

Ressourcenorientierte Ansätze

Swantje Reimann, Philipp Hammelstein

3.1 Das Salutogenesekonzept von Antonovsky – 13

- 3.1.1 Entstehung und Hintergründe – 14
- 3.1.2 Gesundheit und Krankheit als Kontinuum – 14
- 3.1.3 Generelle Widerstandsressourcen – 15
- 3.1.4 Kohärenzgefühl – 15

3.2 Resilienz – 18

- 3.2.1 Resilienz: Eine Begriffsbestimmung – 18
- 3.2.2 Methodische Aspekte der Resilienzforschung – 19
- 3.2.3 Resilienz am Beispiel von Kindern, die familiäre Gewalt erfahren – 20
- 3.2.4 Resilienz am Beispiel vom Depressionsrisiko bei Jugendlichen – 20

- 3.2.5 Resilienz am Beispiel von Angststörungen und Depressionen bei an Brustkrebs erkrankten Frauen – 21

3.3 Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell – 23

- 3.3.1 Differenzierung von aktueller und habitueller körperlicher Gesundheit – 23
- 3.3.2 Komponenten des systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells – 24
- 3.3.3 Gesundheitsrelevante Variablen – 24
- 3.3.4 Gesundheitsfördernde Maßnahmen – 26

➤➤ Eine der großen Neuerungen, die die junge Disziplin Gesundheitspsychologie in die bereits etablierte Psychologie einbrachte, ist ein Wechsel bzw. eine Erweiterung der Perspektiven: es werden nicht mehr ausschließlich Risikofaktoren untersucht, die zu Krankheiten und Störungen beitragen können, sondern es wird nach Faktoren und psychischen Prozessen gesucht, die mit dazu beitragen, dass Menschen körperlich und psychisch trotz auf sie einströmender Belastungen gesund bleiben. In den folgenden Abschnitten sollen unterschiedliche Ansätze dieser anderen Perspektive näher erläutert werden. Zunächst wird das Salutogenesekonzept von Antonovsky dargestellt (► Abschn. 3.1), das als eines der bekanntesten ressourcenorientierten Konzepte gelten kann. In dem darauf aufbauenden Abschnitt zur Resilienz (► Abschn. 3.2) werden theoretische und empirische Ansätze beschrieben, die dazu dienen können, bereichsspezifische Resilienzfaktoren zu ermitteln und darauf aufbauend Interventionen zu planen. ► Abschnitt 3.3 schließt dann mit einer theoretischen Erweiterung des Salutogenesekonzeptes um kybernetische Elemente, die als systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell Eingang in die Gesundheitspsychologie gefunden hat.

3.1 Das Salutogenesekonzept von Antonovsky

Swantje Reimann

➤ Mitte des 20. Jahrhunderts wurde das die Forschung dominierende biomedizinische Paradigma zur Erklärung der Krankheitsentstehung durch Ansätze und Modelle erweitert, die von dem Zusammenhang zwischen Stress und Gesundheit ausgingen. Die Stressforschung konzentrierte sich dabei vor allem auf psychische und soziale Vermittlungsfaktoren, die mit der Entstehung von Krankheit in Zusammenhang gebracht wurden. Im Folgenden wird das Salutogenesekonzept von Antonovsky (1979) dargestellt. Hierbei handelt es sich zwar gleichfalls um ein Stressmodell, das sich mit situationsspezifischen Bedingungen und intrapsychischen Merkmalen bei der Bewältigung von Anforderungen beschäftigt, allerdings besteht die Leitfrage aber darin, wie Menschen ihre Gesundheit trotz widriger Umstände aufrechterhalten können.

3.1.1 Entstehung und Hintergründe

Salutogenese (lat. salus: Wohlbefinden, Zufriedenheit; griech. genesis: Entstehung, Herkunft) wird als die Entstehung von Gesundheit verstanden. Das Salutogenese-Modell geht im Gegensatz zu den Risikofaktorenmodellen eines biomedizinischen Ansatzes vom Zustand Gesundheit aus, der durch bestimmte Schutzfaktoren vor dem schädigenden Einfluss belastender psychosozialer Ereignisse bewahrt werden kann. Krankheit und Gesundheit werden dabei wie bei anderen biopsychosozialen Ansätzen auch als Kontinuum gesehen, nicht als voneinander deutlich abgrenzbare Kategorien. Das Konzept der Salutogenese kann auch im Sinne eines Resilienzkonzeptes (► Abschn. 3.2) verstanden werden. Im Mittelpunkt steht dabei das Merkmal des Kohärenzinns als Ausdruck der Lebensorientierung eines Menschen (► Abschn. 3.1.4). Antonovsky entwickelte seine theoretischen Überlegungen auf Untersuchungen an Überlebenden des Holocaust.

Antonovsky (1979) untersuchte in einem seiner Forschungsprojekte den Einfluss des Klimakteriums auf die psychische Gesundheit bei Frauen aus Israel. Innerhalb einer dieser Untersuchungen verglich er Frauen, die zwischen 1914 und 1923 in Mitteleuropa geboren waren und während der nationalsozialistischen Diktatur in Konzentrationslager deportiert wurden mit Frauen gleichen Alters, die aber während dieser Zeit in Mitteleuropa nicht deportiert wurden. Die Ergebnisse des Gruppenvergleiches hinsichtlich der psychischen und körperlichen Gesundheit waren sehr deutlich: 51% der Frauen, die keine Deportation erlebt hatten, gaben an, sich körperlich und emotional gesund zu fühlen. Demgegenüber berichteten nur 29% der Frauen, die den Aufenthalt im Lager überlebt hatten, über eine gute physische und psychische Gesundheit zu verfügen. Die Extremlast eines Konzentrationslagers scheint so auch noch über 30 Jahre danach einen Einfluss auf die Gesundheit zu haben.

Allerdings leidet nicht jede Frau in dieser Untersuchung, die die Extremlast eines Konzentrationslagers überlebt hat, auch 30 Jahre später noch an gesundheitlichen Problemen. Warum gab immerhin noch fast ein Drittel dieser Frauen an, sich psychisch und physisch gesund zu fühlen, obwohl sie die Gefangenschaft in einem Konzentrationslager überlebt hatten und danach in einem Land ihr Leben aufbauten,

das durch drei Kriege gezeichnet wurde? Diese Frage sollte zu Antonovskys Leitfrage bei der Ausarbeitung seiner theoretischen Ansätze und empirischen Studien werden.

Aus dieser anderen Betrachtung der Ergebnisse stellte sich für Antonovsky die zentrale Frage des Salutogenese-Konzeptes: **Was erhält einen Menschen trotz vieler Widrigkeiten, negativer Umstände und ungünstiger Bedingungen gesund?**

3.1.2 Gesundheit und Krankheit als Kontinuum

Wie bereits erwähnt, begreifen biopsychosoziale Modelle (zu dem sich auch das Salutogenese-Konzept rechnen lässt) Gesundheit und Krankheit als eine Dimension mit unterschiedlichen Facetten. Diese Dimension lässt sich zum einen durch den Pol der völligen Gesundheit, Zufriedenheit, des Wohlfühlens (»**health ease**«) und zum anderen durch den Pol der völligen Abwesenheit von Wohlbefinden und Gesundheit (»**dis-ease**«) beschreiben. Von Antonovsky (1979) wird dieses Kontinuum als Health-ease-dis-ease-Kontinuum (HEDE-Kontinuum) bezeichnet.

Der pathogenetische Ansatz eines biomedizinischen Krankheitsverständnisses beschäftigt sich mit den Fragen,

- welche Ursachen für die Entstehung einer Krankheit verantwortlich sind und
- welche Faktoren diese aufrecht erhalten bzw. mitbedingen,

was sich auch in dem sog. Risikofaktorenkonzept widerspiegelt.

Im Gegensatz dazu verschiebt sich der Fokus im salutogenetischen Ansatz hin zu der Fragestellung, welche Bedingungen, Eigenschaften, Umstände und Situationen einen Menschen **gesund erhalten**.

Aus diesem Ansatz leitet sich ab, dass eine wesentliche Aufgabe der Gesundheitsförderung in der Sicherung dieser postulierten Schutzfaktoren bestehen muss. Dem Bewältigungsverhalten und den diesem zugrunde liegenden Lebenserfahrungen und -einstellungen werden hier große Bedeutung beigemessen.

Auf welcher Position des HEDE-Kontinuums sich ein Mensch nun befindet, kann durch vier Indikatoren bestimmt werden: So sind z. B. nicht nur das **Schmerz erleben** und die **Beeinträchtigung von Funktionen** für die subjektiv eingeschätzte Position auf

dem HEDE-Kontinuum entscheidend, sondern auch die sich daraus ergebenden **Handlungsimplicationen** (wie z. B. die Notwendigkeit einer bestimmten Behandlung) und die **prognostischen Implikationen**, die von der Dauer und der Schwere einer Krankheit oder Störung abhängig sind. Es fällt auf, dass diese Positionsbestimmung lediglich durch krankheits- oder störungsbezogene Begrifflichkeiten vorgenommen wird. Eine positive Definition von Gesundheit, die eben nicht allein nur durch die Abwesenheit von Krankheitszeichen gekennzeichnet ist, wird von Antonovsky an dieser Stelle nicht gegeben.

Zwei Komponenten, die im Nachfolgenden genauer beschrieben werden, werden im Salutogenesemodell als zentral angenommen:

1. generelle Widerstandsressourcen und
2. Kohärenzgefühl.

3.1.3 Generelle Widerstandsressourcen

Welche Ressourcen ermöglichen es einem Menschen, sich mit Belastungen effektiv auseinander zu setzen und die individuelle Gesundheit zu fördern? Im Sinne der Stress- und Copingforschung können Faktoren unterschieden werden, die dem Menschen individuell zueigen sind (**interne Ressourcen**), so z. B. die körperliche Konstitution, die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse, Wünsche, Anforderungen, Ängste usw. wahrzunehmen und eine gewisse Ich-Stärke.

Von diesen sind **externe Ressourcen** abzugrenzen wie z. B. materielle und soziale Unterstützung, beruflicher und sozialer Status und soziale Integration. Diese allgemeinen Faktoren werden von Antonovsky als »**generalised resistance resources**« (generelle Widerstandsressourcen/GRR; Antonovsky 1979) bezeichnet.

Definition

Generelle Widerstandsressourcen können als Kräfte verstanden werden, die Menschen dazu befähigen, potenziell krankmachende Einflüsse zu bewältigen, ohne zu erkranken. Diese werden nach Antonovsky (1979) schon in der Kindheit und Jugend gebildet und können unterschieden werden in

- interne GRR (Empfinden von Entspannung, Ich-Stärke, Introspektionsfähigkeit usw.) und
- externe GRR (soziale Unterstützung, materielle Ressourcen usw.)

Allerdings war Antonovsky nicht der erste, der bestimmte Eigenschaften von Menschen beschrieb, die Quellen einer gewissen Widerstandsfähigkeit gegenüber Erkrankungen darstellten. So veröffentlichte der amerikanische Psychiater Karl Menninger schon 1968 in seinem Buch »Das Leben als Balance« neben einem Kontinuumsmodell von Krankheit und Gesundheit auch die Beschreibung solcher Ressourcen wie z. B. einer guten Stressbewältigungskompetenz. Er ging von einer nicht nur krank machenden Wirkung der Stressoren aus, sondern ebenso von der Möglichkeit einer Weiterentwicklung des Individuums durch eben diese Stressoren.

3.1.4 Kohärenzgefühl

Da die GRR individuell sehr verschieden sind und eine einheitliche Konzeptualisierung für eine optimale Belastungsbewältigung schwierig erschien, schlug Antonovsky ein Konzept vor, das übergreifend zum Ausdruck bringen sollte, worin sich Menschen hinsichtlich ihrer Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum unterscheiden. Dieses wird von ihm als »**sense of coherence**« (SOC) bezeichnet. In der deutschen Übertragung wird zumeist der Begriff des Kohärenzgefühls verwendet, aber auch die Begriffe Kohärenzsinn oder Kohärenzempfinden tauchen in der Literatur als Übersetzung auf.

Definition

Das Kohärenzgefühl wird definiert als eine globale Orientierung (...), die das Maß ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß die eigene interne und externe Umwelt vorhersagbar ist und daß es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, daß sich die Dinge so entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann (Antonovsky 1997, S. 16).

Eine hohe Ausprägung des Kohärenzgefühls als eine grundlegende Lebenseinstellung ist gebunden an die Verfügbarkeit von GRR. Das Gefühl von Zusammengehörigkeit als allgemeine Lebensorientierung eines Menschen kann durch drei Komponenten näher beschrieben werden:

1. Die Komponente **Verstehbarkeit** (»comprehensibility«) soll zum Ausdruck bringen, dass ein Mensch seine Umwelt als kognitiv verstehbar einschätzt

und sie für geordnet, strukturiert, konsistent und erklärbar hält. Menschen, die ein hohes Maß an Verstehbarkeit besitzen, gehen davon aus, dass auch zukünftig eintretende Ereignisse, selbst wenn sie überraschend eintreffen, eingeordnet und erklärt werden können.

2. Als weitere Komponente wird die **Handhabbarkeit** bzw. **Bewältigbarkeit** (»manageability«) angeführt. Diese beschreibt das Ausmaß, in dem ein Mensch annimmt, dass die Anforderungen, die die Umwelt durch bestimmte Reize an ihn stellt, durch Ressourcen bewältigt werden können, die ihm zur Verfügung stehen oder durch sein soziales Umfeld geleistet werden können. Wer ein hohes Maß an Handhabbarkeit erlebt, wird sich nicht durch Ereignisse in die Opferrolle gedrängt oder vom Leben ungerecht behandelt fühlen. Bedauerliche Dinge geschehen fast in jedem Leben, aber wenn sie dann auftreten, wird man

mit ihnen anders umgehen können und nicht im Trauerprozess verharren.

3. Das Erleben von **Sinnhaftigkeit** oder **Bedeutsamkeit** (»meaningfulness«) wird als dritte, motivationale Komponente beschrieben, die für Antonovsky als entscheidend für die Stärke des Kohärenzgefühls angesehen wird. Menschen mit einem hohen SOC geben Bereiche in ihrem Leben an, die ihnen wichtig genug sind, emotional in diese zu investieren. Diese Bereiche werden als bedeutsam erlebt; aus den Sinnbezügen ergeben sich normative Bindungen und mehr oder weniger konkrete Handlungsziele.

Operationalisierung des Konstruktes »Kohärenzgefühl«

In der folgenden Studie von Antonovsky et al. (1979) wurde das Konstrukt des Kohärenzgefühls näher untersucht.

Studienbox

Um das Konstrukt des Kohärenzgefühls zu operationalisieren, untersuchten Antonovsky et al. (1979) in einem qualitativen Interview (mit der Aufforderung: »Bitte erzählen Sie uns von Ihrem Leben!«) 51 Personen (30 Männer und 21 Frauen) hinsichtlich Gemeinsamkeiten von Formulierungen, die einen starken vs. schwachen SOC ausdrückten. Alle untersuchten Personen hatten in der Vergangenheit ein schweres Trauma erlebt, das mit einschneidenden und unvermeidbaren Konsequenzen in ihrem Leben einherging. Ein weiteres Kriterium zur Aufnahme in die Studie war die Einschätzung der Untersuchten als »gut funktionierend« durch einen bekannten außen stehenden Dritten.

Nach Überprüfung der Befragungsprotokolle, die von den Interviewern unabhängig voneinander auf einer Zehn-Punkte-Skala hinsichtlich eines starken/schwachen SOC eingeschätzt wurden, konnte die Gruppe der Menschen mit einem hohen SOC der Gruppe mit einem niedrigen SOC gegenübergestellt werden. Im Folgenden sind Auszüge dieser Protokolle (ausführlicher abgedruckt bei Antonovsky 1997, S. 77–79) wiedergegeben und zwar jeweils für eine Person mit einem starken SOC (Beispiel 1) und eines für eine Person mit einem niedrigen SOC (Beispiel 2).

Beispiel 1: Befragte 43 (weiblich, 55, verheiratet, ein Kind, Hausfrau, Sohn in Kampfhandlung getötet):

»Als ich nach Israel kam, entwickelte sich alles wunderbar (...) [Nach dem Tod des Sohnes] Wenn etwas Furchtbares geschieht, suchen die Menschen nach einem Schuldigen. Aber ich tue das nicht, absolut nicht (...) Ich beschloß, daß ich ihn lebend in Erinnerung behalten möchte, voller Freude und Glück (...) Vielleicht hat die Tatsache, daß unser Leben all die Jahre so gut verlaufen war, uns Kraft verliehen (...) Sogar als wir unsere shiva [Trauer] abhielten, sagte ich, daß man niemandem die Schuld geben kann. Offensichtlich hatte es einfach geschehen müssen und das war's (...) Du schluckst Deine Tränen und machst weiter.«

Beispiel 2: Befragte 29 (weiblich, 59, verheiratet, zwei Kinder, mittlere Verwaltungstätigkeit, Überlebende des Holocaust) »[Nach dem Zweiten Weltkrieg] Ich heiratete den ersten jüdischen Mann, dem ich begegnete. Wir gehörten zwei verschiedenen Welten an; unsere Ehe war nie ein Erfolg (...) Ich brachte ein Kind zur Welt (...) widmete mich ihr völlig (...) schreckliche Schuldgefühle (...) ein permanentes 'Mit-dem-Kopf-durch-die-Wand-Wollen' meinerseits



(...) Ich habe alles aufgegeben (...) Wenn ich liebe, ist es grenzenlos. Haß ist bei mir ebenfalls grenzenlos (...) Was ich wirklich bedauere, ist, daß ich meiner Schwester im Konzentrationslager das Leben gerettet habe (...) es endete damit, daß der Kontakt zu ihr abbrach. Ich weiß nicht, wie man Kompromisse schließt (...) Das ganze Leben ist ein Kampf.« Nach Extrahierung sich wiederholender Formulierungen in den jeweiligen Protokollen wurden markante Aussagen zu den drei Komponenten gebildet. Schließlich wurden 29 Items ausgewählt und zu einem Erhebungsinstrument des Kohärenzgefühls zusammengestellt. In der Originalfassung als »Orientation to Life Questionnaire« (Fragebogen zur Lebensorientierung, Antonovsky 1983) beinhaltet dieser Fragebogen:

- elf Items zur Komponente Verstehbarkeit,
- zehn Items zur Handhabbarkeit und
- acht Items zur Komponente Bedeutsamkeit,

die auf einer siebenstufigen Skala zu beantworten waren. Für die Erfassung des SOC lag gleichfalls eine Kurzform mit 13 Items vor. Dieser Fragebogen existiert auch in einer deutschen Version und wurde von Schumacher et al. (2000) an einer deutschen Stichprobe normiert.

Nachfolgende Untersuchungen zum Nachweis der Drei-Faktoren-Lösung des Konstruktes Kohärenzsinn kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Verschiedene Autoren (z. B. Rimann u. Udris 1997) konnten diese Faktorenstruktur nicht finden und gingen eher von einem Generalfaktor aus. Die Befunde hinsichtlich der drei Komponenten sind inkonsistent. Antonovsky selbst führte eine Faktorenanalyse durch und fand ebenfalls keine sinnvollen separaten Faktoren. Er empfiehlt, die Gesamtauswertung des SOC einer Einzelauswertung der drei Subskalen vorzuziehen.

! Entgegen der Vermutung Antonovskys weisen allerdings mehrere Studie darauf hin, dass die Zusammenhänge zwischen Zeichen **psychischer** Gesundheit und Kohärenzgefühl weitaus deutlicher sind als die Beziehung des Kohärenzgefühls zu **physischer** Gesundheit.

Nach mehreren Untersuchungen mit unterschiedlichen Stichproben (Patienten, Studenten, Rentner, Be-

wohner eines Kibbuz u. a.) in verschiedenen Nationen (Schweden, Israel, Deutschland, USA, Großbritannien) weisen die Mittelwerte des SOC auf folgende Tendenzen hin:

! Männer verfügen über ein höheres Kohärenzgefühl als Frauen, das Kohärenzgefühl in klinischen Stichproben ist niedriger als in den nichtklinischen Stichproben und mit dem Alter steigt das Kohärenzgefühl an (Übersicht bei Antonovsky 1979)

Zusammenfassung

Das Salutogenesekonzept bietet nach Antonovsky (1979) eine Erweiterung der pathogenetischen, nach Ursachen von Erkrankung suchenden Sichtweise. Einen zusätzlichen diagnostischen Gewinn kann es durch die Frage leisten: Warum gelingt es einem Menschen trotz extremer Belastungen, gesund zu bleiben?

Wesentlich für den Heilungsprozess sind neben der Auseinandersetzung mit pathogenetischen Faktoren auch die dem Menschen zur Verfügung stehenden Ressourcen. Diese sollten ebenso wie Belastungen eruiert werden. Mögliche Ergänzungen in einer Anamnese können sich vor allem auf die Exploration individueller Bedeutungen der gegenwärtigen Situation und nötiger und auch zur Verfügung stehender Hilfen, den Lebenssinn und die Lebensziele beziehen.

Nach Antonovsky befähigt ein starkes Kohärenzgefühl einen Menschen dazu, seine Bewältigungsstile flexibel an die momentanen Umstände anzupassen, also seine Ressourcen optimal auszuschöpfen. Das Salutogenesemodell von Antonovsky kann als ein Stressbewältigungsmodell bezeichnet werden, das neben situationalen Bedingungen vor allem individuelle Eigenschaften von Menschen in den Fokus der Betrachtung einer effektiven Bewältigung von Anforderungen stellt. Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, was einen Menschen trotz widriger Umstände gesund erhält. Gesundheit und Krankheit werden hier als ein Kontinuum angenommen, auf welchem sich ein Mensch aufgrund verschiedener individueller Merkmale und Besonderheiten der Situation positionieren kann. Im Abschluss wird auf die zentrale Komponente des Salutogenesemodells – das Kohärenzgefühl – und seine Operationalisierung und eingegangen.

3.2 Resilienz

Philipp Hammelstein

Der folgende Abschnitt befasst sich mit einem jüngeren Konzept der Psychologie, nämlich der Resilienz, also der Widerstandsfähigkeit. Dabei gibt es sehr unterschiedliche Auffassungen darüber, was genau Resilienz ist. So hat Blum (1998) beklagt, dass es so viele Definitionen von Resilienz gäbe wie Studien zu diesem Thema. Zunächst wird eine Definition von Resilienz vorgestellt, die einen möglichst breiten Konsens bietet. Darauf aufbauend werden entsprechende Probleme der Resilienzforschung angeschnitten und abschließend beispielhafte Resilienzfaktoren in unterschiedlichen Kontexten dargestellt.

3.2.1 Resilienz: Eine Begriffsbestimmung

Definition

Mit Resilienz werden Prozesse oder Phänomene beschrieben, die eine positive Anpassung des Individuums trotz vorhandener Risikofaktoren widerspiegeln.

In dieser Definition sind einige Begrifflichkeiten verwendet, die einer näheren Betrachtung bedürfen. Zum einen kann Resilienz als **Prozess** oder aber als **Phänomen** verstanden werden. Damit ist gemeint, dass sowohl das Ergebnis (positive Anpassung) als auch der Prozess dahin als Resilienz verstanden werden. Mit **positiver Anpassung** wird auf zwei zentrale Aspekte aufmerksam gemacht (Staudinger et al. 1995): zum einen kann sich Anpassung auf die Aufrechterhaltung der normalen Entwicklung trotz vorhandener negativer Einflüsse beziehen. Beispielfhaft könnte hier die Aufrechterhaltung einer dem Alter entsprechenden Entwicklung der Emotionsregulation trotz Misshandlungen in der Familie gemeint sein. Der Begriff der Anpassung meint aber gleichzeitig auch den Aspekt der Wiederherstellung des psychischen Funktionsniveaus nach Absinken desselben durch negative Einflüsse. So könnte z. B. die Wiederherstellung der schulischen Leistungsfähigkeit eines Kindes nach dem Verlust eines Elternteils eine Anpassung darstellen.

Der letzte Bestandteil der Definition ist das **Vorhandensein von Risikofaktoren**. Damit sind Faktoren gemeint, die im Durchschnitt beim Individuum zu negativen psychischen und/oder physischen Konsequenzen führen. Ohne das Vorhandensein solcher Risikofaktoren kann es also keine Resilienz geben.

Was nach der Betrachtung dieser Definitionsbestandteile deutlich wird, ist, dass sich Resilienz nicht inhaltlich bestimmen lässt, sondern nur im funktionalen Kontext. Aus diesem Grund können in diesem Abschnitt auch nicht einzelne Resilienzfaktoren aufgelistet werden (wie z. B. Optimismus, Kompetenzerwartung usw.), sondern nur Konstrukte, die unter bestimmten Risikofaktoren bei bestimmten Populationen resiliente Wirkung entfalten. Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass Aspekte, die zur Resilienz beitragen, nicht unbedingt generell positive Auswirkung haben müssen und vice versa (Luthar u. Zelazo 2003). So gehen z. B. positive Zukunftserwartungen im Mittel mit positiven Konsequenzen für die Individuen einher. Bei Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten korrelieren positive Zukunftserwartungen allerdings mit einem geringeren schulischen Engagement. Umgekehrt gelten geringe Erwartungen an die Eltern als abträglich für die kindliche Entwicklung. Ist das Kind allerdings sehr jung und befindet es sich in einer hoch dysfunktionalen Familienumgebung, sind geringe Erwartungen an die Eltern ein Resilienzfaktor (ebd.).

Die Implikationen dieser Definitionen sind jedoch noch weitergehend: Resilienz kann nämlich nicht als »Trait« betrachtet werden (Luthar u. Zelazo 2003; Staudinger et al. 1995). Im Einzelfall kann natürlich ein Persönlichkeitsmerkmal (z. B. dispositionaler Optimismus) zur Resilienz beitragen (► Kap. 6), aber Resilienzfaktoren sind nicht nur auf Persönlichkeitsmerkmale beschränkt. Resilienzfaktoren können grundsätzlich auf drei verschiedenen Ebenen auftreten (Olsson et al. 2003):

1. Faktoren auf individueller Ebene: hierzu zählen sämtliche Merkmale, die innerhalb des Individuums liegen (Persönlichkeitsmerkmale, Kompetenzen, physiologische Faktoren usw.);
2. Faktoren auf sozialer Ebene: hierzu zählen soziale Bezüge zur Familie und Peers und
3. Faktoren auf gesellschaftlicher Ebene: hierzu zählen Einflüsse, die durch gesellschaftliche Normen und Institutionen entstehen, aber auch die Verfügbarkeit bestimmter gesellschaftlicher Ressourcen.

3.2.2 Methodische Aspekte der Resilienzforschung

Das Konzept der Resilienz spiegelt die zunehmend komplexer werdende Betrachtung psychologischer Phänomene wider. Der Status dieser Forschung ist damit der Psychotherapieforschung sehr ähnlich. Bei dieser geht es auch nicht mehr um die allgemeine Frage »wirkt Psychotherapie?«, sondern um spezifische Fragestellungen der Art »welche Therapieform wirkt bei welchen Patienten mit welchen Problemen unter welchen Bedingungen und vom wem durchgeführt?«. Bezogen auf die Resilienzforschung heißt dies, dass es nicht mehr um die Frage geht »welche Aspekte haben einen förderlichen Einfluss auf die menschliche Entwicklung?« (eine derartige Fragestellung würde den Resilienzbegriff auch nicht umfassen), sondern um die wesentlich komplexere Fragestellung »welche Faktoren tragen bei welchen Risikofaktoren unter welchen Bedingungen und bei welchen Populationen zur Resilienz bei?«

Die Resilienzforschung ist letztlich aus der Risikoforschung hervorgegangen. Dieser Forschungszweig hat sich mit der Identifikation von Faktoren befasst, die im Mittel einen signifikanten nachträglichen Effekt auf psychische und/oder physische Merkmale des Individuums haben. Teile der Risikoforschung sind also unerlässlicher Bestandteil der Resilienzforschung, da zur Untersuchung der Resilienz – wie bereits gesagt – Risikofaktoren vorliegen müssen. Der Anspruch der Resilienzforschung ist allerdings breiter, da nicht nur negative Faktoren und negative Auswirkungen (bzw. das Ausbleiben derselben) untersucht werden, sondern sowohl positive (resilienzfördernde) Faktoren als auch Risikofaktoren und die Auswirkung dieser Faktoren auf positive (z. B. Kompetenzen, Fähigkeiten usw.) und negative Merkmale (z. B. Ausbildung psychischer Störungen) studiert werden.

Resilienz lässt sich nie direkt erfassen. Dies resultiert zum einen aus der funktionalen anstelle einer inhaltlichen Definition von Resilienz und zum anderen durch das Eingebettetsein der Resilienz in einen Risikokontext. Resilienz lässt sich damit nur indirekt erschließen aus den zwei Konstrukten:

- Risikoexposition und
- positive Anpassung.

Neben diesen beiden Variablen müssen in der Resilienzforschung noch weitere Merkmale erhoben wer-

den, die potenziell eine resiliente Wirkung entfalten könnten.



Resilienzforschung muss somit mindestens drei Variablen umfassen: die Risikoindikatoren, die positive Anpassung auf das Risiko hin sowie potenzielle Resilienzfactoren.

Als **Risikoindikatoren** kommen alle Bedingungen infrage, die signifikant mit einer nachfolgenden maldaptiven Entwicklung in wichtigen Bereichen des Individuums einhergehen. Als **positive Anpassung** können all diejenigen Zustände verstanden werden, die substanziell besser sind als nach der Risikoexposition zu erwarten gewesen wäre. Im Kontext der Resilienzforschung sollte auch diese Variable breit gefasst sein.

Interessieren also z. B. Resilienzfactoren bei Kindern, die eine Scheidung ihrer Eltern erleben, so benötigen wir zum einen die Erfassung der genauen Risikofaktoren (Art der Trennung, sozioökonomische Veränderungen usw.), die Erfassung der Anpassung (Sozialverhalten, Selbstwert, Aspekte der Emotionsregulation usw.) als auch die Erfassung potenzieller Resilienzfactoren möglichst auf den drei oben beschriebenen Ebenen (individuell, sozial, gesellschaftlich).

Dabei darf nicht aus den Augen verloren werden, dass man es hier mit hochgradig voneinander abhängigen Variablen zu tun hat, die meist in enger Wechselwirkung miteinander stehen. In dem gerade beschriebenen Beispiel wurde der Selbstwert als eine mögliche Variable der positiven Anpassung dargestellt. Gleichzeitig kann der Selbstwert des Kindes zum Zeitpunkt der Trennung natürlich aber auch selbst ein Resilienzfaktor sein. Was also als ein potenzieller Resilienzfaktor und was als Ergebnisvariable definiert wird, hängt häufig vom Forschungskontext bzw. von den Interessen des jeweils Forschenden ab. Gleichzeitig können die Resilienzfactoren auch selbst vom Risikofaktor beeinflusst werden. In der Resilienzforschung geht es um korrelative Forschung, wenn sie nicht Interventionsforschung ist und die Resilienzfactoren experimentell variiert. Insofern müssen die Ergebnisse auch korrelativ und nicht kausal interpretiert werden.

Die Resilienzforschung hat sich aus Entwicklungspsychologie heraus entwickelt und aus diesem Grund

de werden meist Resilienzfaktoren in bestimmten Altersbereichen (bei bestimmten Risikoexpositionen) untersucht. Daher wird die folgende Darstellung sich ebenfalls an bestimmten Entwicklungsabschnitten orientieren. Es werden jeweils drei Aspekte beleuchtet:

- a) Welche Konsequenzen hat der Risikofaktor für die bestimmte Population?
- b) Welche Faktoren tragen dazu bei, dass einige Individuen der Population eine positive Anpassung aufrechterhalten bzw. wiederherstellen können
- c) Welche Interventionsstrategien lassen sich daraus ableiten?

3.2.3 Resilienz am Beispiel von Kindern, die familiäre Gewalt erfahren

Kinder werden in den Industriestaaten häufig Opfer körperlicher und/oder psychischer Gewalt. Ergebnisse von Befragungen im Auftrag des Bundesfamilienministeriums zeigen zwar einen kontinuierlichen Rückgang der familiären Gewalt gegen Kinder, dennoch berichten immer noch ein Viertel aller Eltern, ihren Kindern den »Po versohlt zu haben« (BMFSFJ 2003). Andere Schätzungen gehen von weitaus höheren Zahlen aus und nehmen an, dass nur jedes fünfte Kind gewaltfrei erzogen wird. Bestrafendes elterliches Verhalten gilt allgemein als ein Risikofaktor für die Ausbildung verschiedenster psychischer Störungen im Kindesalter (Heinrichs et al. 2002). Dabei zeigt sich in mehreren Studien, dass jüngere Kinder für die Folgen von Gewalt vulnerabler sind als ältere Kinder oder Jugendliche (Engle et al. 1996). Allerdings entwickeln nicht alle Kinder, die familiärer Gewalt ausgesetzt sind, psychische Störungen. Das heißt, an dieser Stelle können Resilienzprozesse vermutet werden, da ein Risikofaktor vorliegt (elterliche Gewalt), der im Durchschnitt zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine folgende psychische Störung des Kindes führt, dies aber nicht bei allen Kindern.

! Als stärkster Faktor auf sozialer Ebene, der den Effekt der Gewalt abpuffern kann, wird eine stabile emotionale Beziehung zu entweder einem Elternteil oder einer anderen erwachsenen Person gesehen, die dem Kind Unterstützung im Umgang mit diesem Konflikt bieten kann (Engle et al. 1996).

Resilienzvariablen auf individueller Ebene sind v. a. bei Jugendlichen untersucht worden, die bereits als Kinder geschlagen wurden. Hier zeigte sich, dass ein klares langfristiges Lebensziel mit der Ablehnung von eigener Gewaltanwendung einhergeht. Die Entwicklung eines eigenen Lebensziels wäre hierbei also der Resilienzfaktor.

Die existierenden Präventionsprogramme (Überblick bei Heinrichs et al. 2002) setzen an unterschiedlichen Ebenen an (kindzentriert, elternzentriert usw.) und sind meist darauf ausgerichtet, die Risikofaktoren zu vermeiden und sog. Schutzfaktoren (unter ihnen auch Resilienzfaktoren) zu stärken. Beispielfhaft sei hier ein universelles, elternzentriertes Präventionsprogramm vorgestellt, das sogenannte »Triple P« (»Positive Parenting Program«; Sanders 1999). Bezogen auf die hier vorgestellte Problematik versucht das Erziehungsprogramm an zwei Stellen einzuwirken:

- die Eltern-Kind-Beziehung zu verbessern (und damit den Resilienzfaktor zu stärken) und
- gleichzeitig dysfunktionale Erziehungsstrategien (wie z. B. Gewaltanwendung) zu reduzieren (und damit den Risikofaktor zu minimieren).

Daneben hat »Triple P« noch weitergehende Zielvorstellungen, die aber innerhalb dieses Abschnitts von untergeordnetem Interesse sind. »Triple P« hat verschiedene Intensitätsstufen der Intervention, die von universellen Informationen über Erziehung bis hin zu konkreten Elterntrainings auf Familienebene reichen. Das Erziehungsprogramm »Triple P« ist sowohl theoretisch fundiert als auch empirisch überprüft worden und führte in einigen Studien zu einer Reduktion des kindlichen Problemverhaltens von 42% vor auf 20% nach der Intervention (Sanders 1999).

3.2.4 Resilienz am Beispiel vom Depressionsrisiko bei Jugendlichen

Depressionen gelten als eine der weit verbreiteten psychischen Störungen. Kernmerkmale sind Niedergeschlagenheit, Interesseverlust, emotionale Leere, Antriebs- und Freudlosigkeit sowie multiple körperliche Beschwerden (Hautzinger 1998).

Das Risiko für Jugendliche, an einer Depression zu erkranken, ist relativ hoch. Punktprävalenzen für Jugendliche liegen zwischen 0.4 und 8.4%.

Auch wenn die Entwicklungspfade hin zu depressiven Symptomen, die von dysphorischen Stimmungen bis zu depressiven Episoden schwanken können, recht unterschiedlich sind, konnten Risikofaktoren auf unterschiedlichsten Ebenen identifiziert werden (→zusf. Compas et al. 1995; Shochet et al. 2001):

- Auf der biologischen Ebene gelten Dysregulationen des Schlafmusters sowie frühere oder aktuelle Depressionen bei Verwandten ersten Grades als Risikofaktoren.
- Auf der psychologischen Ebene erhöht ein dysfunktionaler Attributionsstil, ein niedriges Selbstwertgefühl sowie ungünstige Stressverarbeitungsmuster das Risiko, depressiv zu werden.
- Als Risikofaktoren auf sozialer Ebene gelten elterliche Depressionen, kritische Lebensereignisse und mangelnde Peer-Beziehungen.

! Depressionen naher Verwandter gelten also sowohl aufgrund ihrer erblichen Komponenten als auch aufgrund der mit Depression veränderten Erlebens- und Verhaltensweisen als Risikofaktor der biologischen und der sozialen Ebene.

Neben diesen allgemeinen Risikofaktoren kommen noch geschlechtsspezifische Faktoren hinzu. Allgemein ist das Depressionsrisiko für Mädchen höher als für Jungen. Bei Mädchen ist das frühe Einsetzen der Pubertät, bei Jungen ein spätes Einsetzen der Pubertät ein zusätzlicher Risikofaktor (Compas et al. 1995).

Wie aus dieser Ansammlung von Faktoren schon deutlich wird, gibt es unterschiedlichste Entwicklungsverläufe hin zu einer depressiven Episode. Ist ein Jugendlicher einmal an einer Depression erkrankt, so ist die Wahrscheinlichkeit einer depressiven Folgepisode sowie komorbider psychischer Erkrankungen deutlich erhöht.

Als Resilienzfaktoren kommen nun unterschiedliche Variablen infrage. Auf individueller Ebene scheinen Problemlösefertigkeiten das Depressionsrisiko abzuf puffern, während auf sozialer Ebene die (soziale) Unterstützung durch Familie und/oder Peers sich als ein Resilienzfaktor herausgestellt hat (Compas et al. 1995; Shochet et al. 2001). Hierbei scheint die Beziehung zur Mutter andere Effekte zu haben als die Beziehung zum Vater. Während eine enge Beziehung zur Mutter vor allem die negative Wirkung familiärer Veränderungen abzuf puffern vermag, schützt eine enge

Beziehung zum Vater sowohl vor stressreichen familiären Veränderungen als auch vor den mit den pubertären Veränderungen assoziierten Problemen.

Es gibt mittlerweile viele Interventionsprogrammen, die Depressionen bei Jugendlichen vorbeugen sollen (Übersicht bei Wiesner u. Reitzle 2001). Die Programme sind teilweise universell angelegt, teilweise selektiv (z. B. nur für Kinder und Jugendliche depressiver Eltern) und teilweise indikativ (für Kinder und Jugendliche mit bereits vermehrten dysphorischen Symptomen). Die meisten Präventionsansätze sind kognitiv-verhaltenstherapeutisch konzipiert und versuchen u. a. Problemlösefähigkeiten und soziale Kompetenzen zu verbessern. Damit setzen sie an einem möglichen Resilienzfaktor an. Bislang gibt es allerdings kaum Programme, die die Eltern mit einbeziehen. Eine derartige Präventionsmaßnahme, das »Resourceful Adolescent Program«, wurde von Shochet et al. (2001) vorgestellt.

Neben elf Sitzungen mit den Jugendlichen in Gruppen werden noch drei Sitzungen mit den jeweiligen Elternteilen durchgeführt. Innerhalb dieser Sitzungen werden die elterlichen Stärken herausgearbeitet, Wissen über jugendliche Entwicklung dargelegt und Strategien vermittelt, die die familiären Beziehungen verbessern sollen.

Das Programm hat sich insgesamt als wirksam herausgestellt. So nahmen die Depressionswerte in den Fragebögen der Jugendlichen nach der Intervention ab und blieben auf diesem Niveau zehn Monate stabil. Allerdings ist unklar, ob die Sitzungen mit den Eltern einen zusätzlichen Effekt haben. Denn innerhalb dieser Evaluationsstudie nahm nur ein geringer Anteil der Eltern diese Sitzungen wahr. Es ist also auch denkbar, dass ausschließlich die Förderung der sozialen und Problemlösekompetenzen diesen Effekt verursacht haben.

3.2.5 Resilienz am Beispiel von Angststörungen und Depressionen bei an Brustkrebs erkrankten Frauen

Das Mammakarzinom ist eine maligne Erkrankung des Brustdrüsengewebes und gilt als die häufigste Krebserkrankung der Frau. Das mittlere Lebenszeitrisiko für Frauen an Brustkrebs zu erkranken, beträgt in Deutschland 9.2% (Robert Koch Institut 2005).

Schätzungen gehen davon aus, dass in Deutschland jährlich über 45.000 Frauen neu an Brustkrebs erkranken. Die Mortalität ist aufgrund der Präventionsbemühungen und der verbesserten Behandlungsmöglichkeit in Deutschland seit den 1990er Jahren rückläufig. So liegt die relative Überlebenswahrscheinlichkeit nach fünf Jahren für Frauen, die in den 1990er Jahren die Diagnose erhalten haben, bei 78% (Anfang der 1980er Jahre lag dieser Wert noch bei 67%; ebd.). Dabei darf dennoch nicht übersehen werden, dass ca. 30% der Todesfälle bei Frauen zwischen 35 und 59 Jahren auf das Mammakarzinom zurückzuführen sind.

Die medizinertherapeutische Strategie besteht zum einen in der chirurgischen Entfernung des Tumors, wobei versucht wird, die Brust zu erhalten (in Abhängigkeit vom Tumorstadium). Zusätzlich können hormon- oder chemotherapeutische Strategien zum Einsatz kommen (Pfreundschuh 1997).

Die Diagnose eines Brustkrebs stellt einen tiefen Einschnitt in die Lebenssituation der davon betroffenen Frauen dar. Nicht nur die mit der Diagnose verbundene mögliche Letalität, sondern auch die starken Beeinträchtigungen durch die medizinische Behandlung des Brustkrebs (mit dem Risiko einer sog. totalen Mastektomie, also der chirurgischen Brustentnahme) stellen für die Betroffenen eine besondere psychosoziale Belastung dar. Es wundert also nicht, dass das Risiko nach der Brustkrebsdiagnose an einer affektiven oder Angststörung zu erkranken im Vergleich zur weiblichen Normalbevölkerung deutlich erhöht ist. Die Angaben zur Häufigkeit von psychischen Störungen bei Frauen mit einem Mammakarzinom weichen dabei beträchtlich voneinander ab, was nicht zuletzt abhängig ist von der Art der Stichprobenrekrutierung bzw. der eingesetzten Messverfahren. Innerhalb der ersten sechs Monate nach Erhalt der Diagnose leiden zwischen 20 und 30% der Frauen an einer depressiven Erkrankung (Golden-Kreutz u. Andersen 2004; McDaniel et al. 1997).

Die Angaben dazu, wie häufig Frauen mit Brustkrebs nach der Diagnose unter einer Angststörung leiden, schwanken zwischen 6 und 14% (Dausch et al. 2004; Kissane et al. 2004). Die Betroffenen leiden unter:

- Unkontrollierbarkeit des Krankheitsverlaufs,
- mangelhafter Arzt-Patientinnen-Kommunikation,
- Veränderung des eigenen Körperbildes und
- Belastung für die Familie (Turner et al. 2005).

Wie ersichtlich handelt es sich auch hier um eine schwer belastete Gruppe mit einem erhöhten Risiko, neben der Tumorerkrankung noch eine psychische Störung zu entwickeln. Allerdings entwickeln nicht alle Frauen mit der Diagnose eines Mammakarzinoms psychische Störungen. Welche Resilienzfaktoren lassen sich identifizieren, die gegen eine zusätzliche psychische Störung schützen können? Hier zeigte sich u. a. ein Persönlichkeitsmerkmal als resilienter Faktor auf individueller Ebene, der sog. dispositionale Optimismus (► Abschn. 6.1). Hierunter wird der zeitlich überdauernde Glaube verstanden, dass einem eher gute Ereignisse widerfahren werden, wobei offen gelassen wird, ob sich die Dinge von allein positiv entwickeln oder man selbst etwas dazu beiträgt. Es zeigte sich, dass Frauen, die mittels eines Screeningverfahrens als »Optimisten« eingestuft wurden, sowohl kurz nach der Tumordiagnose als auch 12 Monate nach der Diagnose weniger an depressiven Beschwerden und Angstsymptomen litten als Patientinnen, die eher als »Pessimisten« eingestuft wurden (Schou et al. 2004). Dieser Zusammenhang kann über verschiedenste Prozesse vermittelt werden. Wahrscheinlich bedingt das Persönlichkeitsmerkmal des Optimismus die Wahl der Bewältigungsstrategien. So steht der Optimismus auch in einem positiven Zusammenhang mit dem Finden positiver Aspekte (so z. B. stärkere Bedeutung sozialer Bezüge, größere Spiritualität usw.), was wiederum in einem negativen Zusammenhang mit dem Erleben emotionaler Belastung durch die Krebsdiagnose steht (Urcuyo et al. 2005). Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist Vorsicht geboten, da das Konzept des dispositionalen Optimismus nicht klar genug definiert ist (Schwarzer u. Renner 1997).

Die meisten Interventionsprogramme sollen bei der Bewältigung der Diagnose unterstützend sein. In diesem Zusammenhang werden edukative, supportive, imaginative, kognitive und behaviorale Techniken eingesetzt (Kruse et al. 2003). Hierzu haben Antoni et al. ein kognitiv-behaviorales Stressmanagement-Gruppenprogramm vorgestellt und evaluiert (Antoni et al. 2001). Dieses Gruppenprogramm reduziert nicht nur die depressiven Beschwerden der Teilnehmerinnen, sondern erhöhte auch das Finden positiver Aspekte und steigerte den Optimismus der Betroffenen. Letzteres traf erfreulicherweise besonders für diejenigen zu, die zu Beginn der Behandlung sehr gering optimistisch waren.

Zusammenfassung

In diesem Abschnitt wurde der Begriff der Resilienz eingeführt. Mit Resilienz werden Prozesse oder Phänomene beschrieben, die eine positive Anpassung des Individuums trotz vorhandener Risikofaktoren widerspiegeln. Allerdings wird die Bezeichnung derzeit in der Forschung leider sehr uneinheitlich verwendet. Resilienz lässt sich inhaltlich nicht über bestimmte Merkmale definieren (z. B. Optimismus, Selbstwirksamkeit usw.), sondern nur über die Funktion des Merkmals, i. e. eine positive Anpassung des Individuums trotz vorhandener Risikofaktoren sicherzustellen. Ein Merkmal kann folglich in einem Kontext ein Risiko- und in einem anderen Kontext ein Resilienzfaktor sein. Es wurden exemplarisch für drei verschiedene Kontexte entsprechende Resilienzfactoren dargestellt.

3.3 Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell

Swantje Reimann

Das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (Becker et al. 1994) stellt den Versuch dar, verschiedene gesundheitspsychologische Modelle zu integrieren und Lücken zu schließen, die im Verständnis von Gesundheit und Krankheit offen bleiben. Ebenso wie das Modell von Antonovsky werden die Ressourcen besonders betont.

Das Salutogenesemodell von Antonovsky ist bereits dargestellt worden (► Abschn. 3.1). In diesem Modell werden Gesundheit und Krankheit als zwei Pole eines Kontinuums betrachtet. Eine Person bewegt sich auf diesem Kontinuum in Richtung Krankheit oder Gesundheit je nach Ausmaß ihrer Widerstandsressourcen und Schutzfaktoren. Die Erwartung auf eine Positivdefinition von Gesundheit, die der Name Salutogenese impliziert, wird auch hier nicht erfüllt. Innerhalb dieses Modells wird Gesundheit nur als die Abwesenheit von Beeinträchtigungen und Defiziten definiert.

Antonovskys Salutogenesemodell, wie auch die anderen Stressbewältigungsmodelle, beschäftigt sich allerdings fast ausschließlich mit externen Anforderungen an den Menschen. Jedoch sind auch interne

Anforderungen und die daraus folgenden Emotionen für den Gesundheitszustand von Relevanz, finden aber in den vorgenannten Modellen wenig Beachtung. Diese Lücke versuchen Becker et al. (1994) mit einem Rahmenmodell zu schließen, das sie als systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell bezeichnen. Bevor dieses Modell dargestellt wird, soll allerdings noch auf die von Becker et al. (1996) eingeführte Unterscheidung in aktuelle und habituelle körperliche Gesundheit eingegangen werden.

3.3.1 Differenzierung von aktueller und habitueller körperlicher Gesundheit

Die oben angeführten Modelle sind als Stressbewältigungsmodelle zu verstehen und gehen davon aus, dass nicht die Belastung per se, sondern deren Bewertung und die anschließende Bewältigung einen Bezug zur aktuellen körperlichen Gesundheit haben. Was unterscheidet nun aber Menschen mit wenigen Erkrankungen (Becker et al. 1996, bezeichnen sie als **Hochgesunde**) innerhalb eines langen Zeitraumes (über mehrere Jahre hinweg) von denjenigen, die innerhalb des gleichen Zeitintervalls mehrfach erkrankten, den Arzt konsultierten, Medikamente einnahmen oder stationär behandelt wurden (von Becker et al. [1996] als **Mindergesunde** bezeichnet)?

Um diese Frage zu beantworten, schlagen Becker et al. die Unterscheidung von **aktueller** und **habitueller** körperlicher Gesundheit vor.

Aktuelle körperliche Gesundheit. Sie lässt sich nach Becker et al. als der Gesundheitszustand eines Menschen beschreiben, in dem er sich momentan befindet (Ist der Mensch zurzeit erkrankt?). Dieses aktuelle körperliche Befinden ist Schwankungen unterworfen, je nachdem, ob die Person Belastungen und Anforderungen ausgesetzt ist, die das Risiko einer Erkrankung erhöhen können.

Stressbewältigungsmodelle können nun helfen, den aktuellen körperlichen Gesundheitszustand in Abhängigkeit von der An- oder Abwesenheit von Stressoren zu erklären. Sie beschreiben das jeweilige Bewältigen eines bestimmten Stressors, einer Anforderung oder eines stark handlungsrelevanten Reizes durch verschiedene Strategien. Diese sog. **Copingstrategien** können individuell verschieden sein, da jedem Menschen

unterschiedliche Eigenschaften und Hilfsmittel (z. B. generelle Widerstandsressourcen bei Antonovsky) zur Verfügung stehen.

Habituellder körperlicher Gesundheitszustand. Er kann als der »über einen längeren Zeitraum (nach Möglichkeit mehrere Jahre) aggregierte bzw. gemittelte körperliche Gesundheitszustand einer Person« (Becker 1996, S. 13) beschrieben werden.

Hochgesunde lassen sich von Mindergesunden demnach auf dem Niveau des habituellen körperlichen Gesundheitszustandes unterscheiden. Hochgesunde können nach Becker et al. (1996) interne und externe Anforderungen unter Zuhilfenahme interner und externer Mittel (**Ressourcen**) effektiver begegnen und so ihre Gesundheit erhalten.

3.3.2 Komponenten des systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells

Das von Becker et al. (1994) vorgeschlagene Modell zur Erklärung der habituellen körperlichen Gesundheit steht in seiner Konzeptualisierung kybernetischen Modellen nahe. Dabei wird das Individuum als ein System betrachtet, in dem eine hierarchische Struktur aus vielen Subsystemen existiert, die gleichzeitig aber auch in Suprasystemen (übergeordneten Systemen) organisiert ist. Diese Systeme bedingen und beeinflussen sich gegenseitig.

Während sich das biomedizinische Krankheitsmodell mit der Erklärung und Beschreibung des Gesundheitszustandes auf biologischer Ebene (Organe und Organsysteme) beschäftigt, lässt es die Betrachtung der ökologischen Suprasysteme, in denen ein Mensch lebt, gänzlich unbeachtet. Aus diesen Suprasystemen (z. B. Familie, Gesellschaft, Umwelt u. a.) erwachsen jedoch Anforderungen an einen Menschen, die gleichfalls gesundheitsrelevant sind, mit denen er sich tagtäglich auseinandersetzen muss, die als Belastungen erlebt werden können und dann eine Bewältigungsaufgabe darstellen.

Doch nicht nur externe Anforderungen müssen von der Person bewältigt werden. So sind interne Anforderungen wie Bedürfnisbefriedigung, Erwartungen an andere Personen des Familiensystems usw. ebenso von Relevanz für den Gesundheitszustand. Diese Aufgaben können unter Nutzung interner und externer Ressourcen, wie schon in den Stressbewältigungsmodellen beschrieben, bearbeitet werden.

Interne Ressourcen sind die dem Menschen eigenen Handlungsüberzeugungen (wie z. B. Selbstwirksamkeitserwartung, Bandura 1977 oder dispositioneller Optimismus, Scheier et al. 1985), Lebenseinstellungen (z. B. der Kohärenzsinn nach Antonovsky 1979), aber auch die genetische oder erworbene physische Konstitution.

Unter externen Ressourcen können soziale Unterstützung, Handlungs- und Gestaltungsfreiräume sowie ein bestimmtes Ausmaß an Kontrolle im Arbeits-, und Familienbereich und günstige Umweltbedingungen genannt werden.

! Eine gute habituelle körperliche Gesundheit eines Menschen ist davon abhängig, wie es ihm gelingt, verschiedenste Anforderungen (interner und externer Art) unter Zuzug verschiedenster zur Verfügung stehender Ressourcen (interner und externer Art) zu bewältigen.

In einem gesunden (gut funktionierenden) System werden von den einzelnen Sub- und Suprasystemen demnach Anforderungen an das Individuum gestellt. Diese mobilisieren aber innerhalb dieser hierarchischen Ordnung ausreichende Ressourcen, um diese Anforderungen zu bewältigen. Ein Reiz kann somit nicht nur negativ auf den Menschen wirken, sondern durch eine absehbar erfolgreiche Bewältigung kann ein Stressor auch eine Herausforderung darstellen (→ Lazarus 1981, Interpretation von Stressoren). Die Verhaltensweisen, Einstellungen und externen Bedingungen, die auf den habituellen körperlichen Gesundheitszustand einen Einfluss haben und somit in der Gesundheitsforschung von Relevanz sind, werden nachfolgend dargestellt.

3.3.3 Gesundheitsrelevante Variablen

Aus einer pathogenetischen Sichtweise (»Was unterscheidet Mindergesunde von anderen?«) können Prädiktoren für Krankheit und ätiologisch bedeutsame Risikofaktoren bestimmt werden, die die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung erhöhen. Im Gegensatz dazu können durch eine salutogenetische Betrachtungsweise (»Was unterscheidet Hochgesunde von anderen?«) Schutzfaktoren oder Ressourcen ermittelt werden, die das Risiko einer Erkrankung verringern.

Möglicherweise nähern sich beide Fragestellungen nur von zwei entgegengesetzten Richtungen an das gleiche Problem. Um es deutlicher zu skizzieren: die Verhaltensweise »Sonnenbaden« stellt einen Risiko-

faktor für Hautkrebs dar, das Meiden dieser Verhaltensweise senkt nun das Risiko einer solchen Erkrankung. Einmal steht der Risikofaktor »Sonnenbaden« im Mittelpunkt der Diskussion, ein anderes Mal der Schutzfaktor »Nichtsonnenbaden«.

Die Ausprägung **einer** Verhaltensweise könnte demnach unter pathogenetischer Betrachtung die Frage nach Risikofaktoren und unter salutogenetischer Herangehensweise die Frage nach den Schutzfaktoren beantworten.

Sind die pathogenetische und die salutogenetische Sichtweise nur zwei Seiten einer Medaille oder leistet das Salutogenesemodell von Antonovsky (1979) einen zusätzlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung?

Zur Überprüfung der Hypothese, dass gesunderhaltende Faktoren (salutogenetischer Ansatz) nicht nur das Unterlassen von krankmachenden Faktoren (pathogenetischer Ansatz) darstellen, führten Becker et al. (1996) eine Studie mit Hochgesunden, Normal- und Mindergesunden durch (► Studienbox).

Studienbox

Becker et al. (1996): Vergleich von Hochgesunden, Normal- und Mindergesunden in gesundheitsrelevanten Variablen (GRV)

Methode: 863 Personen (452 Männer, 411 Frauen) im Alter von 19–84 Jahre (MW=43,4) wurden hinsichtlich folgender Kriterien der habituellen körperlichen Gesundheit den drei Gruppen Hochgesunder, Normal- und Mindergesunder zugeordnet:

- Selbsteinstufung des Gesundheitszustandes im Vergleich mit anderen Personen gleichen Geschlechts und Alters;
- Selbstbeschreibung des Gesundheitszustandes von sehr gut bis sehr schlecht;
- Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes durch die Anzahl der in den letzten fünf Jahren in Anspruch genommenen ärztlichen Behandlung und des stationären Aufenthaltes in einem Krankenhaus und
- ärztliche Einstufung des gesundheitlichen Risikos nach eingehender medizinischer Untersuchung.

Diese Selbst- und Fremdbeurteilungen konnten nach einer Hauptkomponentenanalyse zu einem Gesamtmaß der habituellen körperlichen Gesundheit zusammengefasst werden. Die oberen und unteren 10% der Verteilung dieses Gesamtmaßes dienten als Cut-off-Wert für die Einteilung in die Gruppen der Hoch- bzw. Mindergesunden. Folgende Merkmale wurden bei den Probanden mit teilweise selbst entwickelten Fragebogen erfasst:

- seelische Gesundheit,
- Kohärenzsinn,
- interne Kontrollüberzeugung bezüglich der Gesundheit,
- Sporttreiben bei Belastung,

- depressives Bewältigungsverhalten,
- gesundes Ernährungsverhalten,
- intensives Sporttreiben,
- Schlafqualität und
- perceived soziale Unterstützung.

Ergebnisse: Korrelationen mit einem guten Gesundheitszustand

Alter	–0.14
seelische Gesundheit	0.27
Kohärenzsinn	0.24
internale Kontrollüberzeugung	0.15
Sporttreiben bei Belastung	0.27
depressives Bewältigungsverhalten	–0.15
gesunde Ernährung	0.10
intensives Sporttreiben	0.27
gutes Schlafen	0.25
soziale Unterstützung	0.15

In eine multiple Regressionsanalyse gingen zehn Variablen als Prädiktoren des Kriteriums habituelle Gesundheit ein. Die Varianzaufklärung betrug 18%. Folgende Variablen trugen substantiell zur Prädiktion bei (β -Gewichte in Klammern) und können als vorhersagende Variablen des Gesundheitszustandes herangezogen werden:

seelische Gesundheit	0.15
Kohärenzsinn	0.10
Sporttreiben bei Belastung	0.14
intensives Sporttreiben	0.15
gutes Schlafen	0.15

Aus dem von Becker et al. (1994) vorgeschlagenen integrativen Modell und unter Einbeziehung der gesundheitsrelevanten Variablen ergeben sich die nun im Folgenden beschriebenen Maßnahmen für die Gesundheitsförderung.

3.3.4 Gesundheitsfördernde Maßnahmen

Gesundheitsförderung, ausgehend von einem systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modell, beschreibt nicht nur Bewältigungsverhalten, sondern stellt eine aktive Förderung von Gesundheit in den Fokus der Gesundheitswissenschaften. Gesundheitsförderung kann anhand dieses Modells in vier Bereichen erfolgen:

- die Bearbeitung interner und externer Anforderungen sowie
- die Stärkung interner und externer Ressourcen.

Dazu bedürfte es einer Gesundheitsförderung, die durch die Zusammenarbeit mehrerer Wissenschaften (Psychologie, Soziologie, Politik, Ökologie usw.) geleistet werden sollte (► Kap. 10). Nachfolgend werden einige exemplarische Maßnahmen geordnet nach Anforderungen und Ressourcen benannt, die von Becker (2001) für eine umfangreiche Gesundheitsförderung beschrieben wurden.

Gesundheitsförderung im Sinne einer Beachtung **interner psychischer** und **physischer Anforderungen** schließt die Vermeidung von psychischer Unter- und Überforderung in verschiedensten Lebensbereichen (Arbeit, Familie, Ausbildung, Freizeit) und somit auch das Akzeptieren von eigenen Grenzen und deren Einhaltung ein. Ebenso sollte eine Unter- und Überforderung der physischen Subsysteme, z. B. durch Missbrauch von Substanzen, wie Drogen, Alkohol und anderen schädlichen Stoffen, eine falsche Ernährung, aber auch Bewegungsmangel vermieden werden. Die Beachtung eigener Bedürfnisse und deren angemessener Befriedigung durch Erholung, Entspannung und den Aufbau von Bindungen erfahren in der Gesundheitsförderung ebenso Beachtung wie die Erwartungen und Forderungen eines Menschen an sein Familiensystem (Kinder, Partner).

Die Anpassung **externer physischer** und **psychischer Anforderungen** bezieht sich auf Gestaltungsfreiräume und Kontrollmöglichkeiten des Arbeits- oder Ausbildungsplatzes, auf soziale und ökologische

Umweltbedingungen. Zum Beispiel kann physischen Stressoren am Arbeitsplatz durch ergonomische Maßnahmen, geregelten Pausenzeiten usw. begegnet werden. Auch die Auswahl der für den Menschen am günstigsten erscheinenden Umwelt, z. B. durch Entscheidungsmöglichkeiten über Ausbildungsplatz und Arbeitsstelle, wird in gesundheitsförderliche Maßnahmen mit einbezogen.

Externe Ressourcen sind in ökologischen Bedingungen, wie einer sauberen Umwelt, gesunden Nahrungsmitteln, in funktionierenden gesellschaftlichen Bedingungen (Bildungssystem, Gesundheitssystem, politisches System, kulturelles Wertesystem), aber auch im Arbeitsbereich zu finden. Das Anbieten von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen zählt ebenso dazu wie die Schaffung von angemessenen Handlungsspielräumen und der Kontrolle über die eigene Arbeit. Aber auch arbeitsschutztechnische Maßnahmen wie Lärmschutz usw. dürfen nicht unbeachtet bleiben. Im privaten Bereich sind eine soziale Integration und Unterstützung aber auch ein angemessenes Einkommen, zufriedensstellende Wohnbedingungen von Relevanz für die Förderung von Gesundheit.

Interne Ressourcen können zum einen günstige genetische Voraussetzungen sein. Zum anderen trägt auch eine erworbene physische und psychische Konstitution zur Anforderungsbewältigung bei. Durch den Aufbau oder die Stärkung der körperlichen Fitness, der seelischen Gesundheit und die Verbesserung der Konfliktlösefähigkeit und der Kommunikationskompetenzen, z. B. durch Kurse oder Lernprogramme, können interne Ressourcen zum Bewältigen von Anforderungen genutzt werden.

Zusammenfassung

Das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell, formuliert von Becker et al. (1994), soll als ein integratives Modell einen Erklärungsrahmen bieten, in dem nicht nur die aktuelle, sondern auch die habituelle körperliche Gesundheit berücksichtigt ist. Dabei wird vor dem Hintergrund eines interaktiven Persönlichkeitssystems das Zusammenspiel von internen und externen Anforderungen in der Genese von Gesundheit und Krankheit beschrieben.

Gesundheit wird in diesem Modell nicht nur als die Abwesenheit von Funktionsbeeinträchtigungen und Symptomen beschrieben. Ein wichtiger Indikator für eine gute habituelle Gesundheit zeigt sich in der positiven Nutzung externer und interner Ressourcen zur Bewältigung externer und interner Anforderungen. Dieses drückt sich in einem hohen Maß an Wohlbefinden aus.

In der Stärkung von Gesundheit und Wohlbefinden werden neben externen Anforderungen (Stressoren aus der Umwelt) auch die internen Anforderungen des Menschen hervorgehoben.

Die Betonung der Multidisziplinarität der Gesundheitsförderung stellt aber nicht mehr nur das individuelle Verhalten bzw. die Änderung und Beeinflussung des Verhaltens in den Vordergrund. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Umweltbedingungen (ökologische, politische, gesellschaftliche und soziale Merkmale) gleichermaßen darauf ausgerichtet sein sollten, gesundheitsförderlich für den Menschen zu sein.

Im Unterschied zu anderen Modellen geht das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell davon aus, dass es Stressoren gibt, die für fast alle Menschen als Belastung wirken. Hier geht das Modell teilweise weg von der idiographischen Analyseform des transaktionalen Stressmodells und schaut sich Stressoren und deren Auswirkungen auf das Individuum in Abhängigkeit von Ressourcen wie Kohärenzsinn, Selbstwirksamkeit usw. an.

Somit bietet dieses Modell einen starken Anwendungsbezug zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Maßnahmen, wobei nicht nur versucht wird, einer Erkrankung vorzubeugen, sondern Gesundheit, physischer und psychischer Art gleichfalls, aktiv zu fördern, indem die Bedürfnisse von Menschen berücksichtigt werden. Das Systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell versucht als ein Rahmenmodell verschiedene gesundheitspsychologische Erklärungsbeiträge zu integrieren. Eine Erweiterung findet sich in der Unterscheidung des aktuellen körperlichen Gesundheitszustandes von einem habituellen körperlichen Gesundheitsniveau. Als entscheidend für die Bewältigung von Stressoren werden nicht nur die zur Verfügung stehenden Ressourcen interner und externer Art betrachtet, sondern auch die Anforderungen, die an einen Mensch gestellt werden (extern) und die er selbst an sich stellt (intern). Zusammengefasst können diese Anforderungen und Ressourcen zu der Entwicklung effektiver Maßnahmen innerhalb der Gesundheitsförderung herangezogen werden.

Literatur

- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Klibourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., Yount, S. E., McGregor, B. A., Arena, P. L., Harris, S. D., Price, A. A. & Carver, C. S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20 (1), 20–32.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1983). The sense of coherence: Development of a research instrument. W. S. Schwartz Research Center for Behavioral Medicine. Tel Aviv University. *News Research Reports* 1, 1–11.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (Deutsche erw. Herausgabe von Alexa Franke). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Becker, P. (1989). *Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF). Testmappe mit Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle: Eine integrative Persönlichkeitstheorie und ihre klinische Anwendung*. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1996). Zwei theoretische Rahmenmodelle zur Erklärung der aktuellen und habituellen körperlichen Gesundheit: Darstellung und empirische Überprüfung. *Trierer Psychologische Berichte*, 23 (4). Universität Trier: Fachbereich I Psychologie.
- Becker, P. (2001). Modelle der Gesundheit – Ansätze der Gesundheitsförderung. In S. Höfling & O. Giesecke (Hrsg.), *Gesundheitsoffensive Prävention – Gesundheitsförderung und Prävention als unverzichtbare Bausteine effizienter Gesundheitspolitik* (S. 41–53). München: Redaktion Politische Studien, Hanns-Seidel-Stiftung e.V., Atwerb.
- Becker, P., Bös, K. & Woll, A. (1994). Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der körperlichen Gesundheit: pfadanalytische Überprüfung.

- fungen mit latenten Variablen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 25–48.
- Becker, P., Bös, K., Oppen, E., Woll, A. & Wustmans, A. (1996). Vergleich von Hochgesunden, Normal- und Mindergesunden in gesundheitsrelevanten Variablen (GRV). *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 4 (1), 55–76.
- Blum, R. W. (1998). Healthy youth development as a model for youth health promotion: A review. *Journal of Adolescent Health*, 22, 368–375.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFS-FJ). (2003). *Gewaltfreie Erziehung. Eine Bilanz nach Einführung des Rechts auf gewaltfreie Erziehung*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Compas, B., Hinden, B. & Gerhardt, C. (1995). Adolescent development: Pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 46, 265–293.
- Dausch, B. M., Compas, B. E., Beckjord, E. et al. (2004). Rates and correlates of DSM-IV diagnoses in women newly diagnosed with breast cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11 (3), 159–169.
- Engle, P. L., Castle, S. & Menon, P. (1996). Child development: Vulnerability and resilience. *Social Science & Medicine*, 43 (5), 621–635.
- Eysenck, H. J. (1991). *Smoking, personality and stress*. New York: Springer.
- Golden-Kreutz, D. M. & Andersen, B. L. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: Relationships with global, cancer-related and life event stress. *Psycho-Oncology*, 13 (3), 211–220.
- Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Borer, W., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.
- Heinrichs, N., Saßmann, H., Hahlweg, K. & Perrez, M. (2002). Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. *Psychologische Rundschau*, 53 (4), 170–183.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213–218.
- Kissane, D. W., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D. M., Block, S. & Smith, G. (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: A comparative analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38 (5), 320–326.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1–11.
- Kruse, J., Grinschgl, A., Wöller, W., Söllner, W. & Keller, M. (2003). Psycho-soziale Interventionen bei Patientinnen mit Brustkrebs. *Psychotherapeut*, 48, 93–99.
- Lazaraus, L. (1981). Streß und Streßbewältigung – Ein Paradigma. In S. H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 198–232). München: Urban & Schwarzenberg.
- Luthar, S. & Zelazo, L. (2003). Research on resilience: an integrative review. In S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaption in the context of childhood adversities* (pp. 510–549). New York: Cambridge University Press.
- McDaniel, J. S., Musselman, D. L. & Nemeroff, C. B. (1997). Cancer and depression: Theory and treatment. *Psychiatric Annals*, 27 (5), 360–364.
- Menninger, K. (1968). *Das Leben als Balance*. München: Piper.
- Muthny, F. A., Kramer, P., Lerch, J., Tausch, B. & Wiedemann, S. (1994). Gesundheits- und erkrankungsbezogene Kontrollüberzeugungen Gesunder. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 194–215.
- Olsson, C., Bond, L., Burns, J., Vella-Brodrick, D. & Sawyer, S. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26 (1), 1–11.
- Pfreundschuh, M. (Hrsg.). (1997). *Onkologische Therapie. Leitlinien und Schemata zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge*. Stuttgart: Thieme.
- Rimann, M. & Udris, I. (1997). Kohärenzerleben (sense of coherence): Zentraler Bestandteil von Gesundheit oder Gesundheitsressource? In W. Schüffel, U. Brucks & R. Johnen (Hrsg.), *Handbuch zur Salutogenese*. Wiesbaden: Ullstein & Mosby.
- Robert Koch Institut (2005). *Brustkrebs*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 25. Berlin: Statistisches Bundesamt.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80.
- Sack, M., Künsebeck, H.W. & Lamprecht, F. (1997). Kohärenzgefühl und psychosomatischer Behandlungserfolg. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 47, 149–155.
- Sanders, M. R. (1999). The Triple P – Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multi-level parenting and family support strategy for the prevention and treatment of child behavior and emotional problems. *Child and Family Psychology Review*, 2, 71–90.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219–247.
- Schou, I., Ekeberg, Ø., Ruland, C. M., Sandvik, L. & Kåresen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 13 (5), 309–320.
- Schumacher, J., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2000). Deutsche Normierung der sense of coherence scale von Antonovsky. *Diagnostica*, 46, 208–213.
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personalen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40, 105–123.
- Schwarzer, R. & Renner, B. (1997). Risikoeinschätzung und Optimismus. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2. Aufl., S. 43–66). Göttingen: Hogrefe.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138 (4), 32–34.
- Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H. & Osgarby, S. M. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (3), 303–315.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1989). *Soziale Unterstützung. Diagnostik, Konzepte, F-SOZU*. DGVT-Materialie, 22. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Staudinger, U., Marsiske, M. & Baltes, P. B. (1995). Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across life span. In D. Cohen & D. Cicchetti (Eds.), *Developmental Psychopathology* (Vol. 2, pp. 801–847). Oxford: John Wiley & Sons.
- Turner, J., Kelly, B., Swanson, C., Allison, R. & Wetzig, N. (2005). Psycho-social impact of newly diagnosed advanced breast cancer. *Psycho-Oncology*, 14 (5), 396–407.
- Urcuyo, K. R., Boyers, A. E. & Carver, C. S. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health*, 20 (2), 175–192.
- Wiesner, M. & Reitzle, M. (2001). Prävention depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 10 (4), 248–257.



<http://www.springer.com/978-3-540-25462-1>

Gesundheitspsychologie

Renneberg, B.; Hammelstein, P. (Hrsg.)

2006, XI, 327 S., Softcover

ISBN: 978-3-540-25462-1