

MATERIALIEN

Hans Wydler, Petra Kolip,
Thomas Abel (Hrsg.)

Salutogenese und Kohärenzgefühl

Grundlagen, Empirie
und Praxis eines gesund-
heitswissenschaftlichen
Konzepts

JUVENTA

Gesundheit: Salutogenese und Kohärenzgefühl

Einleitung und Überblick

1. Einleitung

„Salutogenese“ - mit diesem Neologismus brachte Aaron Antonovsky das Unbehagen gegenüber der Medizin als Reparaturbetrieb und gegenüber dem pathologischen Blick auf die Gesundheit und den Körper auf den Punkt. Nicht die Frage nach den krank machenden Faktoren solle im Zentrum des Interesses stehen, sondern jene nach den Ressourcen und Potenzialen, lautete Antonovskys Vorschlag (Antonovsky, 1979, 1987). Seine Arbeiten haben bis heute die Gesundheitsforschung und Gesundheitsförderung zu inspirieren vermocht, obwohl in den vergangenen Jahren zunehmend Kritik laut wurde, die sich vor allem an Unklarheiten der Theorie, an der mangelnden empirischen Absicherung und an der ungenügenden Güte des SOC-Fragebogens festmacht, der ein Kernelement der Theorie, das Kohärenzgefühl, operationalisieren sollte (zur Kritik siehe z.B. Becker, 1998; Bengel, Strittmatter & Willmann, 1998; Broda, Bürger & Dinger-Broda, 1995; Frenz, Carey, Jorgensen & Randall, 1993; Geyer, 1997; Lutz, Herbst, Ifland & Schneider, 1998; Sack & Lamprecht, 1998; Siegrist, 1994; Siegrist, Neumer & Margraf, 1998).

Während die recht massive theoretische und empirische Kritik in anderen Fällen dazu geführt hat, dass die Konzepte in den Schubladen verschwunden sind, gilt dies nicht für die Arbeiten Antonovskys. Es stellt sich deshalb die Frage, weshalb das Konzept eine solch grosse Faszination ausübt. Im Folgenden seien einige Aspekte diskutiert, ohne dass damit Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird.

2. Die Bedeutung der Salutogenese

Salutogenese als Phänomen des Zeitgeists? Antonovsky greift in seinem Konzept Ansätze, Gedanken und politische Strömungen der 70er- und 80er-Jahre auf und bündelt sie (Novak, 1998). So reflektiert er die in der damaligen Zeit

aktuellen Stressmodelle und die Auseinandersetzung mit dem bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit und Krankheit, wie es Engel (1977) formuliert hat. In Deutschland wurde das Konzept zu einer Zeit aufgegriffen, als sich in der Psychologie die Fachgruppe Gesundheitspsychologie gründete und als die Gesundheitswissenschaften/Public Health ihren Aufschwung erlebten. Die Arbeiten von Antonovsky boten sich als Anknüpfungspunkt an, denn in ihnen fanden der Perspektivenwechsel, die Kritik am pathogenetisch ausgerichteten medizinischen und psychosozialen Versorgungssystem und die Auseinandersetzung mit dem Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff seinen deutlichsten Ausdruck. Allerdings lässt sich auch beobachten, dass zahlreiche Projekte als salutogenetisch orientiert ausgegeben werden, ohne dass tatsächlich auf die Konzepte von Antonovsky inhaltlich zurückgegriffen wird und ohne dass eine klare salutogenetische Ausrichtung erkennbar wird. Salutogenese steht so in der Gefahr, zu einer Worthülse zu verkommen, mit der sich traditionelle Forschungs- und Praxisprojekte der klinischen Psychologie und Psychotherapie, der Rehabilitation, der Prävention oder der Psychosomatik den Zugang zu neuen Finanzierungsquellen verschaffen. Einen ähnlichen Vorbehalt formulieren Bengel et al. (1998), wenn sie äussern:

„Einige Autoren und auch Kritiker des Gesundheitssystems benutzen das Konzept häufig nur als Schlagwort, um ihre Position zu untermauern; dabei werden sowohl bereits etablierte Massnahmen zur Gesundheitsförderung als salutogenetisch bezeichnet als auch neue präventive Angebote unter dem Schlagwort der Salutogenese eingeführt. (...) Ebenso muss man feststellen, dass gesundheitspsychologische Studien (...) trotz eines oft propagierten Perspektivenwechsels (teilweise wird sogar von einem Paradigmenwechsel gesprochen) weiterhin ein pathogenetisches und am Defizit- bzw. Risikomodelle orientiertes Studiendesign bevorzugen“ (Bengel et al., 1998, S. 9 und S. 42).

Salutogenese als multidisziplinäres Konzept: Der Perspektivenwechsel von der Pathogenese zur Salutogenese wird von WissenschaftlerInnen unterschiedlicher Disziplinen und von PraktikerInnen als anregend empfunden. Das Salutogenese-konzept ist deshalb attraktiv, weil es sowohl in sozial- und gesundheitswissenschaftlicher als auch in medizinischer Richtung anschlussfähig ist (auch wenn dies bislang überwiegend von den Sozial- und Gesundheitswissenschaftlern genutzt wurde). Vor allem in multidisziplinären Diskussionszusammenhängen und Projekten eignen sich die Theorie und das Konstrukt, um eine gemeinsame Diskussionsbasis zu definieren und eine multidisziplinäre Bearbeitung gesundheitswissenschaftlich relevanter Fragestellungen zu erleichtern (Siegrist et al., 1998).

Salutogenese als theoretisches Fundament für eine Neuorientierung der Gesundheitsförderung: Attraktivität hat das Salutogenese-konzept schliesslich auch im Bereich der praktischen Gesundheitsförderung erlangt: Der Blick auf die protektiven Faktoren hat die Gesundheitsförderungsbewegung beflügelt und ihr

einen Anknüpfungspunkt für theoretische Verankerungen geschaffen. Zunehmend wird die Frage gestellt, welche praktischen Konsequenzen aus der antonovskyschen Konzeption abgeleitet werden können. Die Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung gilt als programmatisches Papier der Weltgesundheitsorganisation, das durch die Publikationen von Aaron Antonovsky eine theoretische Fundierung erhalten hat. Mittlerweile liegen auch einige Arbeiten vor, wie sich Ressourcen in spezifischen Praxisfeldern erschliessen lassen. Einige Beispiele finden sich in diesem Band.

Neben diesen drei genannten Punkten übt das Konzept auch eine theoretisch-philosophische Faszination aus, denn es beschäftigt sich mit einer Grundproblematik menschlichen Daseins: mit der Frage, wie Identität im Rahmen eines sozialen Umfeldes gefunden und entwickelt werden kann. Obwohl diese Thematik möglicherweise nicht im Vordergrund des Konzeptes steht und bis anhin auch nicht zentral diskutiert wurde, kann eine möglicherweise zentrale Bedeutung des Salutogenese-Konzeptes aus dieser Idee abgeleitet werden. Im Folgenden wollen wir diesen Aspekt kurz erläutern.

3. Kohärenzgefühl und Identitätsentwicklung

In heutiger Zeit sind in wirtschaftlich hoch entwickelten Ländern die durchschnittlichen Lebensbedingungen vergleichsweise gut. Für den grösseren Teil der Bevölkerung ist der Alltag durch relativen Wohlstand gekennzeichnet. Trotzdem spiegeln sich auch auf der Ebene zahlreicher Gesundheitsvariablen deutliche soziale Ungleichheiten wider. So sind sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen stärker von Krankheit betroffen, und biologische, psychosoziale und gesellschaftliche Risiken werden in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen in unterschiedlichem Masse erlebt und bewältigt (Mielck, 1994).

Im Kindes- und Jugendalter ist eine Zunahme von psychischen und emotionalen Befindlichkeitsbeeinträchtigungen zu beobachten, und es wird die These formuliert, dass dieser Anstieg aus einem raschen gesellschaftlichen Wandel resultiert (Haberlandt, Höfer, Keupp, Seitz & Straus, 1995; Kolip, Hurrelmann & Schnabel, 1995). Entwicklungen, die mit Stichworten wie Globalisierung und Individualisierung gekennzeichnet werden, verändern Bedingungen und Bedeutungen von Gesundheit. Da traditionelle Sinngabungsstrukturen und Institutionen in raschem Wandel begriffen sind, wird die Entwicklung von Identität und Kohärenzgefühl erschwert. Was Tradition, familiäre Struktur und Familiensinn, Einbindung in eine regionale Gemeinschaft und gemeinsame Religion leisteten, wird zunehmend den Individuen als individuelle Leistung aufgebürdet. Aus einem Kanon möglicher Werte und Überzeugungen hat das Individuum seine eigenen zu bestimmen und zu entwickeln. Seine Biografie ist weniger als in vergangenen Perioden durch Institutionen und den sozialen Stand vorgezeichnet. Vielmehr verfügt das Individuum über eine Fülle an Möglichkeiten, Lebensgestaltung und Lebensführung (mit) zu bestimmen. Was zum ei-

nen eine grosse Freiheit und Selbstverwirklichungspotenziale beinhaltet, stellt zum anderen auch eine schwierige Aufgabe dar, denn der traditionelle Orientierungsrahmen steht nur eingeschränkt zur Verfügung. Ein Anstieg des psychosozialen Stresses könnte deshalb - wie erwähnt - als Indikator für individuelle Überforderung und soziale Desorganisation gewertet werden.

Vor diesem Hintergrund beschreibt nun das Konzept des Kohärenzgefühls die Fähigkeit, angesichts vielfältiger gesellschaftlicher Optionen ein Gefühl von Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit zu entwickeln. Gemäss Antonovsky entscheiden soziale Ressourcen und Belastungen mit darüber, in welchem Ausmass das Kohärenzgefühl und die damit verbundene Fähigkeit, in Belastungssituationen über ein flexibles Bewältigungsinstrumentarium zu verfügen, entwickelt werden kann. Wenn die Umgebungssituation nun aber durch Individualisierung, Globalisierung und Pluralisierung gekennzeichnet ist, wie kann dann das Individuum diesen Tendenzen entgegen wirken oder sie gar kompensieren? Wie sollen Kinder und Jugendliche Kohärenzgefühl entwickeln, wenn (ihnen) tradierte konsensuale Muster, Werte, Überzeugungen und Rollenmuster nur mehr eingeschränkt zur Verfügung stehen und ein entsprechender Sinnfindungs- und Identitätsbildungsprozess zuvor erst durchschritten und geleistet werden muss?

In gesellschaftlichen Situationen von Unsicherheit und multiplen Wahlmöglichkeiten kommt dem Zutrauen und dem Risiko besondere Bedeutung zu. Vertrauen ist für die Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung zentral. Giddens (1991) verwendet den Begriff der *ontologischen Sicherheit* und argumentiert, dass Zutrauen und Vertrauen entscheidende Phänomene in der Persönlichkeitsentwicklung darstellten und dass diese Empfindungen und Erfahrungen für die Entwicklung ontologischer Sicherheit verantwortlich seien. Es ist augenfällig, dass in Lebensbedingungen der Moderne die Ausbildung ontologischer Sicherheit verändert oder auch prekär wird. Umgekehrt stellt das Vertrauen jenen Faktor dar, der das Individuum vor Gefühlen der Sinnlosigkeit und Paralyse schützt, die es angesichts der täglichen Sinnentleerung und der Globalisierungseinflüsse überkommen, und den Menschen als vertrauensvoll agierendes Wesen in die tägliche Auseinandersetzung entlässt.

Die Existenz von Risiken macht es notwendig, dass gegenwärtiges Handeln im Lichte zukünftiger Folgen bedacht und erwogen werden will. Individuen sind deshalb angehalten, riskante Optionen perspektivisch zu berücksichtigen und Flexibilität zu bewahren und trotzdem ein Gefühl von Identität zu entwickeln.

Das Kohärenzgefühl beschreibt in dieser Perspektive die Fähigkeit, angesichts vielfältiger gesellschaftlicher Optionen ein Gefühl von Verstehbarkeit (in den Dimensionen der Reflexivität von Identität und gesellschaftlichem Umfeld), von Sinnhaftigkeit (in der Überwindung von „existentieller Angst“ und der Bildung „ontologischer Sicherheit“) und der Handhabbarkeit (in der Dimension der Bildung des Selbst) zu entwickeln. Die Überlegungen Giddens' können in Verbindung zu Antonovskys Modell gebracht werden. Es kann z.B. die Frage

gestellt werden, ob es ontologische Sicherheit für die Entwicklung eines starken SOC braucht, oder ob vielmehr das Umgekehrte zutrifft. Hier zeigt sich schon im Groben, dass es durchaus lohnenswert wäre, das SOC-Konzept, nicht nur wie üblich mit anderen empirischen Messkonzepten wie z.B. Angst, Depression, Hardiness zu vergleichen, sondern seinen theoretischen Gehalt auf mögliche Verbindungen und Ergänzungen zu theoretischen Ansätzen zu überprüfen. In verschiedenen Beiträgen dieses Bandes finden sich entsprechende Bemühungen und vertiefende Überlegungen (z.B. in den Beiträgen von Schneider und Höfer).

4. Über diesen Band

Die skizzierten Stränge spannen den Rahmen für den vorliegenden Band auf, mit dem wir eine multidisziplinäre, gesundheitswissenschaftlich orientierte Standortbestimmung zur Salutogeneseforschung und zur Anwendung des Konzepts in der Praxis vornehmen wollen. Der Band dokumentiert die Beiträge einer Tagung des Komitees „Gesundheitssoziologie“ der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie, die im November 1999 in Zürich stattfand und auf der VertreterInnen unterschiedlicher Fachrichtungen zu einem Austausch zusammengekommen sind. Der Band will anregen, die Entwicklung des Konzepts von seinen theoretischen und philosophischen Grundlagen bis hin zur praktischen Umsetzung in konkreten Projekten zur Gesundheitsförderung in verschiedenen Feldern zu verfolgen. Von besonderem Interesse ist dabei für uns die multidisziplinäre Perspektive, um aufzuzeigen, dass das Konzept sowohl in den Sozialwissenschaften als auch in der Medizin anschlussfähig ist und nicht nur die Wissenschaft, sondern auch die gesundheitswissenschaftliche Praxis anzuregen vermag.

Der Band gliedert sich thematisch in drei Teile. Im ersten Teil stehen zunächst philosophische und theoretische Überlegungen im Vordergrund.

Der historisch-philosophische Beitrag von *Christa M. Schneider* konzentriert sich auf das zerrissene Selbstkonzept der Individuen in Phasen der Zeitwende und beleuchtet die Selbsterhaltung unter Bedingungen von Ungleichgewicht. Sie diskutiert die Werteproblematik im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit und konzentriert sich schliesslich auf die Frage, wie das Kohärenzgefühl gestärkt werden kann.

Andrea Welbrink und *Alexa Franke* beschäftigen sich mit euthymer Erleben und mit der Frage, ob fehlende innere Achtsamkeit bzw. Selbstsorge mit Suchtproblemen im Zusammenhang stehen. Auf der Grundlage einer Studie mit suchtkranken Frauen schlagen sie eine Erweiterung des antonovskyschen Modells vor.

Renate Höfer stellt selbstreflexive Prozesse in den Vordergrund und verknüpft das Modell der Salutogenese mit einem Identitätsentwicklungsmodell. Sie stellt

in ihrem Beitrag die Frage, unter welchen Bedingungen Identität zu Stande kommt und zeigt, dass Identität als Quelle des Kohärenzgefühls konzeptualisiert werden kann.

Im zweiten Teil stehen empirische Studien und methodische Aspekte im Zentrum der Aufmerksamkeit. In den Beiträgen werden die methodologischen Probleme der Erfassung und Operationalisierung des Kohärenzgefühls erörtert, und neuere empirische Studien werden vorgestellt.

Siegfried Geyer wirft einen kritischen methodischen Blick auf das Kohärenzgefühl und die Messinstrumente zu seiner Erfassung. Er kritisiert den Mangel an Längsschnittuntersuchungen und die fehlende Präzisierung der soziologischen Seite des Modells. Er fordert in seinem Beitrag eine grundsätzliche Neubearbeitung des SOC-Fragebogens.

Der Beitrag von *Margreet Duetz, Thomas Abel, Franziska Siegenthaler* und *Steffen Niemann* steht in der Tradition der Messung des Zusammenhangs von SOC und Gesundheit, wobei die Daten aus einer der wenigen Längsschnittstudien vorgestellt werden. Die Ergebnisse bestätigen einen positiven Zusammenhang, der bei den Frauen besonders deutlich ausfällt. Die Studie zeigt aber auch, dass Langzeiteffekte eher schwach ausgeprägt sind.

Esther Walter, Thomas Abel und *Steffen Niemann* beschäftigen sich in ihrem Beitrag mit der Frage, inwiefern personale Merkmale mit sozialen Merkmalen (Einkommen, Beruf, Bildung, soziale Unterstützung) zusammenhängen. Sie fordern eine Verknüpfung von handlungs- und strukturtheoretischen Ansätzen. Sie differenzieren zwischen hoch, minder und normal Gesunden und schlagen eine begriffliche Präzisierung der Einflussfaktoren vor.

Florian Straus und *Renate Höfer* leisten einen empirischen Beitrag zur Frage, in welcher Form Kohärenzgefühl und (soziale) Ressourcen die Gesundheit Jugendlicher beeinflussen. Sie beschäftigen sich mit den Interdependenzen verschiedener Ressourcenarten. Als Schlussfolgerung fordern sie, dass diese Interdependenzen empirisch und theoretisch weiter geklärt und fundiert werden.

Ivars Udris und *Martin Rimann* beschäftigten sich mit verschiedenen Validitätsaspekten der SOC-Skala. Ihr Beitrag zeigt, dass zwar Korrelationen zu anderen (verwandten) Konstrukten bestehen, dass der SOC aber ein eigenes Konstrukt darstellt. Es vermag theoriekonform zwischen verschiedenen Personengruppen zu trennen. Sie schlagen ein Prozessmodell des SOC vor und folgern, dass der SOC sowohl als Ressource als auch als Bestandteil von Gesundheit aufgefasst werden muss.

Im dritten Teil schliesslich steht die Frage im Vordergrund, wie sich das Salutogenesekonzept in der Praxis anwenden lässt.

Der Beitrag von *Markus Fähr* zeigt, dass das Kohärenzgefühl selbst das Ergebnis einer Intervention sein kann. Er untersucht die Frage, ob sich das Kohärenzgefühl durch psychotherapeutische Behandlung verändern lässt. Insbeson-

dere die psychoanalytische Langzeitbehandlung scheint hier positive Resultate zu erbringen.

Uwe H. Ross illustriert am Beispiel der Tinnitus-Behandlung, wie sich eine salutogenetische Perspektive Gewinn bringend in die medizinische Rehabilitation einbringen lässt. Eindrücklich schildert er, wie sich traditionelle medizinische Behandlungskonzepte durch ganzheitliche, an den Ressourcen der PatientInnen orientierte Ansätze ersetzen lassen.

Marianne Brieskorn-Zinke verfolgt einen ähnlichen Ansatz, wenn auch in einem gänzlich anderen Kontext. Sie hat ein Ausbildungsprogramm für pflegewissenschaftliche Studiengänge entwickelt, in dem die Salutogenese als theoretisches Rahmenmodell dient. In ihrem Beitrag stellt sie dar, wie die Konzepte Antonovskys Eingang in pflegerische Handlungsfelder finden können.

Der Band schliesst mit einem Ausblick von *Toni Faltermaier* und mit einem Essay der HerausgeberInnen. *Toni Faltermaier* fasst in seinem Text die Beiträge des Bandes auf einer übergreifenden Ebene zusammen und formuliert aus seiner Sicht Probleme und Entwicklungsperspektiven der Salutogeneseforschung und Praxisanwendung. *Thomas Abel*, *Petra Kolip* und *Hans Wydler* greifen zum Abschluss einige grundsätzliche Fragestellungen auf in dem Bemühen, eine kritisch-konstruktive Auseinandersetzung mit dem Konzept des Kohärenzgefühls und des salutogenetischen Ansatzes von Antonovsky zu fördern.

Literatur

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Becker, P. (1998). Die Salutogenesetheorie von Antonovsky: Eine wirklich neue, empirisch abgesicherte, zukunftsweisende Perspektive? In J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- vs. pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 13–25). Berlin: Springer.
- Bengel, J., Strittmacher, R. & Willmann H. (1998). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln: BzgA.
- Broda, M., Bürger, W. & Dinger-Broda, A. (1995). Therapieerfolg und Kohärenzgefühl - Zusammenhänge zwei bis fünf Jahre nach stationär verhaltensmedizinischer Behandlung. In R. Lutz & N. Mark (Hrsg.), *Wie gesund sind Kranke?* (S. 113–122) Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Frenz, A., Carey, W., Jorgensen, M. P. & Randall, S. (1993). Psychometric evaluation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Psychological Assessment*, 5, 145–153.
- Geyer, S. (1997). Some conceptual considerations on the Sense of Coherence. *Social Science and Medicine*, 44, 1771–1779.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*. Stanford: Stanford University Press.
- Haberlandt, M., Höfer, R., Keupp, H., Seitz, R. & Straus, F. (1995). Risiken und Chancen der Entwicklung im Jugendalter. In P. Kolip, K. Hurrelmann & P.-E. Schnabel (Hrsg.), *Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche* (S. 87–109). Weinheim: Juventa.
- Kolip, P., Hurrelmann, K. & Schnabel, P.-E. (Hrsg.). (1995). *Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche*. Weinheim: Juventa.
- Lutz, R., Herbst, M., Iffland, P. & Schneider, J. (1998). Möglichkeiten der Operationalisierung des Kohärenzgefühls von Antonovsky und deren theoretische Implikationen. In J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- vs. pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 172–185). Berlin: Springer.
- Mielck, A. (Hrsg.) (1994). *Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland*. Opladen: Leske + Budrich.
- Novak, P. (1998). Salutogenese und Pathogenese: Komplementarität und Abgrenzung. In J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- vs. pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 27–39). Berlin: Springer.
- Sack, M. & Lamprecht, F. (1998). Forschungsaspekte zum „Sense of Coherence“. In W. Schüffel, U. Brucks, R. Johnen, V. Köllner, F. Lamprecht & U. Schnyder (Hrsg.), *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis* (S. 325–336). Wiesbaden: Ullstein Medical.

- Siegrist, J. (1994). Selbstregulation, Emotion und Gesundheit. Versuch einer sozialwissenschaftlichen Grundlegung. In F. Lamprecht & R. Johnen (Hrsg.), *Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik?* (S. 85–94) Frankfurt a. M.: Verlag für akademische Schriften.
- Siegrist, J., Neumer, S. & Margraf, J. (1998). Salutogeneseforschung: Versuch einer Standortbestimmung. In J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- vs. pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 3–11). Berlin: Springer.

Christa M. Schneider

Philosophische Überlegungen zu Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese

Zusammenfassung

Antonovskys *Salutogenese* (1997) stellt ein interessantes Konzept dar, das nicht nur für die Praxis, z.B. die therapeutische Praxis, sondern auch für die Theorie relevant ist. Sie lässt eine Vertiefung philosophischer und interdisziplinärer Aspekte zu. Vier Gesichtspunkte möchte ich aufzeigen. *Erstens*: Krankheit und Gesundheit werden im Sinne des Kontinuums gedacht. Diese Vorstellung ist aber nicht an die Idee des Gleichgewichts (Homöostase) gebunden, sondern an die Idee des Ungleichgewichts (Heterostase). Mit dem Terminus Heterostase ist die *Vorstellung von Leben* verknüpft, in der es um *Selbsterhaltung im Ungleichgewicht* geht. Antonovskys sozialpsychologisches Konzept der Stressoren und Widerstandsressourcen ist ein wichtiger Beitrag, das Leben als etwas Uneinheitliches zu begreifen, das so lange lebbar bleibt, bis der Tod eintritt. Überlegungen zu Stressoren und Widerstandsressourcen führten mich *zweitens* zu der *These, dass sich der Geist der Zeitwenden metaphorisch verwenden lässt, um das zerrissene Selbstkonzept der Individuen zu beschreiben*. Politische und gesellschaftliche Umbrüche werden vom Einzelnen als Stressoren erlebt, auf die er auf Grund seiner Ressourcen mit unterschiedlichen Strategien reagiert. *Drittens*: In der Diskussion der „Salutogenese“ muss die *Wertproblematik* berücksichtigt werden. „Gesundheit“ und „Krankheit“ sind mit Wertvorstellungen verbunden. Jeder Mensch bestimmt für sich, welche Gesundheit für ihn wertvoll ist. Gesellschaftliche Werte fließen dabei in unsere Haltung mit ein. *Viertens*: Die heutigen sozialtheoretischen und -therapeutischen Überlegungen reflektieren das gesellschaftliche Leben des Individuums und stellen *die drängende Frage, wie das Kohärenzgefühl zu stärken ist*.

1. Einleitung

Wann bleibt jemand gesund? Diese Frage stellt sich der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky und entwickelt das Konzept der Salutogenese. Er übt Kritik am pathogenetischen und dichotomen Modell, das wesentlich danach fragt, was Menschen krank macht, und das Krankheit als Abwesenheit von Gesundheit begreift. Sein Anliegen lautet: Wie verarbeitet das Individuum Spannungszustände und bleibt dabei gesund? Wie lassen sich

die Mechanismen einer gesunden Verarbeitung stärken? Er begreift Krankheit als notwendigen Bestandteil des Lebens, in dem sich Gesundheit und Krankheit mischen. Antonovsky verwendet zwei Bilder, um den Sachverhalt zu beschreiben. Wir alle befinden uns „in verschiedenen Flüssen, deren Strömungen und Strudel oder andere Gefahrenquellen variieren; niemand befindet sich jemals am sicheren Ufer“ (1993, S. 7). Gesund bleiben heisst hierbei ein guter Schwimmer zu werden. Oder auf die Metapher des Skifahrers angewendet - wie Antonovsky es ausdrückt -: Wir alle fahren eine lange Skipiste hinunter. Während die pathogenetische Orientierung hauptsächlich mit denjenigen beschäftigt ist, „die an einen Felsen gefahren sind, an einen Baum, mit einem anderen Skifahrer zusammengestossen sind oder in eine Gletscherspalte fielen“ bzw. die uns davon überzeugen will, dass es besser ist, überhaupt nicht Ski zu fahren, interessiert sich die salutogenetische Orientierung dafür, „wie die Piste ungefährlicher gemacht werden kann und wie man Menschen zu sehr guten Skifahrern machen kann“ (1993, S. 11).

Diese Fähigkeit oder Eigenschaft nennt Antonovsky (1979) „sense of coherence“ (SOC), was im Folgenden *Kohärenzgefühl* genannt wird und weitere mögliche Übersetzungen wie Kohärenzsinn und -erleben umfasst. Es ist „keine spezielle Coping-Strategie sondern eine generelle Lebenseinstellung“ (1993, S. 4). Gesund ist, wer den Fluss, in dem er schwimmt, einigermaßen überblickt und seine Wünsche, sein Können und Tun darauf abstimmt. *Krankheit und Gesundheit* sieht der Sozialforscher als *zwei entgegengesetzte Pole eines Kontinuums*. Der Mensch bewegt sich zwischen den Zuständen von Gesund- und Kranksein. Absolute Gesundheit gibt es ebenso wenig wie völliges Kranksein; jeder Mensch, auch wenn er sich überwiegend gesund erlebt, trägt kranke Anteile in sich. Antonovsky stellt den Aspekt der körperlichen Gesundheit in den Mittelpunkt (1979). Dem Gesichtspunkt der Unterscheidung von körperlicher und psychischer Gesundheit bei Antonovsky gehe ich hier nicht weiter nach.

Das pathogenetische Modell geht von der Homöostase aus, der Vorstellung, dass der Mensch in einer inneren und äusseren Stabilität lebe. Dies sei der Normalzustand des Menschen, und die Krankheit sei lediglich an das unglückliche Zusammentreffen bestimmter Faktoren gebunden. Bei dieser Auffassung besteht die Gefahr, dass in verkürzter Weise rückgeschlossen wird, dass Gesundheit durch das Entfernen krank machender Faktoren, die man als atomistische Teile verstehen kann, sozusagen garantiert sei.

Das salutogenetische Modell ist dagegen der Idee der Heterostase verpflichtet, der Meinung, dass sich der Mensch wesentlich im Ungleichgewicht, in der fehlenden Stabilität bewegt. Wie kann er da gesund bleiben? *Stressoren*, d.h. äussere Einwirkungen, spielen eine wichtige Rolle. Sie versetzen die Person in einen physiologischen Spannungszustand, den es körperlich und seelisch zu bewältigen gilt. Gelingt dies, dann stärkt das Erleben den „sense of coherence“, misslingt es, dann entsteht Stress, der aber nicht zwangsläufig krank machend sein muss. Ob *Ressourcen* geweckt werden, hängt nämlich von zweierlei ab,

erstens ob die betreffende Person bereits über einen hohen „sense of coherence“ verfügt und zweitens, ob zusätzlich zum auftretenden Stress andere schwächende Faktoren (Krankheit, äussere Nöte) vorliegen. In diesem Zusammenhang spricht Antonovsky von „generalisierten Widerstandsressourcen“, heilsamen Faktoren („salutary factors“), die einem helfen, „mit jedwedem Stressor umzugehen“ (1993, S. 11). Zunächst dachte er dabei an Faktoren wie soziale Unterstützung, Geld und kulturelle Stabilität, später aber, in der Entwicklung seines Konzeptes, merkte er, dass diese *exogenen Ressourcen auf „endogene“, personenspezifische Ressourcen verweisen*. Diesen äusseren Faktoren war gemeinsam, dass sie „die Überzeugung des Menschen stärkten, dass die Stimuli der eigenen Umwelt sinnvoll interpretierbar sind“ (1993, S. 11). Er nannte diese Komponente das *Gefühl der Verstehbarkeit* (sense of comprehensibility). Dies allein aber genügt nicht. Zu dem Gefühl, etwas verstanden zu haben, muss ein weiterer Faktor hinzukommen: der des instrumentellen Vertrauens, das *Machbarkeitsgefühl* (sense of manageability). Der dritte Faktor, den Antonovsky fand, ist die Motiviertheit, das Gefühl, etwas bewältigen zu wollen. Dies nannte er das *Bedeutsamkeitsgefühl* (sense of meaningfulness).

In diesem Artikel biete ich Antonovskys Heterostase in die Begrifflichkeit des Ganzen und seiner Teile ein. Das Leben des Subjekts ist als Ganzes zu betrachten, das aus verschiedenen gesundheitsfördernden und krankmachenden Anteilen besteht. Diese Begrifflichkeit will ich anhand der antiken Philosophie darlegen und medizinhistorische Überlegungen anfügen (Abschnitt 2: Homöostase: Gesundheit als Mischung verschiedener Teile - Krankheit als destruktiver Teil). Dann verknüpfe ich Überlegungen bezüglich Stressoren und Widerstandsressourcen mit einer Geisteshaltung, deren Wurzeln ich metaphorisch mit dem Geschehen der reformatischen Wende verbinde (mündlicher Hinweis von T. Faltermaier) (Abschnitt 3: Stressoren und Widerstandsressourcen - Herausforderung oder Selbstzurücknahme auf Grund von Verstehbarkeit, Machbarkeit, Bedeutsamkeit). Anschliessend werde ich Antonovskys Salutogenese mit Gedanken der philosophischen Wertproblematik verbinden. Gesundheit ist kein Wert an sich, ohne den sozusagen das Leben nicht gelingen könnte, sondern Gesundheit ist ein modaler Wert, ein Modus des Lebens, der besagt, dass es ebenso auch möglich ist, als Kranker zu leben. Die sich daraus ergebenden Fragen können einerseits aus medizinisch-physiopathologischer Sicht und andererseits aus phänomenologischer Sicht des subjektiven Erlebens dargelegt werden (Abschnitt 4: Das Kohärenzgefühl als individuelle Norm). Ich beende meine Arbeit mit sozialtheoretischen Überlegungen der Postmodernen Frankfurter Schule und des amerikanischen Soziologen und Kulturhistorikers R. Sennett und stelle die Frage nach der Stärkung des Kohärenzgefühls (Abschnitt 5: Das Kohärenzgefühl angesichts der gesellschaftlichen Desintegration?).

2. Homöostase: Gesundheit als Mischung verschiedener Teile - Krankheit als destruktiver Teil

Die Auffassung der Antike kann im Sinne der Homöostase, des regulierten dynamischen Gleichgewichts, beschrieben werden. Platon (427–347 v. Chr.) lässt den Arzt Eryximachos im Meisterdialog „Symposion“ sagen, dass *Gesundheit Harmonie und vernünftige Mischung der Gegensätze* sei (1974a, 188a). Ähnlich wie der richtige Zustand des Kosmos eine Mischung der Elemente ist, so bildet sich die Gesundheit des einzelnen Menschen als Mischung der Gegensätze ab. Und wir finden in Platons Ideenlehre auch die ergänzende Vorstellung, dass die *Krankheit analog zu einem Ganzen ein in sich abgeschlossenes Wesen* ist. Er sagt im Spätdialog „Timaios“: „Jeder krankhafte Zustand stimmt irgendwie mit der Natur der Lebewesen überein. Denn auch die Zusammensetzung der Lebewesen enthält die Vorbestimmung einer gewissen Lebenszeit, für sich und die ganze Gattung, und dementsprechend ist jedem Wesen ein gewisses Leben zugeordnet, abgesehen von den Unglücksfällen, die das Schicksal mit sich bringen kann. (...) Wenn man die Krankheiten vor der Zeit, die vom Schicksal bestimmt ist, mit Hilfe von Heilmitteln unterdrückt, so können leicht aus kleinen Krankheiten grosse und zugleich aus wenigen viele werden. Darum sollte man alles Derartige durch eine richtige Lebensweise in gute Bahnen lenken, soweit man die nötige Zeit dazu hat, und darf das Übel nicht durch die Einnahme von Arzneien so reizen, dass es bösartig wird“ (1974b, S. 89).

In Platons Dialogen spiegeln sich Gedanken über das Geschehen im Kosmos wider. Die Naturphilosophen diskutieren darüber, wie man sich denn das Ganze, die Einheit, das Unveränderliche und die Teile, Elemente, die Veränderungen denken müsse. Die Kontroverse lautet: Die Wirklichkeit kann als einheitlich und unveränderlich betrachtet werden (dies war die Meinung des Parmenides). Und: Die Wirklichkeit lässt sich durch Veränderlichkeit und Dynamik beschreiben (das sagte Heraklit). Die sich daraus entwickelnde Lehre des Atomismus legte das Fundament für eine rationale Sicht der Wirklichkeit, in der die Gegensätze Unveränderlichkeit und Veränderlichkeit enthalten sind. Es geht um die zu Grunde liegende Frage: Wie lassen sich die Ordnung und das Gleichbleibende trotz der Veränderbarkeit und dem Wechsel erhalten? Diese Überlegungen waren kosmologisch begründet.

Diese Gedanken prägen die Diskussion über „Gesundheit“ und „Krankheit“: Zum einen ist der Einzelne faktisch in den Kosmos eingebunden und seine Gesundheit ist Teil des Ganzen, das sein Leben und seinen Tod, und entsprechend auch seine Krankheit, umschliesst. Zum anderen aber ist der Einzelne analog zum Kosmos sozusagen sein eigener Demiurg, der in sich ruht und zugleich seine Veränderungen mitbestimmt und somit über seinen Zustand der Gesundheit oder Krankheit verfügt.

Diese Aspekte von Gesundheit und Krankheit gelten für die ganze Antike. Die Harmonie und die vernünftige Mischung der Gegensätze und das Eigenleben

von Elementen. Auch *Aristoteles*, der Platons Ideen weiterentwickelte, spricht von Gesundheit als rechter Mitte und Gleichmass verschiedener Kräfte (1975, 1104a, S. 14ff.; 1173a, S. 24ff.), dem Höhepunkt des Wohlbefindens und der Leistungsfähigkeit (1975, 1107a, S. 5–8). Als er 384 v. Chr. geboren wurde, waren die Vorstellungen der Lehren des Arzt-Philosophen Alkmaion von Unteritalien und von Hippokrates im griechischen Kleinasien bereits zum allgemeinen Kulturgut geworden.

Hippokrates (460–380 v. Chr.), der als Vater der Medizin betrachtet wird, ist uns vor allem auf Grund des Hippokratischen Eides bekannt. Allerdings stammt die Formel nicht mit Sicherheit von ihm selbst. Zudem verbinden wir mit seinem Namen die Lehre von den Körpersäften. Aus Blut, Schleim, gelber und schwarzer Galle bestehe der Körper, und einer richtigen Mischung sei die Gesundheit zu verdanken; sei aber das Gleichgewicht dieser Säfte gestört, resultiere daraus Krankheit. Darüber hinaus hatte der Meister die Verwendung natürlicher und vernünftiger Heilmittel empfohlen. Er achtete auf die Auswirkungen der natürlichen Umwelt, des Trinkwassers, des Klimas, der Jahreszeiten, der Winde, und in der Therapie verwendete er vorwiegend Diät und Fasten, Bäder, frische Luft und Massage. Sehr hoch bewertete er die Prognose, das frühzeitige Erkennen von Krankheitserscheinungen, die Vorausberechnung ihres Verlaufs und im Zusammenhang damit das Vorbeugen durch gesunde Lebensweise, nämlich der Hygiene. Als praktischer Arzt wandte er sich gegen die Idee der Einheit des Menschen und ebenso gegen die Idee der Einheit der Krankheit. Er meinte: „(...) wenn der Mensch Eins wäre, würde er niemals Schmerzen haben; denn es gäbe nichts, wodurch er Schmerzen empfinden könnte, wenn er Eins wäre. Und wenn er schon Schmerzen hätte, müsste doch auch das Heilmittel ein einziges sein. Nun gibt es aber viele Heilmittel; denn im Körper ist vieles vorhanden, das (...) Krankheiten erzeugt“ (1962, S. 167–173).

„Gesundheit“ und „Krankheit“ umfassen sowohl den Körper als auch die Seele. Ich gehe hier aber auf die Vorstellungen der Seele in der Antike nicht ein, da eine Darstellung dieses komplexen Begriffes den Rahmen meiner Arbeit sprengen würde. Sie würde die verschiedenen Interpretationen der Seele als unsterbliches Gebilde, als homerische Vorstellung vom Schattenbild des Verstorbenen, als Körperseele und als pythagoreische „Seelenharmonie“ umfassen. Zudem würde auch die Frage nach dem Verhältnis von Körper und Seele hinsichtlich der Gesundheit gestellt und erörtert werden müssen.

Die Gedanken der Antike und die Auffassungen des kosmologischen Modells wirken bis ins 16. Jahrhundert weiter. Dann wandeln sich die Begriffe Gesundheit und Krankheit besonders unter dem Einfluss der zunehmenden Naturbeherrschung und der Erfahrung der geografischen Endlichkeit der Welt entscheidend. Die unscheinbar vorhandene Sicherheit gerät ins Wanken und muss mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln erhalten werden. Die symbolische Dimension der Krankheit, d.h. die Idee der Einbettung, die sich in der romantischen Naturphilosophie erhalten konnte, verkümmert immer mehr und es ver-

fällt der Glaube an die „Welt-Gesundheit, oder besser: mit dem Zweifel, ob wir an der harmonisch geordneten Welt, bzw. der ‘Natur’ noch Mass für unsere Gesundheit nehmen können, kommt der klare Gegensatz von Gesundheit und Krankheit ins Wanken“ (Holzhey, 1995, S. 3). In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts wird in den deutschen Territorien der Mensch, seine Lebensweise und die Umwelt lediglich als ökonomischer Faktor und Objekt öffentlicher Verwaltungsaktivitäten begriffen und behandelt. Das Ende des 18. Jahrhunderts ist von der Vorstellung beherrscht, dass der gesunde Organismus den Rahmen für die Normalität abgibt. Dementsprechend werden Krankheiten pathologisiert und ausgegrenzt (Berghoff, 1947; Lammel, 1996; Wimmer, 1991; Wischhöfer, 1991). Auch in England und Frankreich ist der Staat unter dem Aspekt des Utilitarismus, der Ethik des zweckgerichteten Handelns im Sinne des Nutzens für die Gemeinschaft, an einer grösstmöglichen Zahl gesunder und produktiver Untertanen interessiert. Die Arbeitskraft des Einzelnen stellt einen wichtigen Faktor für die Vergrösserung des nationalen Wohlstandes dar. Die Medizin spielt dabei nur eine untergeordnete Rolle und orientiert sich trotz der Vielzahl medizinischer Systeme immer noch wesentlich am hippokratischen Modell der vier Körpersäfte. In die theoretischen Diskussionen fliessen jedoch Gedanken der aufstrebenden Naturwissenschaften und der Philosophie ein. 1798 würdigt Kant (1724–1804) in seinem Spätwerk „Der Streit der Fakultäten in drei Abschnitten“ u.a. die Gedanken von G. Hufelands berühmter „Makrobiotik oder die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern“, einer Schrift, die zwei Jahre zuvor erschienen war.

Im 19. Jahrhundert schwindet der Einfluss der sozusagen sanften hippokratischen Medizin endgültig. Mit den zunehmenden technischen Möglichkeiten können Krankheitserreger isoliert werden. Dies lässt die Vorstellung von der Krankheit als selbstständigem Wesen wieder anklingen. Die *positivistische Medizin* gewinnt an Boden. R. Virchows (1821–1902) mikroskopische Untersuchungen zerlegen den Körper in seine kleinsten Bestandteile. Die Zellulopathologie setzt sich durch. Das viel gesuchte Wesen (Ens) der Krankheit ist für ihn die Zelle (1849, 1862). Der Sieg über den Schmerz, die Herstellung künstlicher Blutleere und die Bakteriologie machen chirurgische Eingriffe möglich. 1841 entdeckt C. W. Long die Wirkung des Aethers, J. Y. Simpson die des Chloroforms und C. L. Schleich wendet Kokain zu demselben Zweck an. Die Geschichte der Bakteriologie gelangt 1882 mit L. Pasteur und R. Koch in der erfolgreichen Bekämpfung von Cholera und Tuberkulose zu ihrem Höhepunkt. Weitere Bazillen werden isoliert und damit bekämpft. Desinfektionsmassnahmen und Hygiene gewinnen grosse Bedeutung. Die philosophischen Implikationen des ärztlichen Tuns treten in den Hintergrund. Der Arzt wird im schlimmsten Falle zum Techniker.

Dem treten die philosophischen Strömungen des Vitalismus und der „Metaphysik“ entgegen. Die Psychiatrie steht unter dem Druck des Erfolges der pathologischen Anatomie. Die Klärung der Hirnvorgänge soll zu therapeutischen Massnahmen für Geisteskranke führen. E. Kraepelins (1865–1926) Konzept der

Krankheit steht für die Auffassung, in der die symbolische Dimension der Krankheit und ihr Verhältnis zur Kultur fehlen. Diese Aspekte werden in Philosophie, Soziologie und Psychologie berücksichtigt: Die Bedeutung des Subjekts in seiner individuellen Gestalt und seiner geschichtlich-sozialen Bedingtheit steht im Vordergrund.

3. Stressoren und Widerstandsressourcen - Herausforderung oder Selbstzurücknahme auf Grund von Verstehbarkeit, Machbarkeit, Bedeutsamkeit

Menschen werden im Leben immer wieder von äusseren Forderungen und Begegnungen berührt und müssen bestimmte Situationen meistern. Wir sprechen von *psychosozialen Stressoren*. Sie lösen im Menschen zunächst Gefühle von Unsicherheit aus, stören sein Gleichgewicht und erfordern zur Wiederherstellung „eine nicht-automatische und nicht unmittelbar verfügbare, energieverbrauchende Handlung“ (Antonovsky, 1979, S. 72).

Diese Gedanken müssen im Zusammenhang mit Antonovskys Kritik am pathogenetischen Ansatz gesehen werden, nämlich seiner Kritik am Modell der Homöostase, dem er seine salutogenetische Idee und das Modell der Heterostase entgegenstellt. Es ist die Annahme der „Homöostase als Normalzustand, der Glaube, dass wenn nicht eine bestimmte Kombination bestimmter Umstände auftritt, Menschen nicht krank werden. (...) Ich dagegen gehe davon aus, dass Heterostase, Ungleichgewicht und Leid inhärente Bestandteile menschlicher Existenz sind, ebenso wie der Tod. (...) Der menschliche Organismus ist ein System und ist daher wie alle Systeme der Kraft der Entropie ausgeliefert“ (Antonovsky, 1993, S. 6ff.). Entropie im Sinne der Zunahme minderwertiger Energie, nämlich Wärme und zunehmende Unordnung, bedeutet für den Menschen Kampf im Strom des Lebens und schliesslich seinen Tod. Homöostase und Heterostase könnten als die persönlichen, sicherlich meist unbewussten Auffassungen von Leben interpretiert werden. Ein Mensch, der von Ersterem ausgeht, wird mit Stressoren und Widerstandsressourcen anders umgehen als jemand, der sich innerlich der Heterostase verpflichtet weiss.

Coping-Strategien oder Widerstandsressourcen ermöglichen es dem Menschen, mit einer entsprechenden inneren Einstellung oder äusseren Handlung die aufgetretene Unsicherheit abzubauen. Dies kann zum Selbstbewusstsein und damit auch zur Gesundheit des Menschen beitragen. Misslingt dies, dann erleidet die betroffene Person Stressgefühle. Diese Gedanken schliessen sich an das transaktionale Stressmodell von Lazarus (1966, 1981; Lazarus & Folkman, 1987) an. Wir müssen uns vor Augen halten, dass wir bei der Behandlung von Stressoren und Ressourcen lediglich an unseren Kulturkreis denken. Menschen in der Dritten und Vierten Welt, die primär ums physische Überleben kämpfen und anders geartete Situationen zu bewältigen haben, werden in erster Linie andere Ressourcen entwickeln als wir. Zudem erleben Mann und Frau interkul-

turell grundsätzlich einen unterschiedlichen Umgang mit Stressoren und Ressourcen, da sie anderen Herausforderungen ausgesetzt sind.

Es stellt sich nun die Frage nach dem Unterschied der Persönlichkeit: Fasst jemand das Stressgefühl als eine Aufgabe auf, und kann er diese in einer angemessenen Weise bewältigen, oder wirkt sich das Stressgefühl so eklatant auf die Person aus, dass diese ihre Hände in den Schoss legt und den Anspruch aufgibt, jemals die eigene Unsicherheit und damit auch die Situation in den Griff zu bekommen?

Antonovsky unterscheidet verschiedene Bewertungsstufen. Sozialpsychologisch geschieht auf einer „primären Bewertungsstufe I“ (Bengel, Strittmacher & Willmann, 1998, S. 33) Folgendes: Personen mit hohem „sense of coherence“ bewerten bestimmte Reize als neutral, während Personen mit niedrigem „sense of coherence“ ein Signal von Spannung erleben. Auf einer „primären Bewertungsstufe II“ kann eine Person mit hohem „sense of coherence“ entscheiden, ob der Reiz für sie bedrohlich, günstig oder irrelevant ist. Wird er als günstig oder irrelevant wahrgenommen, dann weiss die Person, dass die Anspannung vorbeigehen wird, ohne dass sie handeln muss. Bedrohlichen Situationen wird diese Person eher mit einer situationsgerechten und zielgerichteten Haltung begegnen. Auf diese Weise kann sie angemessen handeln. Personen mit niedrigem „sense of coherence“ geraten bereits auf der primären Bewertungsstufe II in Verwirrung und können die Herausforderung des Stressors für sich nicht mehr bewerten. In der Folge reagieren sie mit diffusen und schwer zu regulierenden Gefühlen, was ihnen ein zielgerichtetes Handeln verunmöglicht.

Ich möchte diese zwei Typen der Persönlichkeit mit hohem und niedrigem „sense of coherence“ mit dem Ausdruck des *scholastischen und des reformierten Geistes* konfrontieren. Sowohl der scholastische als auch der reformierte Geist kann einen hohen oder einen niedrigen „sense of coherence“ aufweisen, jeder geht aber anders mit Stressoren um und entwickelt in sich andere Ressourcen, d.h. die jeweilige Gesellschaft stellt andere Ressourcen bereit oder fordert sie ein. Antonovsky spricht von *generalisierten Widerstandsressourcen*, wie z.B. körperlichen Faktoren, Intelligenz, Bewältigungsstrategien, sozialer Unterstützung, finanziellem Vermögen und kulturellen Faktoren. Wir könnten uns nun denken, dass der scholastische Geist innere und äussere Stressoren als gottgegeben erlebt und seine Ressourcen sich auf das Ausharren oder auf ein vorgegebenes Handeln erstrecken. Ein hoher „sense of coherence“ besteht darin, dass die Person sich selbst akzeptiert und dass sie in den Verhältnissen und eigenen Lebensmöglichkeiten einen Sinn sieht. Von der Stärke des Kohärenzgefühls, nämlich vom *Gefühl der Verstehbarkeit* (einen Stimulus als geordnete, konsistente, strukturierte Information zu verarbeiten), vom *Gefühl der Handhabbarkeit* (der Überzeugung, dass sich Probleme lösen lassen) und vom *Gefühl der Sinnhaftigkeit* (die Einstellung, dass die Anforderungen und Probleme einen Sinn haben) ist die Widerstandsressource mitbestimmt. Ein niedriger „sense of coherence“ wäre mit den Gefühlen des Nichtwissens, der Nichtlös-

barkeit und des Keine-Einsicht-Habens verbunden. Der reformierte Geist schliesst die Verursachung der Stressoren als gottgegeben nicht aus, aber er sucht sie eher in der Natur und weiss sie von sich mitbeeinflusst. Entsprechend sind die Ressourcen vom eigenen Gestalten mitgeprägt. Der reformierte Geist mit niedrigem „sense of coherence“ wäre keine Persönlichkeit, der es an Einsicht mangelt, die sozusagen die Homöostase verloren hat, sondern die von den Möglichkeiten überfordert ist und die Heterostase nicht bewältigen kann.

Vergleichen wir diese zwei Reaktionsweisen, dann fällt uns der *Wandel des Menschenbildes zur Zeit der Reformation* ein. Ohne den Anspruch auf eine vertiefte, umfassende, philosophiegeschichtliche Darstellung zu erheben, möchte ich Grundzüge dieser Epoche schildern und die in Frage stehenden Geisteshaltungen typisiert im Zusammenhang mit inneren und äusseren Anforderungen erläutern.

Mitte des 15. Jahrhunderts brodeln und gärt es: Wir befinden uns in der kopernikanischen Wende. Wenngleich eher als Hypothese formuliert, steht für Kopernikus fest, dass das ptolemäische Weltbild falsch ist. Amerika ist entdeckt worden, Johann Gensfleisch von Sorgenloch, genannt Gutenberg, hat den Buchdruck erfunden, die Türken stehen in Konstantinopel. Über die sich in Auflösung befindende Philosophie der Scholastik bricht von Byzanz her über Florenz und Rom ein Bildungsstrom herein, der die Beschäftigung mit den bekannt werdenden Originalwerken der griechischen Denker ermöglicht. Das Ideal der humanistischen Bildung breitet sich aus und führt in die Renaissance, die alle Lebensbereiche ergreift. Es geht um die neu zu definierende Stellung des Menschen im Weltzusammenhang; die Philosophie soll Naturwissenschaft sein. Dies zeigt sich in den Werken bedeutender Künstler und Schriftsteller, von denen ich lediglich Leonardo da Vinci (1452–1519), Pico della Mirandola (1463–1494) und Michel de Montaigne (1533–1592) hervorheben will. Der Tenor lautet: Die Natur müsse man kennen, und es liege in der Würde des Menschen, über sich selbst, nach dem eigenen Willen, zu beschliessen, statt sich bloss auf das zu berufen, was die Altvorderen und die Autoritäten gesagt haben.

Die Reformbedürftigkeit erfasst auch die Kirche. Hier erregen Missstände viel Ärgernis: der Ämterschacher der Kurie, die finanzielle Ausbeutung der deutschen Kirche, der Missbrauch des Ablasses und kirchlicher Strafen zu wirtschaftlichen Zwecken sowie die Unzulänglichkeit der kirchlichen Gerichtsbarkeit. 1517 schlägt Luther seine 95 Thesen zu Wittenberg an und beginnt 1521 mit der Übersetzung der Bibel ins Neuhochdeutsche. Der Funke entzündet ein politisches Pulverfass; es folgen 1525 die Bauernkriege und 1546/47 der Schmalkaldische Krieg.

Montaigne sieht die verschiedenen Aspekte in der von den Wirren zerfetzten Zeit. Er schreibt in seinen *Essais* 1580: „Wir sind alle viel reicher, als wir glauben; aber man gewöhnt uns daran, von Borg und Betteln zu leben (...) wir brauchen weniger Gelehrsamkeit. (...) All unser Wissen, welches über die Natur hinausgeht, ist recht unnütz und überflüssig. (...) Lasst uns unseren Blick auf die