S. 40) hervor: „*Für das Gelingen der Transaktion eines Individuums ist eine angemessene und flexible Zuordnung von Aufmerksamkeit auf relevante Aspekte sowohl der Umwelt (z.B. potentiell genussvolle Situationen) als auch der eigenen Person (z.B. Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und Emotionen) von entscheidender Bedeutung.*“ Beim Erlernen von Entspannungsübungen oder beim Wahrnehmen von Genuß und Flow zum Beispiel kann die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zielgerichtet steuern zu können, eine wichtige Rolle spielen. Er (2000, S. 40) merkt an, dass diesen Ressourcen in der gesundheitspsychologischen Forschung bisher zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden ist, obwohl es sich seiner Meinung nach dabei um bedeutende gesundheitliche Ressourcen handelt. Alpers (2005, S. 335) bezeichnet Ressourcen, die eine Person dazu befähigen von anderen Ressourcen zu profitieren auch als Schlüsselressourcen.

4. Ressourcenorientierung in der Gesundheitsberatung

4.1 Aufgaben und Ziele der Gesundheitsberatung

Nach Faltermaier (2004, S. 1064) umfasst die Gesundheitsberatung „eine professionelle Beratung (...) die sich auf Gesundheitsthemen und –probleme bezieht und das Ziel hat, über psychologische und soziale Veränderungsmethoden Krankheiten zu verhindern, Gesundheit zu fördern und die Bewältigung einer Krankheit zu unterstützen.“ Genauer formuliert ergeben sich daraus folgende Zielbereiche (vgl. ebd., S. 1067ff):

- Abbau von Gesundheitsrisiken (fette Ernährung, Rauchen, sexuelles Risikoverhalten, Stressbedingungen, Stressaktionen, Persönlichkeitsdispositionen wie Typ A-Verhalten)
- Aufbau und Stärkung von Gesundheitsressourcen (Selbstwertgefühl, Kontrollüberzeugung, Bewältigungskompetenzen)
- Konzeption einer gesunden Lebensweise
- Subjektorientierung
- Lebensweltliche und biographische Orientierung

Nach Brinkmann-Göbel (2001, S. 26ff) umfasst die Gesundheitsberatung folgende Aufgaben:

- Informieren und Aufklären
- Koordinieren und Unterstützen
- Persönlich beraten
- Stärkung der Patient-Therapeut-Beziehung

In Bezug auf die Zielgruppen der Gesundheitsberatung kann differenziert werden zwischen einer Beratung, die sich an kranke Menschen und die sich an gesunde Menschen wendet (vgl. Faltermaier 2004, S. 1072ff):

- Gesunde Menschen mit Gesundheitsmotivation
- Gesunde Menschen in spezifischen Lebenslagen
- Gesunde Menschen mit spezifischen Gesundheitsproblemen oder Beschwerden
- Gesunde Menschen mit Risikofaktoren und Risikoverhalten
- Akut erkrankte Menschen in der Rehabilitationsphase

- Kranke Menschen mit einer chronischen Krankheit
- Multiplikatoren der Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsberatung kann durch Berufsgruppen ausgeübt werden, die in der Prävention, Gesundheitsförderung oder Rehabilitation tätig sind. Dazu zählen nach Faltermaier (2004, S. 1077) vor allem Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen und das Krankenhauspflegepersonal. In diesen Zusammenhang merkt er (2004, S. 1077f) jedoch an, dass es bisher in der Praxis in diesen Berufsgruppen an professionellen Kompetenzen mangelt. Während es den Sozialpädagogen und Psychologen an Qualifikationen in den Gesundheitswissenschaften und der Gesundheitsförderung fehlt, benötigen viele Ärzte (als oftmals erste Anlaufstelle vor allem in Prävention und Rehabilitation) eine zusätzliche Ausbildung zur Erwerbung psychologischer Beratungskompetenzen. Faltermaier (2004, S. 1077) betont: Die Gesundheitsberatung *„erfordert (...) weniger Spezialisten auf einem Gebiet als vielmehr „Universalisten“, die verschiedene Bereiche von Gesundheit integrieren und unterschiedliche Maßnahmen für eine Person verbinden können.“* Die Gesundheitsberatung folgt einem bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsmodell und fordert ein breites Wissen in den Gesundheitswissenschaften, der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der psychosozialen Beratung (vgl. ebd., S. 1076f). Hinsichtlich der psychosozialen Beratung kann sich an verschiedenen Beratungskonzepten orientiert werden. Besonders kompatibel sind nach Faltermaier (2004, 1077) klientenzentrierte, systemische, lebensweltliche, biographische und ressourcenorientierte Konzepte von Beratung. Das letztere soll in folgenden Abschnitten näher erläutert werden.

4.2 Ressourcenorientierte Beratung

Ausgehend von bestehenden Ressourcenkonzepten, insbesondere unter Einbezug der Theorie der Ressourcenerhaltung von Hobfoll (1989), entwickelte Nestmann (1996, 2004) eine Theorie für Ressourcenorientierte Beratung und formulierte Leitlinien und Ziele (vgl. Nestmann 2004, S. 725ff). Zum besseren Verständnis wird im Folgenden die Theorie der Ressourcenerhaltung (COR-Theorie) von Hobfoll kurz vorgestellt und Schlussfolgerungen für die Beratungssituation gezogen. Anschließend werden, die nach Nestmann formulierten Ziele und Leitlinien ressourcenorientierter Beratung, vorgestellt.

4.2.1 Theorie der Ressourcenerhaltung (COR-Theorie)

Grundannahmen

Eine zentrale Annahme für das ressourcenorientierte Modell, ist, dass Individuen dazu neigen, eigene Ressourcen zu schützen und danach bestrebt sind, neue aufzubauen. Dabei haben auf den

Erwerb und Erhalt von Ressourcen kritische Lebensereignisse sowie kleinere Alltagsstressoren, die den Schutz und Aufbau von Ressourcen verhindern, einen entscheidenden Einfluss. Stress tritt auf, wenn durch ein stresshaftes Ereignis a) Ressourcenverlust droht oder eintritt oder b) kein Zugewinn von Ressourcen nach einer Ressourceninvestition erfolgt. Insbesondere der tatsächliche oder drohende Verlust von Ressourcen verursacht Stress, da die Bewältigung von bevorstehenden Anforderungen mit reduzierten Copingkapazitäten erfolgen muss. Aber auch ein fehlender Zugewinn an Ressourcen nach einer Ressourceninvestition ist stressreich, da trotz Ressourceneinsatz die Copingkapazitäten nicht gesteigert werden konnten. Da Ressourcen eingesetzt wurden, ohne dass welche gewonnen wurden, entspricht der fehlende Gewinn einem Ressourcenverlust. (vgl. Hobfoll/Buchwald 2003, S. 13)

Zwei Prinzipien der COR – Theorie

Eine weitere Annahme der COR - Theorie ist, dass positive und negative Veränderungen der Ressourcen unterschiedliche Auswirkungen haben. Das erste Prinzip der COR – Theorie besagt, dass Ressourcenverluste stärkere Auswirkungen haben als Ressourcengewinne, denn sie haben oftmals eine Gefährdung der Existenz zur Folge. Das zweite Prinzip der COR – Theorie besagt, dass Individuen Ressourcen investieren wollen a) zum Schutz vor Verlusten b) um sich vor Verlusten zu erholen und c) um neue Ressourcen hinzuzugewinnen. (vgl. Nestmann 2004, S. 730; Hobfoll/Buchwald 2003, S. 14)

Ressourcenspiralen

Zur Vermeidung von Ressourcenverlust und zum Zugewinn von neuen Ressourcen benötigt das Individuum wiederum Ressourcen. Menschen mit vielen und größeren Ressourcen (interne und externe) sind weniger verletzlich gegenüber Ressourcenverluste und erfahren eher Ressourcengewinn. Umgekehrt sind Menschen mit weniger und geringeren Ressourcen (interne als auch externe) anfälliger gegen Ressourcenverluste und weniger dazu in der Lage neue Ressourcen hinzuzugewinnen. Es existiert also so etwas wie eine Gewinn- und Verlustspirale: Dort, wo etwas vorhanden ist, kommt oftmals auch etwas dazu. Dort, wo es an etwas fehlt bzw. nichts vorhanden ist, mangelt es schnell noch an mehr. (vgl. Nestmann 2004, S. 730; Hobfoll/Buchwald 2003, S. 15)

Aufgrund ihrer Ressourcendefizite sind Individuen mit weniger und geringeren Ressourcen kaum dazu im Stande, Gewinnspiralen aufzubauen. Aus anfänglichen Verlusten entstehen stattdessen weitere Nachteile, vor allem im Bewältigungsverhalten. Die Individuen werden mit jedem weiteren Verlust aufgrund ihrer fehlenden Reserven, Optionen und wenigen Kompensationsmöglichkeiten anfälliger und verletzlicher für physische und psychische Probleme und erleben Stress. Weiterhin erfordert es Bewältigungsanstrengungen, um Verluste durch Ressourceninvestition entgegenzuwirken. Das bedeutet, es werden weitere vorhandene Ressourcen in Anspruch genommen und strapaziert. Im Zuge dieser Verlustspirale wird das Individuum daran

gehindert, zukünftige stressreiche Anforderungen zu bewältigen (vgl. Nestmann 2004, S. 730; Hobfoll/Buchwald 2003, S. 15)

Individuen mit einem reichen Ressourcenpool sind widerstandsfähiger. Ein Ressourcengewinn hat oftmals einen weiteren zur Folge. Vor allem dann, wenn ein größerer Ressourcenpool die Voraussetzung dafür schafft, auch riskanter Ressourcen investieren zu können. (vgl. Nestmann 2004, S. 729f)

Menschen mit einem kleinen Ressourcenpool können nicht so riskant mit ihren Ressourcen umgehen. Sie müssen sich eher defensiv verhalten und primär nach dem Ressourcenerhalt streben. Sie haben das Ziel, ihre vorhandenen Ressourcen zu sichern und zu erhalten, um anfallende Anforderungen und Belastungen bewältigen zu können. Allerdings reichen ihre Ressourcen oft nur für die Bewältigung des Alltagsstress aus. Bei größeren Anforderungen und Krisen sind sie oft überfordert. Viele Menschen nehmen erst dann die Hilfen einer Beratung in Anspruch. (vgl. ebd., S. 730)

Schlussfolgernd aus den zentralen Thesen der COR – Theorie können nach Nestmann (2004, S. 729) Beratungskonstellationen als Situationen betrachtet werden, *„in denen Menschen Hilfe und Unterstützung suchen,*

- a) *weil sie ihre Ressourcen erweitern oder gezielt nutzen möchten;*
- b) *weil Ressourcenunsicherheit besteht (gibt es Bewältigungsressourcen, wenn ja – welche bei mir als Person oder in meiner Umwelt, wo liegen sie, wie sind sie nutzbar, einsetzbar, auch ausbaubar);*
- c) *weil Ressourcen bedroht sind oder scheinen und man sie erhalten möchte und*
- d) *wenn Ressourcenverlust (subjektiv oder objektiv) gerade erfolgt oder bereits erfolgt ist“*

Eine ressourcenorientierte Beratung kann nach Nestmann (2004, S. 733) letztlich betrachtet werden als *„eine professionelle Unterstützungsleistung, die in einem gemeinsamen Prozess der Orientierung, Planung, Entscheidung und Handlung versucht, bio-psycho-soziale Ressourcen von Personen und sozialökologische und ökonomische Ressourcen von Umweltsystemen (...) zu entdecken, zu fördern, zu erhalten und aufeinander zu beziehen.“*

4.2.2 Ziele und Leitlinien ressourcenorientierter Beratung

Ressourcenorientierung statt Defizitorientierung

Ressourcenorientierte Beratung richtet ihren Fokus nicht auf die Defizite einer Person, d.h. sie fixiert sich nicht auf ihre Störungen und Krankheiten, Probleme, Fehler im Denken, Fühlen,

Handeln, usw. Sie konzentriert sich auf die Gesundheit, auf die Förderung von Ressourcen zur Entfaltung und Bewältigung sowie auf gelingende Anteile, Stärken und Chancen. Dabei versucht sie nicht Probleme und Schwierigkeiten von KlientInnen zu ignorieren. Sie vermeidet es nur, sich auf Defizite zu fixieren und versucht einen weiteren Weg aufzuzeigen. Somit stellt sie einen Perspektivwechsel dar und kann auch als Erweiterung und Ergänzung zu notwendigen Defizit- und Störungsanalysen gesehen werden. (vgl. Nestmann 2004, S. 731)

Weiterhin verfolgt sie nicht das Ideal eines allumfassend ressourcenreichen und handlungskompetenten Menschen mit einer allumfassend ressourcenreichen Umwelt. Gerade Ressourcenorientierte Beratung umfasst auch Zugeständnis, Akzeptierung, Abfinden und das Leben mit seinen individuellen und kontextualen Schwächen und Mängeln, wenn andere Ressourcenfelder zur Kompensation dieser Lücken erkannt und ermittelt werden. Sie geht jedoch davon aus, dass auch im schwerstgeschädigten Menschen förderbare Ressourcen vorhanden sind. (vgl. ebd., S. 731)

Ressourcensensibilität und –diagnostik

Ein wichtiger Ausgangspunkt ressourcenorientierter Beratung ist die Kenntnis und Akzeptanz des Ressourcenverständnisses und Ressourcenumgangs des Klienten und seiner sozialen Umwelt. Alle Menschen haben bereits vor der Beratung ihre internen und externen Ressourcen eingesetzt, haben sie genutzt oder haben es zumindest versucht. Erst wenn der Ressourceneinsatz oder die Ressourcennutzung stark gestört ist, suchen viele Menschen professionelle Unterstützung. Selbst dann finden parallele professionell und nicht professionell gesteuerte Ressourcensicherungs- und Ressourcenförderungsbestrebungen statt. (vgl. Nestmann 1996, S. 368f)

Ressourcenorientierte Beratung setzt seinen Fokus primär auf die vorhandenen und entwickelbaren Ressourcen und weniger auf die Defizite und Störungen von Personen, wodurch eine erhöhte Ressourcensensibilität seitens der BeraterInnen bezüglich der Person als auch seiner natürlichen, sozialen und institutionellen Umwelt gefordert wird. Entscheidend ist dabei, dass auch die Transaktion zwischen internen und externen Ressourcen (siehe Abschnitt 3.4) berücksichtigt wird. Mit Ressourcendiagnostik ist letztlich die Erfassung interner als auch externer Ressourcen gemeint. (vgl. ebd., S. 369)

Nestmann (1996, S. 369) betont, dass externe Ressourcen (wie materielle Lebenswelt, Lebensbedingungen und –umstände) als auch interne Ressourcen der Person einen gleichen Stellenwert haben und gleichwertig analysiert werden sollen. Wichtige interne Ressourcen sind nach Nestmann (1996, S. 369) ein hohes Selbstwertgefühl, Kontrollüberzeugung, Optimismus, Problemlösungskompetenz. Zu bedeutenden externen Ressourcen zählt er die emotionale soziale Unterstützung, den soziökonomischen Status, die Einbindung in konfliktfreie soziale Netzwerke und eine enge Bindung.

Personen- und Umweltressourcen

Wie bereits herausgestellt wurde, richtet ressourcenorientierte Beratung ihren Fokus sowohl auf Personen- als auch Umweltressourcen und versucht diese zu identifizieren, zu diagnostizieren, zu aktivieren und mobilisieren. Sie bemüht sich um den Aufbau und Wiederaufbau von Ressourcen bei Personen und um die Erschließung von Ressourcen in ihren Lebenskontexten. Beratung bemüht sich darum, einen Konsens zu finden zwischen den vorhandenen Ressourcen von Personen und Umwelt und den gegebenen Anforderungen, Problemen und Krisen. (vgl. Nestmann 1996, S. 370) Ihr Ziel dabei ist es:

- *„Umwelten und Settings so zu beeinflussen, dass die Ressourcen des Individuums maximal zur Geltung kommen und geschätzt werden.*
- *Personen so zu beeinflussen, dass die Ressourcen der Settings und Umwelten optimal aber schonend genutzt (nicht ausgenutzt) werden können.*
- *Personen- und Umweltressourcen in der Arbeit mit Menschen und ihren Lebenskontexten zu einer eingespielten Ergänzung und gegenseitigen Verstärkung zu führen“* (ebd. S. 370).

Beim Vorhandensein von hohen Personenressourcen und niedrigen Umweltressourcen hat ressourcenorientierte Beratung die Aufgabe, eine Zusammenarbeit von Menschen mit starken persönlichen Ressourcen zu fördern, damit diese eine Optimierung der Systemressourcen oder eine direkte Ressourcenerweiterung (wie Netzwerkarbeit) bewirken können. (ebd., S. 370)

Liegen hohe Systemressourcen vor und wenig Personenressourcen, geht es um die Optimierung der Personenressourcen, um diese zu erhöhen und damit die Systemressourcen besser in Anspruch genommen werden (siehe Abschnitt 3.4). Beratung kann in diesem Fall auch versuchen, Systemressourcen zu mobilisieren, damit diese sich um die Förderung von Personenressourcen kümmern. (ebd., S. 370)

Liegen auf beiden Seiten hohe Ressourcen vor, erfolgen meist keine professionellen Beratungsprozesse. Wird diese doch für notwendig gesehen, umfasst die Beratung gezielte Ressourcenerweiterung oder präventive Ressourcensicherung. (ebd., S. 371)

Ressourcenverlust und Ressourcensicherung

Primäres Ziel bei Personen mit wenigen Ressourcen sollte zunächst sein, Ressourcenverlust zu prävenieren und Verlustspiralen aufzuhalten. Sekundär kann der Zugewinn von Ressourcen in Angriff genommen werden. Bei ressourcenreichen Personen steht der gezielte Ressourceneinsatz und die Ressourcenerweiterung im Vordergrund der Beratung. (ebd., S. 371)

Für die Ressourcensicherung als auch für den Ressourcenausbau sind Ressourceninvestitionen erforderlich. Deshalb versucht der Berater zusammen mit dem Klienten

ein Gleichgewicht zwischen Ressourceneinsatz und Ressourcengewinn herzustellen. (Nestmann 1996, S. 371)

Je weniger eine Person an Personen- und Umweltressourcen hat, desto höher ist sein Bedarf an Ressourceninput. In diesem Zusammenhang betont Nestmann (1996, S. 371), dass bei Personen, die keine weiteren Ressourcen zur Verfügung haben, in vielerlei Hinsicht (d.h. ökonomisch, ökologisch, soziale, persönlich) eine entscheidende Veränderung ihrer Lebensbedingungen erfolgen muss. Dabei steht die Sicherung der Grundversorgung (Wohnung, Finanzen, soziale Beziehungen etc.) an erster Stelle und ist Grundvoraussetzung für weiteres Beratungshandeln.

5. Zusammenfassung und Implikationen für die Gesundheitsförderung

Ein zentrales Anliegen dieser Arbeit ist es, einen Überblick über gesundheitsförderliche Ressourcen zu geben und deren Bedeutung für die Gesundheitsförderung herauszustellen, wobei dabei das Augenmerk vor allem auf die internen psychischen Ressourcen gerichtet wird. Folgende Frage steht im Mittelpunkt der Betrachtung: Was sind förderliche Faktoren der Gesundheit, wie können sie aktiviert und gefördert werden und welche Implikationen ergeben sich daraus für die Gesundheitsförderung? Zunächst werden im Folgenden die zentralen Aussagen der im Rahmen dieser Arbeit vorgestellten Stressor – Ressourcen – Modelle zusammengefasst und daraus erste Implikationen für die Gesundheitsförderung abgeleitet.

Das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovskys (1979) stellt die Frage „Was erhält Menschen gesund?“ in den Mittelpunkt der Betrachtung und betont die Bedeutung menschlicher Ressourcen und Potentiale, welche neben den pathogenetischen Faktoren eine entscheidende Rolle für den Heilungsprozess und den Erhalt der Gesundheit spielen. (vgl. Becker 2006, S. 90; Reimann 2006, S. 17) Eine der wichtigsten Implikationen, die sich aus Antonovskys Modell der Salutogenese ableiten lassen, ist, dass sich die persönlichen Einflussmöglichkeiten auf die Gesundheit nicht nur auf die Vermeidung von Risikofaktoren beschränken müssen, sondern viel weit reichender sind. Denn nach dem Modell der Salutogenese spielen für eine Bewegung in Richtung des gesunden Pools des Gesundheits-Krankheitskontinuums auch oder sogar vorwiegend die Stärkung gesundheitsförderlicher Ressourcen eine entscheidende Rolle. Gesundheitstrainings sollten daher neben einer pathogenetischen auch eine salutogenetische Sichtweise vermitteln und somit eine weitere Möglichkeit der Einflussnahme auf die Gesundheit zeigen. Darüber hinaus gehen Maßnahmen der Ressourcenförderung nicht zwangsläufig einher mit Verzicht und Askese wie bei den pathogenetisch orientierten Interventionen, die sich vorwiegend auf die Vermeidung von Risikofaktoren konzentrieren. Viele Teilnehmer verlieren dadurch oftmals die Motivation. Ressourcenförderung versucht zu vermitteln, dass gesundes Verhalten nicht unbedingt etwas mit Verzicht zu tun haben muss, sondern auch persönliches Wohlbefinden bedeuten kann. (vgl. Viehhauser 2000, S. 141)

Nach dem systemischen Anforderungs – Ressourcen – Modell von Becker (2006), spielen nicht nur die zur Verfügung stehenden internen und externen Ressourcen für die Bewältigung von Stressoren eine entscheidende Rolle, sondern auch die internen und externen Anforderungen vgl. (Reimann 2006, S. 27). Ein Kerngedanke des Modells besagt „*dass der Gesundheitszustand eines Individuums unter anderem davon abhängt, wie gut es diesem gelingt, externe und interne Anforderungen mithilfe interner und externer Ressourcen zu bewältigen*“ (Becker 2006, S. 183). Das Modell enthält Hypothesen über Bedingungen, die den Gesundheitszustand einer Person beeinflussen. Mangelnde Gesundheit entsteht letztendlich aufgrund von zu hohen oder zu niedrigen

Anforderungen und /oder dem Nichtvorhandensein von Ressourcen zur Bewältigung der Anforderungen. (vgl. Viehhauser 2000, S. 36) Gesundheitsförderung kann demnach in vier Bereiche erfolgen: a) die Bearbeitung von internen Anforderungen, b) die Bearbeitung von externen Anforderungen, c) die Stärkung von internen Ressourcen, d) die Stärkung von externen Ressourcen. Dabei nimmt die Bedürfnisbefriedigung eine Schlüsselstellung ein. Eine derartige umfangreiche Gesundheitsförderung fordert die Zusammenarbeit mehrerer Wissenschaften aus Politik, Psychologie, Soziologie usw. (vgl. Becker 2006, S. 234; Reinmann 2006, S. 26)

In Abschnitt 3.1.1 wurden verschiedene Definitionen über Ressourcen miteinander verglichen und zusammengefasst. Dabei wurde deutlich, dass es schwierig ist, in der Literatur eine exakte Begriffbestimmung zu finden und auch zu formulieren. Der Ressourcenbegriff ist sehr weitreichend. Schließlich kann vieles Ressource sein. Nach Nestmann (1996, S. 363) lässt sie sich letztlich nur „unter Berücksichtigung spezifischer subjektiver Wertschätzungen der betroffenen Individuen und /oder Gruppen bestimmten Geschlechts, Alters und Status in einer bestimmten Kultur und Gesellschaft zu einer bestimmten Zeit.“ genauer bestimmen. Im Hinblick auf die Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollte versucht werden, eine einheitliche oder zumindest präzisere Definition zu finden. Es erweist sich sonst als schwierig, Maßnahmen zu entwickeln.

Um ein wenig Transparenz in die Thematik zu bringen, wurde eine Kategorisierung der Ressourcen vorgenommen. Demnach kann unterschieden werden zwischen internen physischen und psychischen Ressourcen und externen Ressourcen, d.h. physikalische, materielle, biologische, ökologische, soziale, institutionelle, kulturelle, organisationale Ressourcen.

In der Gesundheitspsychologie wurde sich im Zusammenhang mit den externen psychosozialen Ressourcen vor allem mit der *sozialen Unterstützung* auseinandergesetzt (vgl. Viehhauser 2000, S. 88). Auch wenn noch Forschungsbedarf hinsichtlich einzelner Wirkmechanismen besteht, konnten zahlreiche Belege den positiven Effekt der sozialen Unterstützung in Bezug auf die Gesundheit und somit ihren generellen Ressourcencharakter bestätigen (ebd., S. 95). Es wird angenommen, dass soziale Unterstützung nicht nur in kritischen Situationen eine protektive Wirkung hat. Allein das Gefühl der Anerkennung, der Akzeptanz oder die subjektive Überzeugung Hilfe im Notfall erwarten zu können, kann eine wohltuende Wirkung auf die psychophysiologische Befindlichkeit haben. (vgl. Viehhauser 2000, S. 90/95; Schwarzer 1993, S. 59) Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollten den Fokus der Aufmerksamkeit nicht nur tatsächlich erhaltene Unterstützung richten, sondern auch auf die wahrgenommene Unterstützung.

Im engeren Sinne gehören zu den internen psychischen Ressourcen kognitive Ressourcen bzw. Persönlichkeitsmerkmale, Denk –und Verhaltensstile, Selbstregulations– und Bewältigungskompetenzen sowie das habituelle euthyme Erleben und Verhalten (vgl. Viehhauser 2000, S. 39f). Autoren und Autorinnen der positiven Psychologie richten den Fokus der Aufmerksamkeit auf die *menschlichen Stärken* (human strengths), welche als Unterklasse der

personalen Ressourcen beschrieben werden können (vgl. Auhagen 2004, S. 4f). Hier liegen einige Überschneidungen zum Ressourcenbegriff vor. Die Ausführungen zeigen, dass es eine fast unüberschaubare Menge an internen psychischen Ressourcen gibt. Darunter befinden sich eine Reihe von interessanten Ressourcen (z.B. Ressourcen im Bereich der Regulation von Aufmerksamkeit, Erholungsfähigkeit, Genussfähigkeit), die bisher in der gesundheitspsychologischen Forschung wenig Aufmerksamkeit gefunden haben (vgl. Viehhauser 2000, S. 40/318). Weitere Forschungsarbeit wäre hier angebracht, um diese Ressourcen zugänglich für gesundheitsfördernde Maßnahmen zu machen. Weiterhin könnten auch eventuell bestehende Wechselwirkungen zwischen den internen psychischen Ressourcen näher untersucht werden.

Einer der bedeutendsten internen psychischen Ressourcen scheinen die Kontrollüberzeugung (Rotter, 1966) und die Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1977) zu sein. Es ist relativ unumstritten, dass dauerhaft unkontrollierbare Situationen bzw. die dadurch hervorgerufenen Gefühle von Hoffnungs- und Hilflosigkeit, einen negativen Einfluss auf die Gesundheit haben. Jedoch können auch überzogene Kontrollbedürfnisse zu einem erhöhten gesundheitlichen Risiko führen. Ein zu einseitiges und übermäßiges Streben nach persönlicher Kontrolle kann die positive Wirkung des Kontrollerlebens vernichten und zu mehr Stress führen und letztlich die Gesundheit gefährden. (vgl. ebd., S. 49/142) Hinsichtlich der gesundheitlichen Bedeutung der Selbstwirksamkeitserwartung ist die dazu existierende Befundlage ziemlich viel versprechend. Bei ihr liegt „relative“ Einstimmigkeit über ihre positive Wirkung als Ressource vor. (vgl. ebd., S. 61) Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung wirkt zum Beispiel unterstützend beim Aufbau von Gesundheitsverhalten, beim Abbau von Risikoverhalten als auch bei der Wahrnehmung und der Bewältigung von Stress (vgl. ebd., S. 57ff). Eine weitere Ressource, die sich in der gesundheitspsychologischen Forschung durchaus als bedeutend erwiesen hat, ist der Optimismus (vgl. Viehhauser 2000, S. 65f; Schwarzer 1996, S. 16). So wurden positive Korrelationen zwischen Optimismus und subjektiven Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, wahrgenommener Unterstützung, einem flexiblen und situationsangemessenen Bewältigungsverhalten und der körperlichen Gesundheit festgestellt (vgl. Vollmann/Weber 2005, S. 439). Jedoch führt auch Optimismus nicht in jedem Fall zu positiven Effekten. Ein unrealistisch überhöhter Optimismus kann zum Beispiel eine motivationsreduzierende Wirkung im Zusammenhang mit präventiven, gesundheitsförderlichen Verhalten haben. Es ist daher wichtig, genau zwischen einem adaptiven (funktionalen) und weniger adaptiven (defensiven) Optimismus zu unterscheiden. (Schwarzer 1996, S. 18f) Eine weitere Ressource, mit der sich in der vorliegenden Arbeit intensiver beschäftigt wurde, ist der Humor. Betrachtet man die Befundlage hinsichtlich der gesundheitlichen Bedeutung des Humors, fällt auch diese durchaus positiv aus. Aber auch beim Humor sollte zwischen einer aggressiven, feindseligen und positiven Form des Humors unterschieden werden. (Schütz et al. 2004, 24)

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit, wurde in der Literatur über viele Studien berichtet, die eine indirekte als auch direkte positive Wirkung der Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung, des Optimismus und Humors auf die Gesundheit festgestellt haben. Jedoch ist an dieser Stelle festzuhalten, dass der Ressourcencharakter beim Optimismus und der Kontrollüberzeugung im Vergleich zur Selbstwirksamkeitserwartung nicht „ganz“ unumstritten ist und weiterhin Forschungsbedarf besteht. (Viehhauser 2000, S. 61/65f)

Für die Entwicklung von Optimismus, Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung spielen frühe elterliche Kindheitserfahrungen als auch die Erfahrungen mit einflussreichen Personen (z.B. Lehrer) eine wichtige Rolle (vgl. Schütz/Hoge 2007, S. 142ff). Interventionsmaßnahmen sollten daher so früh wie möglich beginnen und einflussreiche Personen wie Eltern oder Kinder mit einbeziehen.

Mögliche Verfahren aus der kognitiven Verhaltenstherapie zur Veränderung pessimistischer Denkmuster sind die Förderung positiver Erfahrungen, Modellernen, Verbale Überzeugung, Imagination von Handlungsweisen und Ereignissen und Spannungsverfahren (Schütz/Hoge 2007, S. 146ff). Eine Intervention, die die eben vorgestellten Methoden erfolgreich umgesetzt hat, ist das *Penn Optimism Program* (POP). Das Programm wurde an der Universität von Pennsylvania von Seligman und Mitarbeiter entwickelt und verfolgt das Ziel der Langzeit-Prävention von Depressionen. (vgl. Seligman 1999, S. 171ff)

Im Rahmen ihres Ressourcentransaktionsmodells betonen Hornung und Gutscher (1994), dass die Förderung von internen psychischen Ressourcen nicht nur für die Person selbst ein wichtiges Ziel darstellt, sondern auch für den Zugriff auf Umweltressourcen bedeutend ist, da zwischen Individuum und Umwelt vielfältige Transaktionen stattfinden (vgl. Viehhauser 2000, S. 40). Zum einen benötigt das Individuum für die Mobilisierung von Ressourcen der Umwelt (wie z.B. der sozialen Unterstützung) bestimmte Handlungsressourcen bzw. Personenmerkmale. Zum anderen können Personen in ihrer Wahrnehmung von objektiv vorhanden externen Ressourcen (wie positive Alltagsereignisse) z.B. aufgrund von vorhandener internaler Genussverbote eingeschränkt sein, so dass sie diese automatisch nicht nutzen können. Beim Erlernen von Entspannungsübungen oder beim Wahrnehmen von Genuß und Flow zum Beispiel kann die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zielgerichtet steuern zu können, eine wichtige Rolle spielen. (vgl. ebd., S. 40f/94) Für die Maßnahmen der Gesundheitsförderung ergibt sich daraus, die Interaktion zwischen internen und externe Ressourcen zu berücksichtigen. Wichtig ist es dabei, auch kognitive Ressourcen zu fördern, die die Nutzung von Umweltressourcen ermöglichen. (ebd., S. 141)

Eine verstärkte Ressourcenorientierung in der Gesundheitsberatung stellt eine Möglichkeit dar, im Rahmen eine professionellen Unterstützungsleistung die Ressourcen einer Person zu entdecken, zu fördern, zu erhalten und aufeinander zu beziehen. Primäres Ziel bei Personen mit wenigen Ressourcen sollte jedoch zunächst sein, Ressourcenverlust zu prävenieren und Verlustspiralen aufzuhalten (Nestmann 1996, S. 371). Ressourcenorientierte Beratung richtet ihren Fokus sowohl

auf Personen- als auch Umweltressourcen (ebd. S. 370). Ressourcenorientierte Beratung verfolgt nicht das Ideal eines allumfassend ressourcenreichen und handlungskompetenten Menschen mit einer allumfassend ressourcenreichen Umwelt. Gerade Ressourcenorientierte Beratung umfasst auch Zugeständnis, Akzeptierung, Abfinden und das Leben mit seinen individuellen und kontextualen Schwächen und Mängeln. (vgl. Nestmann 2004, S. 731) Ressourcenorientierte Gesundheitsberatung *kann* beim Arzt beginnen und *könnte* in Gesundheitszentren fortgesetzt werden. Im Zuge der Gesellschaftlichen Entwicklungen und die damit verbundenen Herausforderungen, erhält die Gesundheitsberatung eine immer größere Bedeutung. Bisher fehlt es ihr jedoch an einem exakten Anforderungsprofil (vgl. Brinkmann-Göbel 2001, S. 10). Klar definierte Ziele und Inhalte wären sinnvoll und sind Voraussetzung für die Schaffung von festen Strukturen und das Erzielen von effektiven Ergebnissen.

6. Fazit

Durch die vorliegende Arbeit wurde deutlich, dass es eine Vielzahl an gesundheitsförderlichen Ressourcen gibt. Daraus ergeben sich für die Gesundheitsförderung eine Reihe von Interventionsmöglichkeiten, die bisher noch viel zu wenig wahrgenommen werden. Dies ist sicherlich auch auf die Komplexität des Ressourcenbegriffs zurückzuführen. Es müsste Struktur in die Thematik gebracht werden. Es ist nicht zu leugnen, dass dies ein kein leichtes Unterfangen ist. Für weiteres Forschungsvorhaben liegen eine Vielzahl von Anhaltspunkten vor. Die Interaktion zwischen internen und externen Ressourcen oder die Wechselwirkungen zwischen den internen psychischen Ressourcen ist nur einer von vielen.

Eine verstärkte Ressourcenorientierung in der Gesundheitsberatung stellt eine Möglichkeit dar, im Rahmen eine professionellen Unterstützungsleistung die Ressourcen einer Person zu entdecken, zu fördern, zu erhalten und aufeinander zu beziehen. Ein exakt klar definiertes Anforderungsprofil für Gesundheitsberater, ist jedoch die Voraussetzung für professionelles Arbeiten.

Quellenverzeichnis

Alpers, G. (2005): Ressourcenorientierung. Focusing on Resources. In: Petermann, F./Reinecker, H. (Hrsg.): Handbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt Verlag.

Auhagen, A. (2004): Das Positive mehr. Herausforderungen für die Positive Psychologie. In: Auhagen, A. (Hrsg.): Positive Psychologie. Anleitung zum „besseren“ Leben. Weinheim: Beltz Verlag.

Becker, P. (2006): Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Bengel, J./Strittmatter, R./Willmann, H. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Erweiterte Herausgabe. Bd. 6. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Bengel, J./Strittmatter, R./Willmann, H. (1998): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bd. 6. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Brinkmann-Göbel, R. (2001): Gesundheitsberatung: Zur Relevanz eines neuen Elements im Gesundheitswesen. In: Brinkmann-Göbel, R. (Hrsg.): Handbuch für Gesundheitsberater. Bern: Verlag Hans Huber.

Faltermaier, T. (2004): Gesundheitsberatung. In: Nestmann, F./Engel, F./Sickendiek, U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Bd. 2. Ansätze, Methoden und Felder. Tübingen: dgvt-Verlag.

Feather, N./Volkmer, R. (1988): Preference for situations involving effort, time pressure, and feedback in relation to Type A behavior, locus of control, and test anxiety. In: Journal of Personality and Social Psychology, 55(2), 266-271. Online im Internet: URL: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1989-01442-001> . Stand. 01.10.2008.

Franke, A. et al. (2001): Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Risiken und Widerstandsfaktoren. Weinheim: Juventa Verlag.

Graves, M. (2004): The Value of Humor in Health Care. Online im Internet: URL: http://www.bertrudgers.com/_healthcare/pdf_healthcare/The%20Value%20of%20Humor%20in%20Health%20Care.pdf . Stand: .01.10.2008.

Hänsel, F. (2008): Psychosoziale Faktoren und Bewegungssystem – Verhaltensmedizinische Untersuchungsverfahren. Online im Internet: URL: http://www.uni-greifswald.de/~sport/Lehrmaterialien/sportpsychologie/H%C3%A4nsel/Hauptseminar/Verhaltensmedizin_H%C3%A4nsel.pdf . Stand: 01.10.2008.

Hobfoll, S./Buchwald, P. (2003): Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multiaxiale Copingmodell – eine innovative Stresstheorie. In: Buchwald, P./Schwarzer C./Hobfoll, S.: Stress gemeinsam bewältigen. Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa Verlag.

Hurrelmann, K. (1994): Sozailisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim: Juventa Verlag

Jerusalem, M. (1990): Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Kaluza, G. (1996): Gelassen und sicher im Stress. 2. Auflage. Berlin: Springer-Verlag.

Karren et al. (2006): Mind Body Health. The Effects of Attitudes, Emotions, and Relationships. Third Edition. San Francisco: Benjamin Cummings.

Kohlmann, C. (1990): Streßbewältigung und Persönlichkeit: flexibles versus rigides Copingverhalten und seine Auswirkungen auf Angsterleben und physiologische Belastungsreaktionen. Bern: Verlag Hans Huber.

Kraft et al. (1994): Gesunde Personen – salutogenetisch betrachtet. Eine qualitative Untersuchung. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 2 (3), 216-239.

Lefcourt, H. (2002): Humor: In: Snyder, C./Lopez, S. (Hrsg.): Handbook of Positive Psychology. New York: Oxford University Press.

- Leppin, A. (1994): Bedingungen des Gesundheitsverhaltens. Risikowahrnehmung und persönliche Ressourcen. Weinheim: Juventa Verlag.
- Nestmann, F. (2004): Ressourcenorientierte Beratung. In: Nestmann, F./Engel, F./Sickendiek, U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Bd. 2. Ansätze, Methoden und Felder. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Nestmann, F. (1996): Psychosoziale Beratung – ein ressourcentheoretischer Entwurf. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 3, 359-376.
- Reimann, S. (2006): Ressourcenorientierte Ansätze. Das Salutogenesekonzept von Antonovsky. In: Renneberg, B.; Hammelstein, P. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Heidelberg: Springer Verlag.
- Scheier, M./Carver, C. (2002): Optimism. In: Snyder, C./Lopez, S. (Hrsg.): Handbook of Positive Psychology. New York: Oxford University Press.
- Scheier et al. (1989): Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. In: Journal of Personality and Social Psychology, 57(6), 1024-40. Online im Internet: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez> . Stand: 01.10. 2008
- Schmolke, M. (2001): Gesundheitsressourcen im Lebensalltag schizophrener Menschen. Eine empirische Untersuchung. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Seligman, M. (2002): Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy. In: Snyder, C./Lopez, S. (Hrsg.): Handbook of Positive Psychology. New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. (2003): Der Glücksfaktor. Bergisch Gladbach: Verlagsgruppe Lübbe.
- Seligman, M. (1999): Kinder brauchen Optimismus. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Seligman, M. (1993): Pessimisten küsst man nicht. Optimismus kann man lernen. München: Knauer Verlag.
- Schwarzer, R. (1996): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe - Verlag.

Schwarzer, R. (1993): Stress, Angst und Handlungsregulation. 3. Auflage.
Köln: Verlag Kohlhammer.

Schütz, A./Hertel, J./Heindl, A. (2004): Positives Denken. In: Auhagen, A. (Hrsg): Positive Psychologie. Anleitung zum „besseren“ Leben. Weinheim: Beltz Verlag.

Schütz, A./Hoge, L. (2007): Positives Denken. Vorteile – Risiken - Alternativen. Stuttgart: Verlag Kohlhammer.

Viehhauser, R. (2000): Förderung salutogener Ressourcen. Entwicklung und Evaluation eines gesundheitspsychologischen Trainingsprogramms. Regensburg: S. Roderer Verlag.

Vollmann, M./Weber, H. (2005): Gesundheitspsychologie. In: Schütz, A./ Selg, H./ Lautenbacher, S. (Hrsg.): Psychologie. Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Verlag Kohlhammer.

Waller, H. (2006): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Verlag Kohlhammer.

Willutzki, U. (2003): Ressourcen: Einige Bemerkungen zur Begriffserklärung. In: Schemmel, H./Schaller, J. (Hrsg.): Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Tübingen: dgvt-Verlag.

Willutzki, U. (2000): Ressourcenorientierung in der Psychotherapie - eine „neue“ Perspektive? In: Hermer, M. (Hrsg): Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts. Tübingen: dgvt-Verlag.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) Regionalbüro für Europa (2006): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Online im Internet: URL: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German . Stand: 31.10.2008.

Anhang

Table 1: Permanenz (negative Ereignisse)

Permanent (pessimistisch)	Temporär (optimistisch)
„Ich bin total kaputt.“	„Ich bin erschöpft.“
„Diäten funktionieren nie.“	„Diäten funktionieren nicht, wenn man im Restaurant essen geht.“
„Du nörgelst immer herum.“	„Du nörgelst, wenn ich mein Zimmer aufräume.“
„Der Boss ist ein Scheißkerl.“	„Der Boss hat schlechte Laune.“
„Nie redest du mit mir.“	„Du hast in letzter Zeit wenig mit mir gesprochen.“

Quelle: Seligman 2003, S. 152

Table 2: Permanenz (positive Ereignisse)

Temporär (pessimistisch)	Permanent (optimistisch)
„Mein Glückstag.“	„Ich habe immer Glück.“
„Ich strengte mich an.“	„Ich habe Talent.“
„Mein Rivale ist müde geworden.“	„Mein Rivale taugt nichts.“

Quelle: Seligman 2003, S. 153

Tabbelle 3: Allumfassendheit (negative Ereignisse)

Universell (pessimistisch)	Spezifisch (optimistisch)
„Alle Lehrer sind unfair.“	„Professor Seligman ist unfair.“
„Ich bin ein abstoßender Mensch.“	„Er findet mich abstoßend.“
„Bücher sind nutzlos.“	„Dieses Buch ist nutzlos.“

Quelle: Seligman 2003, S. 153

Tabb. 4: Allumfassendheit (positive Ereignisse)

Spezifisch (pessimistisch)	Universell (optimistisch)
„In Mathematik bin ich gut.“	„Ich bin einfach gut“
„Mein Broker kennt sich bei Öaktien aus.“	„Mein Broker kennt sich an der Wall Street aus.“
„Ich war charmant zu ihr.“	„Ich bin charmant.“

Tabelle 5: Exemplarische externe Ressourcen/Ressourcendefizite (D) in verschiedenen Lebensbereichen bezogen auf interne Anforderungen

Externe Ressourcen/Ressourcendefizite (D)	
<i>Interne Anforderung</i>	Externe Ressourcen/Ressourcendefizite (D)
Bedürfnis	Arbeits-/Beruf/Ausbildung Kernfamilie/Partnerschaft Verwandtschaft/Freundeskreis Sonstiges (Gesellschaft, Umwelt, Freizeit,...)
Physiologische B. (Nahrung, Atmung, Schlaf, Sexualität, Erholung, Bewegung)	Arbeit/Beruf/Ausbildung: Lärm, Staub, Hitze, Kälte... (D); Schichtarbeit (D); fehlende oder Zu kurze Arbeitspausen (D); Ergonomischer Arbeitsplatz Kernfamilie/Partnerschaft: Attraktiver Sexualpartner; Schlafdefizit wegen Krankenbetreuung (D) Verwandtschaft/Freundeskreis: Sport treiben mit Freunden; Festessen mit Verwandten und Freunden Sonstiges (Gesellschaft, Umwelt, Freizeit,...): Intakte Umwelt; Lärm in Umwelt (D); Umwelt mit hohem Erholungswert; Sport- und Bewegungsangebote; Schadstoffbelastung (D); gesunde Lebensmittel
Exploration	Arbeits-/Beruf/Ausbildung: Monotone Tätigkeit (D); Verfügbare Wissensquellen; Interessante Arbeit Kernfamilie/Partnerschaft: „Informativ“ Familienmitglieder Verwandtschaft/Freundeskreis: „Informativ“ Verwandte und Freunde Sonstiges (Gesellschaft, Umwelt, Freizeit,...): Externe Wissensquellen (Bibliothek; Internet,...); Hobbies; anregende Umwelt
Selbstaktualisierung	Arbeits-/Beruf/Ausbildung: Herausfordernde berufliche oder schulische Aufgaben; gutes (Weiter-)Bildungssystem Kernfamilie/Partnerschaft: Gelegenheit zur Entfaltung sozialer Fähigkeiten Verwandtschaft/Freundeskreis: Gelegenheit zur Entfaltung sozialer Fähigkeiten Sonstiges (Gesellschaft, Umwelt, Freizeit,...): Günstige Gelegenheiten zur Ausübung eines Hobbys; Einkommen
Orientierung/Sicherheit/Kontrolle	Arbeits-/Beruf/Ausbildung: Gefährliche Arbeitsbedingungen (D); geringe Kontrolle über Arbeit (D); sicherer Arbeitsplatz; angemessene Entlohnung; klare Aufgaben; unklare Verantwortung (D) Kernfamilie/Partnerschaft: Soziale Unterstützung durch kompetente Familienmitglieder Verwandtschaft/Freundeskreis: Soziale Unterstützung durch kompetente Verwandte oder Freunde Sonstiges (Gesellschaft, Umwelt, Freizeit,...): Rechtsstaat; Werte, Normen, Regeln, effizientes Gesundheitssystem; sichere Verkehrssysteme; Einkommen und Besitz; hohe Kriminalitätsrate (D); soziale Unterstützung durch Nachbarn
Bindung/Liebe	Arbeits-/Beruf/Ausbildung: Gute soziale Beziehungen zu Kollegen und Vorgesetzten Kernfamilie/Partnerschaft: Liebevolle Beziehungen zur Familie Verwandtschaft/Freundeskreis: Enge vertrauensvolle Beziehungen zu Verwandten Sonstiges (Gesellschaft, Umwelt, Freizeit,...): Enge Beziehung zu Freunden; Haustier; gute Einbindung in Gemeinde (Vereine, Kirche..)
Achtung/Wertschätzung	Arbeits-/Beruf/Ausbildung: Wertschätzung am Arbeitsplatz; schlechtes Betriebsklima (D) Kernfamilie/Partnerschaft: Wertschätzung durch Familienmitglieder Verwandtschaft/Freundeskreis: Geringschätzung durch Verwandtschaft (D) Sonstiges (Gesellschaft, Umwelt, Freizeit,...): Wertschätzung durch Freunde; Achtung durch Angehörige der eigenen Kultur; Einkommen

Quelle: Becker 2008, S. 134

Tabell e 6: Exemplarische interne Ressourcen/Ressourcendefizite (D) bezogen auf externe Anforderungen in verschiedenen Lebensbereichen

Anforderungen	Interne psychosoziale Ressourcen					Physische Ressourcen
	Kognitive Ressourcen		Spezifische Fertigkeiten	Persönlichkeitseigenschaften	Rollen/Ämter/Positionen	
	Wissen	Intelligenz				
<i>Arbeit/Beruf Ausbildung</i>	Berufliches, schulisches Wissen	Allgemeine + spezifische Intelligenz	Spezifische Berufliche Fertigkeiten	Big Four: Extraversion/Offenheit, Verträglichkeit, Gewissenh./ Kontrolliertheit, Neurotizismus (D); emotionale Intelligenz	Gute berufliche Position	Körperliche Fitness; Gesundheitszustand
<i>Kernfamilie Partnerschaft</i>	Erziehungswissen, partnerschaftsrelevantes Wissen	Allgemeine + soziale Intelligenz	Soziale Fertigkeiten	Big Four: Extraversion/Offenheit, Verträglichkeit, Gewissenh./ Kontrolliertheit, Neurotizismus (D); emotionale Intelligenz	Elternrolle, Partnerrolle	Gesundheitszustand; physische Attraktivität
<i>Verwandtschaft/ Freundeskreis</i>	Allgemeinwissen, verwandtschaftsrelevantes Wissen	Allgemeine + soziale Intelligenz	Soziale Fertigkeiten	Big Four: Extraversion/Offenheit, Verträglichkeit, Gewissenh./ Kontrolliertheit, Neurotizismus (D); emotionale Intelligenz	Rolle als Verwandter (Onkel, Tante...)	Gesundheitszustand; physische Attraktivität
<i>Sonstige (Gesellschaft, Umwelt, Freizeit, ...)</i>	Allgemeinwissen, Umweltwissen, Kenntnis von Normen, Werten, Regeln	Allgemeine Intelligenz	Soziale Fertigkeiten	Big Four: Extraversion/Offenheit, Verträglichkeit, Gewissenh./ Kontrolliertheit, Neurotizismus (D); emotionale Intelligenz	Ämter, Positionen in Gemeinde und Gesellschaft	Gesundheitszustand; physische Attraktivität

Quelle: Becker 2006, S. 138

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Berlin, 06.11.2008

Christina Reinke