

Seelische Gesundheit als Aufgabe der Erwachsenenbildung?



Inaugural-Dissertation

zur
Erlangung des Doktorgrades
der Humanwissenschaftlichen Fakultät
der Universität zu Köln
vorgelegt von

Anne Barbara Löhr
aus
Siegburg

Köln 2016

Diese Dissertation wurde von der Humanwissenschaftlichen Fakultät
der Universität zu Köln im Oktober 2016 angenommen.

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Hartmut Meyer-Wolters (Köln)
2. Berichterstatter: Prof. Dr. Klaus Künzel (Köln)

Tag der mündlichen Prüfung: 19.10.2016

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	13
2	Exploration der Problemlage	25
2.1	Die „Krise“ – eine pädagogische Perspektive	26
2.2	Strukturelle Probleme innerhalb des Gesundheitssystems	29
2.2.1	Psychische Störungen – eine Epidemie des 21. Jahrhunderts?	29
2.2.2	Zur Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Problemlagen	32
3	Seelische Gesundheit fördern – Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention	37
3.1	Interventionen zur Prävention psychischer Erkrankungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung	38
3.2	Salutogenetische Gruppenkonzepte zur Förderung von (seelischer) Gesundheit	41
3.3	Lösungsorientierte Beratungsansätze	44
3.3.1	Neue Formate in der Prävention psychischer Störungen und der Förderung seelischer Gesundheit – ein Berufsfeld für Pädagog*innen	47
3.3.2	Gesundheitsberatung	51
4	Annäherung an ein Verständnis von seelischer Gesundheit	65
4.1	Psychopathologische, psychotherapeutische und gesundheitswissenschaftliche Konzepte seelischer Gesundheit	71
4.2	Das Salutogenesemodell als Vergleichsmodell	78

5	Das Salutogenesemodell als Erklärungsmodell seelischer Gesundheit	83
5.1	Skizzierung und Einordnung des Salutogenese Modells	83
5.1.1	Generalisierte Widerstandsressourcen	84
5.1.2	Das Kohärenzgefühl	86
5.1.3	Stressoren	91
5.1.4	Spannungsbewältigung	95
5.1.5	Gesundheits-Krankheitskontinuum	102
5.1.6	Einordnung des Salutogenese Modells	110
5.1.6.1	Rückmeldungen aus der empirischen Forschung	110
5.1.6.2	Auswirkungen auf die Gesundheitsförderung	111
5.2	Das Salutogenesemodell als Erklärungsmodell seelischer Gesundheit	118
5.2.1	Das Kohärenzgefühl – empirische Reflexion und Hypothesen zur intentionalen Einflussnahme	119
5.2.2	Konzeptionelle Ergänzungen des Salutogenese Modells mit dem Fokus auf „seelische Gesundheit“	122
5.2.2.1	Das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell) nach Becker	123
5.2.2.2	Salutogene Kommunikation nach Petzold	139
5.2.2.3	Das Triadische Konzept der Selbstverwirklichung nach Meller	143
5.2.3	Salutogenese, Lernen und seelische Gesundheit	154
6	Seelische Gesundheit im Reflexionshorizont der Pädagogik	159
6.1	Zum Bedarf einer lerntheoretischen Ergänzungen des Salutogenese Modells	159
6.1.1	Die „individuelle Lerngeschichte“ als Ausprägungsort des SOC ..	159
6.1.2	Lernprozesse als Voraussetzung für seelische Gesundheit	166
6.2	„Irritation als Lernanlass“ – Erweiterung des Salutogenese Modells um lerntheoretische Überlegungen Schäffters	173
6.2.1	Irritation und Lernen	181
6.2.2	Inszenierung von Irritation als Lernanlass in pädagogischen Kontexten	185
6.2.2.1	Erläuterung zum Ansatz des „Transformativen Lernens“	189
6.2.3	Lerntheoretische Ausdifferenzierung des Salutogenese Modells I ..	198
6.2.4	Lernen, Gesundheit, Kohärenzgefühl und Identitätsentwicklung .	203
6.3	Seelische Gesundheit durch Förderung emotionaler Selbstreflexivität	210
6.3.1	Die emotionale Konstruktion der Wirklichkeit	213
6.3.1.1	Die Dualität der Emotion	216
6.3.1.2	„Maschengefühle“ – emotionstheoretischer Erklärungsansatz von subjektiven Erlebenszuständen ..	218
6.3.1.3	Die wirklichkeitsschaffende Kraft von Emotionen	220
6.3.2	Förderung seelischer Gesundheit durch emotionale Selbstreflexion?	222
6.3.2.1	Emotionale Selbstreflexivität	225

6.3.2.2	Stop & Think-Schleife – Möglichkeit der Unterbrechung von Emotionsmustern	228
6.3.2.3	Lerntheoretische Ausdifferenzierung des Salutogenesemodells II	232
6.3.3	Didaktisch-methodische Ausgestaltung einer emotionalen Selbstreflexion	235
7	Resümee und Ausblick	249
8	Literaturverzeichnis	269

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Exemplarische Konkretisierung der wechselseitigen Bewältigung von Anforderungen durch Ressourcenaustausch, erläutert am Beispiel der Interaktion eines Säuglings und seiner Mutter (Becker 2006, S. 109).....	125
Abbildung 2: Zwei Ebenen der (In-) Kongruenz bei der Betrachtung von Selbstbestimmung in drei verschiedenen Konstellationen (Meller 2008, S. 212).....	147
Abbildung 3: Triadisches Konzept der Selbstverwirklichung: Selbstbestimmung unter permanenter Rekurrierung auf Prozesse der Selbstwerdung und Selbst- realisierung (Meller 2008, S. 217).....	149
Abbildung 4: Der Einfluss der generalisierten Widerstandsressourcen/Widerstandsdefizite (GRR/GRDs) auf das Kohärenzgefühl (vgl. Lorenz 2005, S. 51).....	160
Abbildung 5: Erweiterte Darstellung des Modells der Salutogenese (vgl. Bengel et al. 2001, S. 36).....	199
Abbildung 6: Modell der Identitätsarbeit (vgl. Höfer 2000b, S. 60)....	205
Abbildung 7: Die prinzipielle Dualität von Emotionen (vgl. Arnold 2008, S. 112).....	217
Abbildung 8: Die emotionale Konstruktion der Wirklichkeit (vgl. Arnold 2008, S. 125).....	229
Abbildung 9: Erweiterte Darstellung des Modells der Salutogenese (vgl. Bengel et al. 2001, S. 36).....	234

Abbildung 10: Förderung seelischer Gesundheit in der Erwachsenenbildung – ein Orientierungsmodell....	259
Abbildung 11: Seelische Gesundheit als Aufgabenfeld in der Gesundheitspädagogik (in Anlehnung an die Darstellung von Schneider 2013, S. 74).....	262
Abbildung 12: Seelische Gesundheit als Aufgabenfeld in der Gesundheitspädagogik (in Anlehnung an die Darstellung von Schneider 2013, S. 74).....	262

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausgewählte Indikatoren für Zustände der körperlichen und psychischen Gesundheit bzw. Krankheit (Becker 2006, S. 28).....	72
Tabelle 2: Handlungsansätze aus pathogenetischer und salutogenetischer Perspektive (Jork, Preseschkian 2006, S. 21).....	116
Tabelle 3: Bestimmungsmerkmale des SAR Modells nach Becker und ihre Fördermöglichkeiten (vgl. Becker 2006).....	132
Tabelle 4: Gegenüberstellung von Personen mit hohem und niedrigem Neurotizismus (Becker 2006, S. 152 f.).....	136
Tabelle 5: Formen reflexiven Lernens (Schüßler 2008, S. 14).....	196

1. KAPITEL

Einleitung

„Wir alle durchlaufen in unserem Leben Phasen, in denen wir uns neu verorten müssen und können: Pubertät, Ablösung vom Elternhaus, Bindung an einen Partner, Geburt eines Kindes, Übergang von Ausbildung und Beruf, Trennungen usw. Diese Krisenzeiten bieten Chancen für neue Entwicklungen und sind als solche notwendig und unvermeidbar. Sie können auch bei gesunden und stabilen Menschen mit erheblichen Irritationen verbunden sein. Solche Übergangsphasen zu unterdrücken, birgt das Risiko psychischer Störungen“ (Bock 2011, S.13)

Seelische Gesundheit als pädagogisch relevantes Phänomen zu verorten ist keineswegs trivial. Die mit seelischer Gesundheit assoziierten Themenfelder beziehen sich vor allen Dingen auf die Bearbeitung und Heilung psychischer Erkrankungen. Versteht die Erwachsenenbildung ihren Auftrag in Bezug auf seelische Gesundheit so, dass sie die Veränderungsprozesse und Persönlichkeitsentwicklung ihrer Teilnehmer*innen in Übergangsphasen (siehe Zitat) begleitet, bewegt sie sich damit in einem Spannungsverhältnis von Therapie und Pädagogik. Die Entwicklung der Psychotherapie in Deutschland hat mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 einen exklusiv ausgrenzenden und an einem medizinischen Berufsverständnis orientierten Weg eingeschlagen – und damit abschließend geklärt, dass die Pädagogik in der psychotherapeutischen Heilkunde „nichts zu suchen hat“ und ausschließlich approbierten Psy-

1. KAPITEL

chotherapeut*innen und Ärzt*innen vorbehalten ist. Daneben steht jedoch die Ansicht, dass sich temporär normabweichendes Verhalten auch in einem pädagogischen bzw. erwachsenenbildnerischen Setting bearbeiten lässt, wenn es als „normale“ Begleiterscheinung in einem Veränderungs- und Entwicklungsprozess interpretiert werden kann (vgl. Wolf 2014, S. 194 f.).

Die Begründung einer (neuen) Aufgabe in der Erwachsenenbildung kann hier über die Entwicklung eines Orientierungsmodells von seelischer Gesundheit erfolgen, an das auch Erwachsenenbildner*innen ihr Handeln ausrichten können, wenn sie Menschen in solchen Veränderungs- und Entwicklungsprozessen begleiten. Im Kontext dieser Arbeit wird vor allen Dingen auf das Salutogenesemodell nach Antonovsky Bezug genommen, da es sich als Erklärungsmodell seelischer Gesundheit eignet, wie auch empirische Untersuchungen bestätigen können. Parallelen zu einem solchen Vorgehen sind auch in der Auseinandersetzung Bollnows über „Das hohe Alter“ (1962) zu finden, in der Bollnow die Pädagogik um den Gegenstand des hohen Alters erweitert und damit ein neues Aufgabenfeld für Pädagog*innen begründet¹.

Hieran angelehnt wird im Folgenden (1) die Analyse der Problemsituation, (2) die Systematisierung verschiedener Lösungsansätze und (3) die Entwicklung eines Orientierungsmodells auf den Bereich der seelischen Gesundheit übertragen:

1 Ausgehend von der Beschreibung der Problemsituation (der Anteil alter Menschen in der Gesamtbevölkerung wächst/Unterbringung, Pflege und Betreuung alter Menschen) und der Darstellung verschiedener Lösungsansätze (Entstehung der Gerontologie/Durchführung von Unterhaltungsprogrammen für ältere Menschen) entwickelt Bollnow einen erzieherischen Auftrag aus der Notwendigkeit heraus, alte Menschen nicht nur pflegerisch zu betreuen, sondern sie dabei zu unterstützen, „zu einer richtigen Auseinandersetzung mit ihrem Alter und zu einer sinnvollen Erfüllung der darin gelegenen Möglichkeiten anzuleiten“ (Bollnow 1962, S. 2). Ein Orientierungsmodell für eine richtige Auseinandersetzung mit dem Alter, entsteht durch die Bestimmung eines eigenen Wertes dieser Lebensphase. Die Charakterisierung des Alters und die Bestimmung dieses eigenen Wertes des Alters vollzieht Bollnow durch die Betrachtung allgemeiner Volkskenntnisse, beispielsweise sprichwörtlicher Wendungen über das Greisenalter (vgl. ebd., S. 4) und der Untersuchung der vorliegenden Leistungen alter Menschen, also der späten Werke großer Künstler, Maler, Dichter und Philosophen (vgl. ebd., S. 6). Hieraus entwirft er ein Bild des Alters, „wie es seinem Wesen zufolge sein kann und sein soll“ (ebd., S. 10). Die Bewältigung der Altersaufgabe kann gelingen oder auch nicht und sei durch Pädagog*innen zu begleiten (vgl. ebd., S. 1 ff.).

Zur Problemsituation

Die Problemsituation in Bezug auf den Themenkomplex der seelischen Gesundheit und Krankheit ist alarmierend: Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage auf Grund einer psychischen Erkrankung ist in den letzten 11 Jahren um mehr als 97 Prozent gestiegen (vgl. psyGA 2016). Psychische Erkrankungen sind mittlerweile die häufigste Ursache für krankheitsbedingte Frühberentungen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016, S. 31) und das Risiko, im Laufe des Lebens von einer psychischen Störung zumindest zeitweise betroffen zu sein, wird auf über 50 Prozent geschätzt (vgl. Kessler et al. 2005). Aktuelle Gesellschaftsanalysen stilisieren die Störungsbilder Depression und Burnout bereits zu einem Charakteristikum unserer Zeit. Es ist die Rede vom „erschöpften Selbst“ (Ehrenberg 2004), von einer „erschöpften Gesellschaft“ (Grünewald 2013) oder sogar von einem „Zeitalter der Erschöpfung“ (Martynekewicz 2013). Durch die zunehmende Anfrage an therapeutischen Leistungen werden die bisherigen gesellschaftlichen Hilfesysteme überfordert, es kommt zu einem strukturellen Engpass und einer Versorgungslücke an Angeboten für Menschen mit psychischen Belastungen und Störungen. Dies begünstigt häufig eine Chronifizierung der Störungsbilder und die Inanspruchnahme vermeidbarer stationärer Aufenthalte. Es entstehen enorme Kosten durch Arbeitsunfähigkeit, Präsentismus und Frühverrentung auf Grund psychischer Störungen. In einem kurativ dominierten Gesundheitssystem wird die Entwicklung und Verbreitung wirksamer Interventionen zur Vorbeugung psychischer Erkrankungen jedoch vernachlässigt (vgl. Faltermeier 2012, S. 3).

Systematisierung von Lösungsansätzen

Die Antworten auf das Auftreten psychischer Erkrankungen sowie Lösungsversuche zur Förderung seelischer Gesundheit sind nicht nur dem Medizinsystem und der Heilkunde zuzuordnen, sondern umfassen mehrere Bereiche, die sich vor allen Dingen durch die sie prägenden Paradigmen unterscheiden lassen. Diese Paradigmen beschreiben unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und wie sie zu erreichen ist. Wissenschaft und Forschung orientieren sich hieran, um dann zu unterschiedlichen Konsequenzen für die Praxis zu gelangen. Im Wesentlichen handelt es sich um zwei verschiedene Paradigmen, die hier von Bedeutung sind: das pathogenetische und das salutogenetische Paradig-

1. KAPITEL

ma. Darüber hinaus werden auch Lösungsansätze im Bereich der Erwachsenenbildung und der Geragogik formuliert.

1. *Pathogenetisch orientierter Lösungsansatz*

Das medizinische Gesundheitssystem und die medizinische Forschung orientieren sich am *pathogenetischen Paradigma* und am biomedizinischen Krankheitsmodell². Gesundheit wird hier durch Negativbestimmungen definiert, also durch die Abwesenheit und das Freisein von Krankheiten. Treten Beschwerden oder Probleme auf, wird eine Person als krank eingestuft. In dem Bestreben, Krankheiten zu vermeiden, bzw. zu beseitigen, konzentriert sich die medizinische Forschung daher auf die Ursachen von Krankheiten und die Behebung der daraus resultierenden Defekte. In der medizinischen Behandlung stehen dementsprechend die Beschwerden, Symptome und Schmerzen des Patienten im Mittelpunkt. Seelische Gesundheit wird – diesem Paradigma entsprechend – als Ergebnis der Bewältigung einer psychischen Krankheit, bzw. als Abwesenheit psychischer Beeinträchtigungen konstruiert. Bei der Beurteilung darüber, ob eine psychische Störung vorliegt, werden verschiedene Faktoren berücksichtigt. Neben der subjektiven Einschätzung des Patienten (z.B. von Veränderungen im Verhalten und Erleben), ziehen Ärzte, Psychiater und Psychotherapeuten zur Diagnose soziale, statistische und funktionale Normen heran, die in den gängigen Klassifikationssystemen, dem ICD 10 der Weltgesundheitsorganisation oder dem DSM-IV der American Psychiatric Association, aufgeschlüsselt vorliegen (vgl. Schulte 1998, S. 23). Die Anleihen für eine theoretische Fundierung der Erklärungsmodelle und Interventionen beziehen sich vor allen Dingen auf medizinaffine Disziplinen, vorrangig aus den Gesundheitswissenschaf-

2 Das biomedizinische Krankheitsmodell ist nach wie vor das vorherrschende Modell in der Medizin. Hier wird davon ausgegangen, dass sich der menschliche Organismus normalerweise in einem Zustand der Homöostase befindet. Darunter wird die „Erhaltung des normalen Gleichgewichtes der Körperfunktionen durch physiologische Regelungsprozesse verstanden, z.B. Konstanthaltung von Blutdruck und Körpertemperatur“ (Plümer 1995, S. 37). Gesundheit wird somit zum „Produkt eines spezifischen Ordnungszustandes“ (ebd.). Krankheiten und Funktionsstörungen gefährden bzw. zerstören dieses Gleichgewicht und werden folglich als Abweichung des Normalzustandes gesehen. Dies führt zu einer dichotomen Trennung von Gesundheit und Krankheit.

ten, der Gesundheits- und Medizinsoziologie und der Gesundheitspsychologie. Mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1999 wurde das medizinische Gesundheitssystem erweitert um die Berufsgruppe der Psychologen, die eine psychotherapeutische Zusatzausbildung und Approbation vorweisen können. Die therapeutischen Verfahren zielen auf die *Feststellung, Heilung oder Linderung psychischer Störungen mit Krankheitswert* ab. Gleichzeitig wurden andere Berufsgruppen, darunter auch Pädagog*innen, aus dem Bereich der Heilkunde ausgeschlossen.

2. *Salutogenetisch orientierte Lösungsansätze*

Die *salutogenetische Perspektive* – als weiteres Paradigma – fokussiert die Erforschung und Stärkung gesundheitlicher Schutzfaktoren und (Bewältigungs-)Ressourcen, um den Gesundheitszustand zu erhalten bzw. zu verbessern. Sie basiert auf den Grundannahmen des Salutogenesemodells nach Aaron Antonovsky, der erstmals seine Forschungsbemühungen auf die Genese der Gesundheit (und nicht der Krankheit) richtete. Die Umsetzung der salutogenetischen Perspektive wurde maßgeblich durch die Strategiepapiere der Weltgesundheitsorganisation³ (WHO) im Bereich der Gesundheitsförderung vorangetrieben. Bei der Gesundheitsförderung geht es um

„eine Promotionsstrategie, bei der Menschen durch die Verbesserung ihrer Lebensbedingungen eine Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten erfahren sollen“ (Hurrelmann et al. 2007, S.11).

3 Die WHO wurde 1948 als Teil der „Vereinten Nationen für ein internationales System zur Erfassung, Bewertung und Entwicklung der für unser Überleben und die Verbesserung unserer Lebensqualität relevanten Erfahrungen geschaffen“ (Baric/Conrad 1999, S. 9). Sie nutzt regelmäßig einberufene Weltkonferenzen, um tragfähige Strategien für Erhalt und Verbesserung von Gesundheit zu beschließen. Bis dahin orientierte sich die Prävention und klassische Gesundheitserziehung, wie sie von der WHO und anderen Organisationen gestaltet wurde, sehr stark an Krankheit und pathogenen Risikofaktoren. Erst mit der Ottawa-Charta von 1986 wurde die Krankheitsorientierung traditioneller Präventions- und Gesundheitsprogramme endgültig aufgegeben und der salutogenetische Blickwinkel in den Vordergrund gerückt, mit dem Ziel die Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potentiale auf allen gesellschaftlichen Ebenen umzusetzen.

1. KAPITEL

Die Interventionen zur Gesundheitsförderung der WHO beziehen sich dabei vor allen Dingen auf die Förderung der

„ökonomischen, kulturellen, sozialen, bildungsmäßigen und hygienischen Bedingungen der Lebensgestaltung von Bevölkerungsgruppen“ (Hurrelmann et al. 2007, S. 12).

D.h., die Verwirklichung der Gesundheitsförderungsidee ist nicht ausschließlich Aufgabe des Medizinsystems oder des Gesundheitswesens, sondern erfordert die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit und Kooperation von Bereichen, Akteuren und Berufsgruppen auf politischer, sozialer und ökonomischer Ebene, um die *Verhältnisse und Lebensbedingungen* gesundheitsförderlich zu gestalten (vgl. Kaba-Schönstein 2006, S. 75). Seit den 1990er Jahren wird das Thema der psychischen Gesundheit durch die WHO verstärkt protegiert, aber auch durch die Europäische Kommission, die die Förderung der mentalen Gesundheit zu einem Gesundheitsziel mit höchster Priorität für ganz Europa ausgerufen hat (vgl. Pech et al. 2010, S. 234).

Darüber hinaus können salutogenetisch ausgerichtete Interventionen der Gesundheitsförderung auch auf die *Verbesserung von individuellen Fähigkeiten* zur Lebensbewältigung abzielen. Im Salutogenesemodell nach Antonovsky werden die individuellen Verarbeitungsmechanismen in Reaktion auf Umweltbedingungen und Stressoren ausgearbeitet. Als (seelisch) gesund sind dem zu Folge diejenigen zu bezeichnen, die inneren und äußeren Stressoren mit einer „globalen Orientierung“ begegnen, die es ihnen gestattet, diese Stressoren als verstehbar, handhabbar und sinnhaft einzuordnen und die genügend Ressourcen zu einer umfassenden Bewältigung der Stressoren mobilisieren können. Diese globale Orientierung ist das Hauptbestimmungsmerkmal des Salutogenese-modells; Antonovsky nennt es das „Kohärenzgefühl“. Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl ermöglicht es, den Anforderungen dieser Welt ihre stressauslösende Potenzialität zu berauben so dass diese sich sogar in gesundheitsförderlicher Weise auf das Individuum auszuwirken können. Es wurden bereits einige Gruppenprogramme zur Förderung (seelischer) Gesundheit mit Bezug zum Salutogenesemodell konzipiert und umgesetzt.

3. *Lösungsansätze in der Erwachsenenbildung und Geragogik*

Lösungsversuche werden auch im Bereich der Erwachsenenbildung und Geragogik ausgearbeitet. Sie beziehen sich auf die Problemsituationen und Bildungsbedürfnisse ihrer Teilnehmer*innen und sind damit zunächst von einer Zuordnung zu einem pathogenetischen oder salutogenetischen Paradigma losgelöst. Sie weisen aber eine Nähe zur salutogenetischen Orientierung auf, da die unterschiedlich gestalteten Bildungsangebote ebenfalls auf die Veränderung individueller Wahrnehmungs- und Verarbeitungsmuster abzielen sowie den Ausbau von Kompetenzen und Ressourcen intendieren. Im Bereich der *Geragogik* hat vor allen Dingen Silvia Kade vier Paradigmen, in diesem Kontext gemeint als spezifische Wissensformen und Formen der Aneignung und Vermittlung (vgl. Kade 2007, S. 116), in der Altersbildung beschrieben, die jeweils Antworten auf verschiedene „gesellschaftliche Mangelsituationen im Alter“ (ebd., S. 116) anbieten. Kade beschreibt, dass Ältere mit dem Berufsende aus den gesellschaftlich relevanten Handlungszusammenhängen herausfallen (vgl. ebd., S. 115). Mangelsituationen entstehen dadurch, dass für die Altersphase keine typischen Regularien, Sozialisationsformen und Institutionen bereit gehalten werden (vgl. ebd., S. 115). So passiert es, dass Monotonie und Erfahrungsarmut zu dem Gefühl führen „sich nicht mehr auszukennen‘ außerhalb der eigenen vier Wände“ (ebd., S. 117) oder „von unbekanntem Informationen überflutet zu werden“ (ebd., S. 117). Ältere Menschen werden durch das Näherrücken des Lebensendes mit „einem Mangel an Sinn konfrontiert“ (ebd., S. 119) oder entbehren durch den Verlust sozialer Kontakte zu Gleichaltrigen und Familienangehörige das Gefühl dazu zu gehören (vgl. ebd., S. 120 f.). Das Erleben von Kompetenzverlust und mangelnder Anerkennung kann das Gefühl verstärken „nicht mehr gebraucht zu werden“ (ebd., S. 124). Die Teilkomponenten des Kohärenzgefühls Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit können durch diese spezifischen Lebenserfahrungen im Alter geschwächt werden und mit einem Verlust seelischer Gesundheit einhergehen. Durch die Orientierung der Altersbildung an dem *Bildungs-, Orientierungs-, Entwicklungs- und Bewältigungsparadigma* (vgl. ebd., S. 116) kann diesen schwächenden Erfahrungen entgegengewirkt werden. Beispielsweise indem durch Informationsangebote und Be-

1. KAPITEL

ratung ein Orientierungswissen mit „Weltbezug“ (Kade 2007, S. 118) gefördert wird, das Entscheidungen erleichtert (Bildungsparadigma) oder indem entwicklungsförderliche Umwelten geschaffen werden (Entwicklungsparadigma), in denen sich auch Anschlussmöglichkeiten zum Kennenlernen anderer Menschen ergeben (vgl. ebd., S. 120 f.).

In der systemisch-konstruktivistischen *Erwachsenenbildung* werden didaktische Modelle beispielsweise von Schäffter (2001b) ausgearbeitet in Reaktion auf die spezifischen Anforderungen, die mit einer postmodernen Gesellschaft, bzw. einer „Transformationsgesellschaft“ (ebd.) einhergehen. Die Abnahme der Stabilität von gesellschaftlichen Lebensformen und Traditionen schlägt sich häufig in einem Gefühl der Überforderung und Überschwemmung nieder. Individuelle, gesellschaftliche und kulturelle Entwicklungen sind nicht mehr antizipierbar, sondern führen in eine offene Zukunft. Auf der Suche nach einem Umgang mit der Pluralität von Werten, Normen und einer erdrückenden Vielfalt möglicher biografischer Entscheidungen ist das Bedürfnis nach Orientierung groß. Schäffter fordert eine Erwachsenenbildung, die auf permanente gesellschaftliche Umbrüche und eine normative Unbestimmbarkeit der Zukunft (vgl. ebd., S. 48) mit passenden Angeboten reagieren kann und den Erwachsenen dabei unterstützt „ambivalente und offene Situationen auszuhalten und produktiv zu nutzen“ (ebd., S. 53). Dies erfordert ein Lernen, das nicht nur qualifizierend oder auf Ergänzungs- und partielles Umlernen ausgerichtet ist, sondern auch selbstreflexive Beobachtungen sowie Änderungen emotionaler Grundhaltungen und Deutungsmuster ermöglicht. Solche „biografischen Neuorientierungen und Individualisierungsschübe“ (Siebert 1997, S. 87) sind häufig nicht das Ergebnis eines harmonisch fortschreitenden Lernprozesses (vgl. Fischer 2011, S. 148), sondern schließen sich meist an krisenhaft erlebte Lebensereignisse an. Ähnlich wie im Salutogenesemodell nach Antonovsky wird auch in den Texten zum Lernen Erwachsener aus systemisch-konstruktivistischer Perspektive beschrieben, wie individuelle Verarbeitungsmuster in Reaktion auf Irritationen und Krisen funktionieren.

Der Exkurs über die verschiedenen Lösungsansätze und Reaktionen auf die unterschiedlich beschriebene und wahrgenommene Problemsituation

im Kontext seelischer Gesundheit macht deutlich, dass es nicht nur die, in der öffentlichen Wahrnehmung dominierenden, Interventionen des Medizinsystems gibt. Allerdings werden die hier vorgestellten Ansätze weitgehend in getrennten Diskussionszusammenhängen verhandelt. Ein Vergleich bietet sich aus pädagogischer Perspektive aber vor allen Dingen bei den beiden Ansätzen an, die sich auf individuelle Verarbeitungsmuster konzentrieren – also ein Vergleich zwischen dem Salutogenesemodell und systemisch-konstruktivistischen Theorien zum Lernen Erwachsener. Um auf das oben angeführte Anliegen zurück zu kommen, ein Orientierungsmodell seelischer Gesundheit zu entwickeln, auf das auch Erwachsenenbildner*innen ihr Handeln ausrichten können, werden im Folgenden diese beiden Perspektiven zusammengeführt. Dies erfolgt unter Ausschluss der genannten pathogenetischen Erklärungsmodelle seelischer Gesundheit, da diese von anderen Prämissen und Funktionskontexten ausgehen. Im Kontext dieser Arbeit werden auch die geragogischen Ansätze unberücksichtigt gelassen, da sie nur einen Teil der Erwachsenenpopulation und deren spezifische Bedürfnisse und Problemkonstellationen in den Blick nehmen.

Entwicklung eines Orientierungsmodells seelischer Gesundheit

Seelische Gesundheit zu fördern (als Aufgabe von Erwachsenenbildung) geht von der Prämisse aus, das Kohärenzgefühl auch im Erwachsenenalter beeinflussen und stärken zu können. Hier werden die Möglichkeiten der (intentionalen) Veränderungen durch Antonovsky und in systemisch-konstruktivistische Theorien zum Lernen Erwachsener unterschiedlich eingeschätzt. Antonovsky äußerte sich skeptisch in Bezug auf eine intentionale Förderung des Kohärenzgefühls. Dies ist seiner konzeptionellen Ausgestaltung des Salutogenesemodells geschuldet, die eine Entwicklung, bzw. Veränderung des Kohärenzgefühls ab dem 30. Lebensjahr für unwahrscheinlich hält. Antonovsky benennt drei Lebensabschnitte – Säuglingsalter und Kindheit, Adoleszenz und die erste Dekade des Erwachsenenalters – in denen sich das Kohärenzgefühl ausprägt und von da an weitgehend stabil bleibt (vgl. Antonovsky 1997, S. 118). Man kann hier von einer individuellen Lerngeschichte sprechen, da Antonovsky „Muster von Lebenserfahrungen“ (ebd., S. 93) im Zusammenspiel mit Kultur, Schichtzugehörigkeit, Geschichte, Geschlecht, Genen und individuellem Glück verantwortlich macht für die Ausbildung des Kohärenzgefühls. Die Muster an Lebenserfahrungen führen dazu, dass sich die

1. KAPITEL

Teilkomponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (Sinnhaftigkeit) ausbilden. Nach Abschluss dieser dritten Lebensdekade sei die Bindung an eine Identität, eine soziale Rolle, ein bestimmtes Weltverständnis so ausgeprägt, dass sie (rigide) die kommenden Erfahrungen strukturiert und einer sich wiederholenden, unausweichlichen Schleife gleicht. Positive Veränderungen sind nach Antonovskys Verständnis so gut wie nicht möglich. Den Menschen auf ein, in seinen ersten dreißig Jahren entwickeltes, Weltverständnis, bzw. eine Lebensorientierung festzulegen, widerspricht jedoch dem Bildungsverständnis der Erwachsenenbildung. Hier werden auch dem älteren Erwachsenen noch tiefgreifende Veränderungen zugestanden, die er selbstbestimmt initiieren kann. Bestätigung findet diese Haltung in den Ergebnissen der psychologischen Altersforschung, in der Befunde zur Veränderung von Eigenschaften im Erwachsenenalter und im hohen Alter zusammengetragen wurden, die der These einer Unveränderlichkeit der Person widersprechen (vgl. Lehr 2003, S. 134).

Das Kohärenzgefühl zum Orientierungspunkt pädagogischen Handelns in der Förderung seelischer Gesundheit zu machen, setzt die Klärung voraus, ob der Umgang mit der individuellen (seelischen) Gesundheit schicksalhaft vorgegeben ist, wie dies im Salutogenesemodell zum Ausdruck kommt. Sind wir Herr im eigenen Haus oder bleiben wir dem einmal aufgebauten Muster an Lebenserfahrungen passiv ausgesetzt? Das Zusammenbringen des Salutogenesemodells mit den systemisch-konstruktivistischen Theorien zum Lernen Erwachsener soll klären, ob eine Stärkung des Kohärenzgefühls durch Initiierung von Lernprozessen auch im Erwachsenenalter noch wahrscheinlich ist. D.h., es geht zunächst nicht um die Entwicklung didaktischer Konzepte zur Förderung seelischer Gesundheit in der Erwachsenenbildung, sondern um die Analyse der ausgewählten Modelle und Theorien zum Lernen Erwachsener im Hinblick auf eine prinzipielle Förderung seelischer Gesundheit. Die hier zu bearbeitenden Leitfragen lauten dementsprechend:

1. *Wie kann das Salutogenesemodell, als gesundheitswissenschaftliches Erklärungsmodell von seelischer Gesundheit, durch systemisch-konstruktivistische Theorien zum Lernen Erwachsener sinnvoll ergänzt werden?*
2. *Welche Lernprozesse tangieren die Genese seelischer Gesundheit?*

Die aus meinem persönlichen Vorverständnis stammende These lautet, dass systemisch-konstruktivistische Theorien zum Lernen Erwachsener Facetten seelischer Gesundheit beschreiben, dies aber nicht explizit in den Kontext „seelischer Gesundheit“ gestellt wird. Es wird in Teilen über das gleiche gesprochen, nur mit einer jeweils eigenen diskurs- und disziplintypischen „Nomenklatur“. Die Zusammenführung beider Perspektiven erfolgt dementsprechend vergleichend, indem Übereinstimmungen untersucht werden, und differenzierend, so dass sich die disziplinären Zugänge korrigieren können.

Der Aufbau der Arbeit ist an der, bereits in der Einleitung vorweggenommenen, Struktur ausgerichtet: (1) *Analyse der Problemsituation*: Zunächst wird die bereits angedeutete Problemsituation weiter ausdifferenziert und sowohl auf individueller als auch auf struktureller Ebene beschrieben (vgl. Kapitel 2). (2) *Beschreibung von Lösungsansätzen*: Hier werden die verschiedenen Interventionen, die in entsprechenden Fachzeitschriften und Veröffentlichungen zur Prävention psychischer Störungen und zur Förderung seelischer Gesundheit genannt werden, vorgestellt. Der Fokus richtet sich dabei vornehmlich auf Interventionen mit einem Bezug zum „Salutogenesemodell“ (Antonovsky 1979, 1993, 1997), da es im Kontext dieser Arbeit als maßgebliches Referenzkonzept in Bezug auf seelische Gesundheit herangezogen wird. Zudem wird auf zwei relativ neue Formate zur Förderung seelischer Gesundheit und zur Lebensbewältigung eingegangen, die sich neuerdings bei Krankenkassen und in der Arbeitswelt etablieren und auch von Pädagog*innen durchgeführt werden können. Zudem wird der Diskurs um das Thema Gesundheitsberatung dargestellt (vgl. Kapitel 3). (3) *Entwicklung eines Orientierungsmodells zur Förderung seelischer Gesundheit*: Die in der Einleitung vorgenommene Setzung, das Salutogenesemodell nach Antonovsky zu einem Orientierungsmodell in der Förderung seelischer Gesundheit zu machen, wird in den nun folgenden Kapiteln begründet. Es werden Ansätze einer pädagogischen Auseinandersetzung mit dem Thema „seelische Gesundheit“ rezipiert, aber vor allem die diversen Ansätze aus den Gesundheitswissenschaften überblicksartig vorgestellt (vgl. Kapitel 4). Daran anschließend wird herausgearbeitet, dass das Salutogenesemodell von Aaron Antonovsky als Referenzkonzept für seelische Gesundheit für den Kontext der Arbeit geeignet ist (vgl. Kapitel 5). Neben der Darstellung des Salutogenesemodells, dem Forschungsstand und der Einflussnahme auf politische Konzepte der Gesundheitsförderung, werden außerdem andere Modelle, die sich auf das Salutogenesemodell beziehen, vorge-

1. KAPITEL

stellt. Sie erweitern das Verständnis von seelischer Gesundheit. Eingegangen wird auf das systemische Anforderungs-Ressourcenmodell (SAR-Modell) nach Becker (2006), die salutogene Kommunikation nach Petzold (2013) und das Triadische Konzept der Selbstverwirklichung nach Meller (2008). Der Vergleich zwischen Salutogenesemodell und ausgewählten, systemisch-konstruktivistischen Texten zum Lernen Erwachsener soll die in der Einleitung geschilderten Leitfragen klären (vgl. Kapitel 6). Der erste Vergleich widmet sich dem Salutogenesemodell und der systemisch-konstruktivistischen Lerntheorie Schäffters, die er in einem Artikel „Irritation als Lernanlass“ (1997a) ausgeführt hat. Das Salutogenesemodell erfährt hier eine erste strukturelle Ergänzung. Die aus dem Vergleich gewonnen Erkenntnisse werden zusätzlich aus identitätstheoretischer Perspektive beleuchtet. Der zweite Vergleich stützt sich auf das Werk Arnolds „Die emotionale Konstruktion der Wirklichkeit“ (2008), in dem Lernen auch auf die Reflexion identitätsrelevanter Emotionsmuster bezogen wird. Durch den Vergleich können ebenfalls Parallelen zum Salutogenesemodell gezogen und eine weitere strukturelle Modellerweiterung nachvollzogen werden. Abschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst und im Hinblick auf ihre Konsequenzen diskutiert (vgl. Kapitel 7).

Exploration der Problemlage

Die Konferenz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) tagte im Jahr 2005 unter dem Titel: „Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen“ und postulierte, dass es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit gäbe und dass die Entwicklung und Umsetzung wirksamer Pläne zur Förderung der psychischen Gesundheit das Wohlbefinden aller steigern (vgl. WHO Konferenz, Helsinki 2005; In: Munz/Jürgensen 2012, S. 13). Ob und inwiefern die Pädagogik bzw. Erwachsenenbildung hierzu einen Beitrag leisten kann, konnte meiner Kenntnis nach bisher nicht dezidiert geklärt werden, obwohl Persönlichkeitsentwicklung, Bildung und lebenslanges Lernen in den Strategiepapieren der Ottawa-Charta (als eine der Leit- und Orientierungsmarker für die weltweite Umsetzung von Gesundheitsförderung) fest verankert sind. Röhrle führt darüber hinaus an, dass Maßnahmen zur Prävention physischer und psychischer Beeinträchtigungen bisher viel zu sehr getrennt seien und es hier konzeptionellen Nachholbedarf gebe, der dem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit der WHO stärker gerecht würde (vgl. Röhrle 2004, S. 520). Vermehrte Maßnahmen zur Prävention psychischer Störungen und zur Förderung seelischer Gesundheit könnten sich dann ggf. auch regulierend auf die derzeitige strukturelle Problemsituation auswirken.

Die in der Einleitung bereits angeklungene Problemlage in Bezug auf den Bereich der seelischen Gesundheit und Krankheit vollzieht sich auf mehreren Ebenen und soll im Folgenden ausgeführt werden. Die Ge-

2. KAPITEL

fährdung seelischer Gesundheit kann zunächst als subjektiver Problemfall gedeutet werden. Es werden die stattfindenden Prozesse eines sich in der Krise befindenden Subjektes aus pädagogischer Perspektive beschrieben. Daran anschließend werden die strukturellen Probleme einer adäquaten Versorgung von Menschen mit seelischen Nöten im Gesundheitssystem dargestellt und der Bedarf an vielfältiger Lebenshilfe aufgezeigt.

2.1 Die „Krise“ – eine pädagogische Perspektive

Seelische Gesundheit konstituiert sich vor allen Dingen dort, wo sie gefährdet ist – in biografische Übergangsphasen, Veränderungsprozessen oder Krisen. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive wird der Verlust an (seelischer) Gesundheit so verhandelt, dass die subjektiven Ressourcen überfordert werden und damit die Bewältigung einer von außen oder innen kommenden Herausforderung nicht gelingen kann. Dieser individuelle Verarbeitungsprozess wird in Kapitel 5.1.4 zur Beschreibung der Spannungsbewältigung dargestellt.

Zunächst soll an dieser Stelle der Prozess eines kritisch verlaufenden Alltagshandelns eines Handlungssubjektes, das zur Inanspruchnahme therapeutischer, beratender oder erwachsenenbildnerischen Angebote führt, aus *pädagogischer Perspektive* beschrieben werden. Dabei beziehe ich mich auf eine ältere Quelle von Schmitz (1983), der hier sowohl Anleihen macht bei Meads Erklärungen zur Subjektivität, bei der Lebensweltanalyse von Schütz als auch bei Oevermanns Erläuterungen der Forschungsmethode einer objektiven Hermeneutik (vgl. ebd., S. 62).

Nach Schmitz unterliegt das Subjekt einem Zwang zur Lebensbewältigung, da es angesichts seiner leiblichen Existenz unweigerlich einer äußeren Wirklichkeit ausgesetzt ist. Die Lösung von Handlungsproblemen wird als kontinuierlicher Prozess beschrieben, der sich zusammensetzt aus dem „Handeln als intelligentes Eingreifen in die Wirklichkeit“ und dem „Erkennen als Erfahren dieser Wirklichkeit“ (ebd., S. 62 f.). „Sinnhaft“ ist dieses Handeln deshalb, da es den subjektiven, symbolischen Vorstellungen über die Wirklichkeit, die das Subjekt im Laufe seiner Sozialisation verinnerlicht hat, folgt. Die symbolischen Vorstellungen sind zu verstehen als ein System von Sinnzusammenhängen, Regeln und

Interpretationsmustern, die sowohl identitätsstiftend sind, als auch die Lebensereignisse einzuordnen helfen. Zur Erläuterung:

„Identität ist aus dieser sozialpsychologischen Sicht eine »subjektive Wirklichkeit« (Berger/Luckmann 1971), sie ist die Summe der Erfahrungen, die sich im Ereignisfluß der einzelnen Biographie aufgeschichtet haben. In ihr drückt sich aus, daß das Individuum als Subjekt Produkt seiner Umwelt ist, sich gleichzeitig aber auch in der jeweiligen Einzigartigkeit seiner Lebensgeschichte von den anderen in dieser Umwelt unterscheidet. Letzteres heißt aber gleichzeitig, daß diese im Ereignisfluß aufgeschichteten Erfahrungen auch nicht mehr allein sozialen Strukturen entsprechen, sondern eine psychologische Struktur besitzen. Identität ist daher gleichsam auch ein System von Geltungsregeln (Mead 1980), entsprechend derer das Subjekt die auf es einströmenden Ereignisse der objektiven Wirklichkeit als sinnvolle erfährt und in seinen Erfahrungsbestand einarbeiten kann“ (Schmitz 1983, S. 63).

In dem Zitat kommt zum Ausdruck, dass sich die genannten Geltungsregeln innerpsychisch und individuell manifestieren und zugleich auch auf die Einfluss nehmende Umwelt bezogen sind. Das Handeln als Problemlösen (in der Alltagssituation) greift auf diese verinnerlichteten Geltungsregeln und die damit verbundenen Handlungsmuster zurück. Es verläuft weitestgehend auf der Basis unbewusster Prozesse – als reines Routinehandeln (vgl. ebd., S. 64). Aus dem Unbewussten enthoben sind solche Handlungen, bei denen es Schwierigkeiten gibt,

„die einzelne Handlung mit den in seiner Biografie aufgeschichteten Handlungsentwürfen und deren Geltungsregeln vereinbar zu halten“ (ebd., S. 64).

Dies führt zu langem Nachdenken oder zu, häufig nachträglich stattfindenden, Bemühungen, die Handlungen vor sich selbst zu verantworten und über die bestehenden Geltungsregeln zu legitimieren. Dies ist jedoch nicht die einzige Entscheidungsrichtlinie, da auch die relevante Umwelt Ansprüche an eine Vereinbarkeit der getroffenen Entscheidungen und Handlungen mit gemeinsam geteilten Regeln stellt. Die Begründung subjektiver Entscheidungen muss sich nach Schmitz also auch daran orientieren,

„daß eine Entscheidung angemessen ist, das heißt, gemeinsamen Standards des moralischen Urteils folgt, und zweitens [...], daß sie

2. KAPITEL

richtig ist, das heißt, mit dem jeweiligen Stand gesicherten Wissens über die objektive Wirklichkeit vereinbar ist“ (Schmitz 1983, S. 64f).

Der verantwortungsbewusste Erwachsene kann seine Entscheidungen auf den verschiedenen Ebenen – subjektive Identität, Gruppenkonsens, Wahrheit – begründen und ausbalancieren. Eine Krise ergibt sich dann, wenn die Anforderungen aus dem Lebensvollzug nicht mehr mit, dem Subjekt bekannten, Begründungen beantwortet werden können, Handlungen also auf den genannten Ebenen nicht legitimiert werden können:

„Dann geraten die Handlungssubjekte in ein problematisches Verhältnis zu ihren eigenen Entscheidungen (Oevermann 1981). Sie erleben, daß die ihnen zur Verfügung stehenden Begründungsfolien der eigenen Lebensgeschichte sowie ihre Kenntnisse über anerkannte Standards von Moral und Wahrheit nicht mehr hinreichen, um ihre eigenen Handlungen sinnvoll zu interpretieren“ (ebd. 1983, S. 65).

Als Möglichkeit diesen Dilemmata zu entfliehen, bleibt, ihnen auszuweichen. Gestalten sich die Handlungsaufforderungen einer Situation jedoch als unausweichlich, dann entsteht ein Leidensdruck, der nur abgebaut werden kann, wenn neue Begründungen aus der Revision oder Ergänzung vorhandener Interpretationsmuster aufgebaut werden (vgl. ebd., S. 66). Sollte das Alltagsgespräch oder der autodidaktische Wissenserwerb für den Aufbau neuer Begründungen und als Revisionsinstanz nicht ausreichen, treten Therapie, Beratung und Erwachsenenbildung auf den Plan (vgl. ebd.).

Über dreißig Jahre später stellt sich immer noch die Frage, wann welches Angebot greift, da es im Bereich von Problembewältigung und Persönlichkeitsentwicklung (also dem Feld, in dem noch von der Prävention psychischer Störungen und der Förderung von seelischer Gesundheit gesprochen werden kann) Bereichsüberschneidungen von Kompetenzfeldern gibt. Erwachsenenbildung kann genauso problembewältigend wirken wie ein therapeutisches Angebot. Therapeutische Prozesse fördern wiederum Fähigkeiten und Kompetenzen, setzen Training und Übungen für Lernerfolge ein, um besser mit bestimmten Problemsituationen umgehen zu können. Dies sind ebenso Bildungsaufgaben. Marotzki bezeichnet die Lernprozesse als Bildungsprozesse, die eine Veränderung von Selbst- und Weltverhältnis anregen:

„Solche Lernprozesse, die sich auf die Veränderung von Interpunktionsprinzipien von Erfahrungen und damit auf die Konstruktionsprinzipien der Weltaufforderung beziehen, möchte ich Bildungsprozesse nennen“ (Marotzki 1990, S. 41).

Krisen, wie sie beschrieben wurden, können eine solche Veränderung im Selbst- und Weltbezug einfordern. Sie sind also „Aufforderungen zu neuen Handlungen, die den Keim einer neuen Organisation in sich tragen“ (Ulich, 1987, S. 6).

Die Betrachtung der Krise als Potential für eine neue innere Organisation liefert also einen Hinweis darauf, dass für deren Bewältigung umfassende Lernprozesse notwendig sind. Wie Schmitz ausgeführt hat, heben sich solche Handlungen und Erfahrungen ins Bewusstsein, die nicht mit den verinnerlichten und bisher unbewusst wirkenden Geltungsregeln begründet werden können. Hier besteht die Chance, anhand der Krise (bzw. Irritation), eine Reflexion der vorhandenen inneren Ordnung, der biografisch erworbenen Geltungsregeln vorzunehmen. Daran können sich Lernprozesse anschließen, die neue und ergänzende Interpretationsmuster aufbauen. Kapitel 6 untersucht, inwiefern der Aufbau einer solchen reflexiven Wissensstruktur einhergeht mit der Genese seelischer Gesundheit.

2.2 Strukturelle Probleme innerhalb des Gesundheitssystems

2.2.1 Psychische Störungen – eine Epidemie des 21. Jahrhunderts?

Die verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen Deutschlands konstatieren durchgängig die wachsende Bedeutung psychischer Störungen auf Grund des kontinuierlichen Anstieges der Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung mit entsprechender Diagnose im Bereich psychischer Erkrankungen.

2. KAPITEL

Hierzu die Faktenlage:

- Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage auf Grund einer psychischen Erkrankung ist in den letzten 11 Jahren um mehr als 97 Prozent gestiegen (vgl. psyGA 2016).
- Psychische Erkrankungen sind mittlerweile die häufigste Ursache für krankheitsbedingte Frühberentungen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016, S. 31).
- Laut repräsentativen epidemiologischen Studien wird das Risiko, im Laufe des Lebens von einer psychischen Störung zumindest zeitweise betroffen zu sein, auf über 50 Prozent geschätzt (vgl. Kessler et al. 2005).

Angesichts dieser hohen Prävalenzzahlen ist es nicht verwunderlich, dass die Zunahme-Hypothese von psychischen Erkrankungen vor allem in der öffentlichen Diskussion automatisch angenommen und formuliert wird. Als Ursachen für eine (häufig) unhinterfragte Annahme eines Zuwachses an psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung werden vermehrte psychische Belastungen moderner Gesellschaften identifiziert und zu Grund gelegt. Kann hier also von einer „Epidemie des 21. Jahrhunderts“ die Rede sein (vgl. Weber et al. 2006)? Jacobi (2009) wirft zu Recht ein, dass hier ein Ursache-Wirkungsprinzip nur dann angenommen werden kann, wenn eine Zunahme psychischer Erkrankungen durch entsprechende Prävalenzen in derselben Population mit derselben Methodik in größeren Zeitabständen wiederholt gemessen werden können (vgl. ebd., S. 20). Ein Zuwachs der Prävalenz mit epidemiologischen Daten konnte bisher nicht nachgewiesen werden (vgl. ebd.). Als Erklärung für die Veränderungen der Krankenkassenstatistiken führt Jacobi folgende Faktoren an:

Zunächst einmal hat sich das zu untersuchende Spektrum mit Hilfe verfeinerter und moderner Diagnosesysteme (ICD-10, DSM-IV) weiter ausdifferenziert und ausgeweitet – frühere Statistiken beschränkten sich auf eine geringere diagnostische Breite und waren häufig fokussiert auf die Fälle, die eine entsprechende Behandlung nach sich zogen (Behandlungsprävalenz) (vgl. ebd., S. 17).

Der Vorwurf einer unzulässigen Ausweitung auf neue Krankheitseinheiten – also der Psychiatrisierung normaler Probleme – kann hier nicht

standhalten, da die negativen Outcomes wie Arbeitsunfähigkeitstage signifikant belegt werden können (vgl. Jacobi 2009, S. 18). D.h. psychische Störungen sind häufiger als früher angenommen, da sie umfassender diagnostiziert und repräsentativer erhoben werden können. Die ärztliche Awareness, die zu einem veränderten Diagnose- und Krankenschreibungsverhalten geführt hat, spielt sicherlich genauso eine große Rolle wie die Selbstwahrnehmung psychischer Symptome auf Patient*innenseite – die sich in Folge einer Entstigmatisierung und Normalisierung psychischer Erkrankungen durch die breite Diskussion in den Medien verbessert haben mag. Diskutiert wird auch eine Verlagerung innerhalb des Krankheitsspektrums in Richtung psychischer Störungen, da sich früher mehr betroffene Personen mit unspezifischen somatischen Beschwerden bei ihrem/r Hausarzt/ärztin vorgestellt haben, die die Aufmerksamkeit von einer Depressionsdiagnostik abgelenkt und eher zu einer Klassifizierung z.B. im muskuloskelettalen Bereich geführt haben (vgl. ebd., S. 22). Insgesamt haben sich die Diagnoseraten im Sinne eines Aufholens an den Erkenntnisstand verbessert –

„allerdings macht ein Abgleich mit Untersuchungen zur Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Störungen deutlich, dass die Zahl der Betroffenen noch weitaus höher ist, als die AU-Berichte und andere Erhebungen vermuten lassen. Nach wie vor werden psychische Störungen selten frühzeitig diagnostiziert und noch seltener adäquat behandelt“ (ebd., S. 19).

Es deutet also vieles darauf hin, dass nicht die Prävalenz psychischer Störungen zugenommen hat sondern vielmehr der Bedarf angestiegen ist. Wobei es laut Jacobi als gesichert gilt, dass sowohl professionelle Interventionen als auch das entsprechende Inanspruchnahmeverhalten auf Seiten der Betroffenen dem wirklichen Bedarf weit hinterherhinken (vgl. ebd., S. 19).

Die Frage, die sich in diesem Zusammenhang aufdrängt, ist weniger die nach einem Wachstum der Prävalenz psychischer Störungen, sondern eher, ob sie höher liegt, als das Gesundheitssystem sie vertragen kann.

Eine der kommenden, größten Herausforderungen des Gesundheitssystems ist es, an dieser Stelle adäquate Interventionen und Behandlungspfade (für alle Betroffenen) sicher zu stellen.

2. KAPITEL

2.2.2 Zur Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Problemlagen

Eine optimale Versorgung psychisch erkrankter Versicherter in Deutschland fehlt an einigen Stellen, so dass eine Stabilisierung und Genesung der Betroffenen erschwert wird. An dieser Stelle werden zwei maßgebliche Faktoren kurz umrissen:

1. Laut der Psychotherapeutenkammer NRW wird betroffenen Versicherten in Deutschland eine zeit- und kraftaufwendige, oft frustrierende Suche nach einem/r niedergelassenen Psychotherapeut*in zugemutet. Die Wartezeiten auf ein Erstgespräch liegen in NRW bei durchschnittlich 12,5 Wochen; der Beginn der Behandlung erfolgt meist erst 6 Monate nach Anfrage (vgl. Psychotherapeutenkammer NRW, 2015). Die Folge solcher verzögerten Behandlungsbeginns sind längere ambulante und/oder stationäre Behandlungen. In der Zwischenzeit werden die Betroffenen häufig einseitig medikamentös behandelt und krankgeschrieben. Auf Grund mangelnder niedergelassener Psychotherapeut*innen wenden sich viele in einer akuten Krise an psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser. Der Zuwachs an stationären Behandlungen habe sich daraufhin laut der Barmer GEK zwischen 1990 und 2010 um 129 Prozent erhöht (vgl. ebd.).
2. Die kritische Versorgungslage von psychisch Kranken bzw. der Ansturm auf die Psychotherapiepraxen ist auch der Tatsache geschuldet, dass Menschen mit einer Burnout- oder einer Mobbingthematik diese Hilfen in Anspruch nehmen möchten – aber nicht jeder der sich ausgebrannt und erschöpft fühlt, erfüllt die Kriterien einer psychischer Störung. Auswertungen der Bundespsychotherapeutenkammer aus Zahlen der großen gesetzlichen Krankenkassen zeigen, dass die Anzahl der Krankschreibungen auf Grund eines Burnout seit 2004 um 700 Prozent, die betrieblichen Fehltag sogar um fast 1400 Prozent gestiegen sind (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer 2012, S. 3). Burnout wird im Klassifikationssystem ICD-10 nicht als eigenständige Krankheitsdiagnose kodiert, sondern als Zusatzdiagnose Z 73 – als Schwierigkeit in Bezug auf die Lebensbewältigung, die nicht unbedingt

den Status einer Erkrankung erreichen – klassifiziert (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer 2012, S. 7). Hier würden vielfältige Lebenshilfen mehr ausrichten als therapeutische Interventionen oder Medikamente. Im Kampf um die wenigen Therapieplätze setzten sich jedoch häufig die Durchsetzungsfähigsten durch und nicht unbedingt diejenigen, die die Hilfe am dringendsten benötigen. Christiane Grefe kommentiert in einem DIE ZEIT-Artikel treffend:

„Offensichtlich passen also die Seelenlage der Nation, deren öffentliche Wahrnehmung und die Konzepte, sie zu stabilisieren, nicht mehr zusammen – auf Kosten der Schwächsten“ (Grefe 2012, S. 31).

Abgesehen von der immensen Belastung für die Betroffenen, die nach einem passenden Hilfeangebot suchen, ist auch auf die steigenden Kosten für Unternehmen und Volkswirtschaft hinzuweisen, die zum Teil auch durch die unzulängliche Versorgung psychisch erkrankter Menschen bedingt sind. Laut Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin liegen allein die direkten Krankheitskosten psychischer Störungen bei knapp 16 Milliarden Euro pro Jahr, indirekte Kosten auf Grund von Produktionsausfallkosten wurden 2014 auf 8,3 Milliarden Euro geschätzt (vgl. Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt (psyGA), 2016).

Das Problem der unzulänglichen Versorgung psychisch erkrankter Versicherter ist vor allen Dingen ein strukturelles Problem innerhalb eines fragmentierten Versorgungssystems. Leistungserbringer (Krankenkassen) versuchen derzeit lange Wartezeiten und Behandlungsunterbrechungen über ein sektorenübergreifendes, koordiniertes Vorgehen zu verhindern. Verschiedene Versorgungsmodelle, die nach einer ambulanten oder stationären Behandlung in einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus oder einer Rehabilitationsklinik greifen sollen, sehen beispielsweise Unterstützung durch eine/n Fallmanager*in vor, der/die einen möglichst zeitnahen und nahtlosen Behandlungsverlauf unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsaspekten und in Abstimmung mit den Betroffenen sicher stellt. Hier besteht jedoch noch erheblicher Verbesserungsbedarf bei der Kooperation auf den verschiedenen Versorgungsebenen.

„Von innovativen und vernetzten Versorgungsformen wie Case-Management, Disease-Management-Programmen (DMP) oder

2. KAPITEL

Modellen integrierter Versorgung wird erwartet, dass sie sektorale Versorgungsgrenzen überwinden helfen, den Krankheits- und Behandlungsverlauf sowie die Lebensqualität der Patienten positiv beeinflussen und z.B. über die Verringerung von Fehl-, Unter- oder Überversorgung und von Chronifizierung auch eine Veränderung der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems bewirken. Allerdings mangelt es bislang vielfach noch an Evidenz, welcher Nutzen sich aus diesen neuen Versorgungsmodellen für Deutschland ergibt“ (Klesse et al. 2007, S. 585)⁴.

Definierte Behandlungspfade sind betroffenen Versicherten eine willkommene Entlastung und helfen die Behandlungsangebote innerhalb der Versorgungslandschaft effizienter auf einander abzustimmen. Allerdings greifen diese auch erst nach der eindeutigen Klassifizierung eines Störungsbildes bzw. in einer akuten Krisensituation. Gerade psychische Störungen haben jedoch eine enorme Vorlaufzeit, in der rechtzeitige Interventionen Ausprägung und Chronifizierungen der Krankheitsbilder verhindern und der derzeitigen Überlastung des stationären und auch ambulanten Sektors entgegenwirken könnten. Hier sei noch einmal auf das Phänomen Burnout verwiesen:

4 Im Folgenden werden die Definitionen der erwähnten Modelle überblicksartig dargestellt:

Integrierte Versorgung: Bei der Integrierten Versorgung geht es darum, dass sich Ärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Kliniken und andere Leistungserbringer bei der Behandlung eines/r Patienten/in sektorenübergreifend vernetzen und kooperieren. Dabei sorgen sie für den notwendigen Wissensaustausch untereinander. Krankenkassen und Leistungserbringer müssen dazu entsprechende Verträge abschließen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2015).

Disease-Management-Programm: Bei Disease-Management-Programmen (DMP) handelt es sich um strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen mit dem Fokus auf der Verbesserung des Behandlungsablaufes und der Qualität der Versorgung für diese Patient*innen. Durch die strukturierten Behandlungsprogramme soll eine kontinuierliche medizinische Behandlung gewährleistet werden, die Folgeschäden vermeiden helfen sowie unnötige Kosten, zum Beispiel für die Therapie von Spätfolgen, senken soll. (AOK Bundesverband, 2015).

Case Management: Beim so genannten Case Management soll bei einem entsprechenden Bedarf eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung gewährleistet werden. „Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können“ (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, 2015).

„15 Prozent der Burnout (Z73)-Krankschreibungen erfolgen ohne akute, somatische oder psychische Erkrankung [...]. In diesen Fällen wäre anzuraten, die psychischen Beschwerden ergänzend durch Fachärzte oder Psychotherapeuten beurteilen zu lassen, falls der Verdacht auf eine psychische Erkrankung besteht. Ansonsten besteht die Gefahr, dass der Betroffene keine adäquate Behandlung erhält und die psychische Erkrankung chronisch wird. Zudem sollten die betroffenen Menschen eine qualifizierte Beratung zu psychischen Erkrankungen und Anleitung zur Selbsthilfe gegen seelische Überlastung angeboten bekommen“ (Bundespsychotherapeutenkammer 2012, S. 14).

Diese Anleitung zur Selbsthilfe gegen seelische Überlastungen würde dann in den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung fallen und könnte auch, neben einem ärztlichen Monitoring, von Pädagog*innen durchgeführt werden (vgl. Kapitel 3.3.1). Hierdurch würden sowohl adäquate Versorgungsangebote für die Betroffenen bereitgestellt werden als auch eine Entlastung des Gesundheitssektors erfolgen.

Zusammenfassung

Die Problemlage stellt sich auf den verschiedenen Ebenen unterschiedlich dar. Auf individueller Ebene manifestiert sich seelische Gesundheit vor allem dort, wo sie gefährdet ist. Wenn dem Subjekt die Begründungsfolien aus der eigenen Lebensgeschichte nicht mehr ausreichen, um die eigenen Handlungen und die Weltsicht sinnvoll begründen zu können, wird dies als persönliche Krisensituation erlebt. Anders als Herausforderungen, bei denen die Person noch in dem Glauben ist, die Situation meistern und bewältigen zu können, ist eine Krise im Erleben der Person mit Stressreaktionen und Angst verbunden und bietet nicht selten den Anlass zur Veränderung. Anforderungen aus der Innenwelt und Umwelt erfordern also eine Veränderung der eigenen Strukturen – sprich des Selbst- und Weltbezuges. Somit ist in der Krise immer auch ein konstruktives Potential enthalten. Lern- und Bildungsprozesse sind hierbei wichtige Voraussetzungen für das Gelingen solcher Veränderungsprozesse.

Bei der Beschreibung der Problemlage auf struktureller Ebene geht es um die Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Störungen und Beschwerden innerhalb des Gesundheitssystems. Durch die vermehrte Inanspruchnahme therapeutischer Interventionen wird das Ge-

2. KAPITEL

undheitssystem so stark beansprucht, dass es zu strukturellen Engpässen und einer Versorgungslücke an Angeboten für Menschen mit psychischen Belastungen und Störungen kommt. Hierdurch werden stationäre Aufenthalte und eine Chronifizierung des Störungsbildes wahrscheinlicher. Die anfallenden Kosten für die gesellschaftlichen Hilfesysteme durch Arbeitsunfähigkeit, Präsentismus und Frühverrentung auf Grund psychischer Störungen sind enorm. Die bisherigen Maßnahmen zur Gegenregulierung können dem ansteigenden Bedarf nicht gerecht werden. Jedoch sind nicht alle Menschen, die Therapie für sich in Anspruch nehmen möchten, von einer Störung mit Krankheitswert betroffen – dies machen die Zahlen der Burnoutindikationen deutlich. Hier würden Lebenshilfen ausreichen. Bisher ist jedoch nicht geklärt, wie diese Lebenshilfen im Gesundheitssystem strukturell eingebunden sind und konzeptionell ausgestaltet werden. Da es sich dabei nicht um die Behandlung von Störungen mit Krankheitswert handelt, sondern um Hilfeangebote bei psychischen Belastungen und Krisen, wäre die Zuordnung solcher Maßnahmen eher im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung zu erwarten. Sie bilden sich derzeit noch nicht in den klassischen Präventionsangeboten von Ernährung, Bewegung und Stressreduktion durch Techniken der Körperentspannung ab.

Im Folgenden wird auf alternative, bereits vorhandene Interventionen und Konzepte zur Förderung seelischer Gesundheit in unterschiedlichen Settings eingegangen.

3. KAPITEL

Seelische Gesundheit fördern – Möglichkeiten der Gesundheits- förderung und Prävention

Mit der zuvor dargestellten Problemsituation eines überlasteten Versorgungssystems im Bereich psychischer Störungen ist evtl. fälschlicherweise der Eindruck entstanden, Antworten aus der Pädagogik für den Bereich der Heilkunde zur Verfügung stellen zu können. Die Entwicklung der Psychotherapie in Deutschland hat mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 einen exklusiv ausgrenzenden und an einem medizinischen Berufsverständnis orientierten Weg eingeschlagen und damit abschließend geklärt, dass die Pädagogik in der psychotherapeutischen Heilkunde nichts zu suchen hat und ausschließlich approbierten Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen vorbehalten ist. Die Frage nach der Entlastung des Versorgungssystems ist jedoch auch die Frage nach der *Prävention psychischer Störungen* bzw. die nach der *Entstehung und Förderung seelischer Gesundheit*. Die Zielgruppe von Gesundheitsförderung und Prävention sind gesunde Menschen mit ausreichenden Selbststeuerungsfähigkeiten, deren seelische Gesundheit jedoch durch äußere Umstände wie familiäre oder berufliche Belastungen oder durch ungünstig verlaufende, individuelle Verarbeitungsmechanismen gefährdet ist. In dem Burgmodell von Pfaff wird der Schutz der Gesundheit vor äußeren Risikofaktoren als Burgmauern visualisiert (vgl. Pfaff, 2009):

3. KAPITEL

1. Mauer: soziale „Schutzmauer“
2. Mauer: psychische „Schutzmauer“
3. Mauer: biologische „Schutzmauer“

Der Ausbau von protektiven Faktoren kann die Schutzmauern auf den verschiedenen Ebenen verstärken, so dass das Auftreten von stressenden Faktoren verhindert, gemindert oder kompensiert werden kann, bevor die Vulnerabilität so ausgeprägt ist, dass sie medizinisch oder kurativ behandelt werden muss.

Die psychische Schutzmauer zu stärken und zu erhalten sollte Zielsetzung einer Prävention psychischer Störungen bzw. der Förderung seelischer Gesundheit sein. Prävention psychischer Erkrankungen und Förderung seelischer Gesundheit müssen – abgesehen von der Inanspruchnahme privater Dienstleistungen wie Coaching oder Beratung auf Selbstzahlerbasis – institutionell angeschlossen sein. Es werden daher im Folgenden Interventionen zur Prävention psychischer Erkrankungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung beschrieben sowie relativ neue Formate, die durch gesetzliche Krankenkassen übernommen werden (Kapitel 3.3.1), vorgestellt. Darüber hinaus werden institutionsunabhängige Gruppenkonzepte zur Förderung seelischer Gesundheit erläutert. Sie alle haben einen Bezug zum Salutogenesemodell, das im Kontext dieser Arbeit als Referenzmodell herangezogen wird. Anschließend wird der Diskurs um das Thema „Gesundheitsberatung“, der die aktuellen Problemstellungen des Gesundheitswesens aufgreift und auch die pädagogische Verortung diskutiert, aufgegriffen.

3.1 Interventionen zur Prävention psychischer Erkrankungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Dass psychische Gesundheit vermehrt in den Blick gerät, lässt sich zum einen durch die gestiegene Sensibilität im öffentlichen Diskurs begründen, aber auch durch das Bedürfnis nach der Identifizierung von Ursachen einer erhöhten Stressbelastung. Dabei wird häufig auf den gesell-

schaftlichen Wandel eingegangen, der mit allgemeiner Verunsicherung einhergeht, aber auch auf die, sich verändernden, Anforderungen der Arbeitswelt. So ist beispielsweise ein signifikanter Rückgang von „Normalarbeitsverhältnissen“ zu verzeichnen, die atypischen und prekären Beschäftigungsverhältnissen wie Zeit-/Leiharbeit und befristeten Arbeitsverträgen gewichen sind (vgl. Pech et al. 2010, S. 235). Internationale Studien haben gezeigt, dass die damit zusammenhängende „Existenzunsicherheit“ zu einem der stärksten Risikofaktoren geworden ist (vgl. Kivimäki 2003; Burgard et al. 2009; In: ebd.). Weitere psychische Risikofaktoren liegen dann vor, wenn hohe berufliche Anforderungen und gleichzeitig geringe Kontrollmöglichkeiten zusammen kommen oder wenn ein großer Arbeitseinsatz nicht durch eine angemessene Entlohnung und/oder Anerkennung gewürdigt wird (vgl. Faltermeier 2012, S. 5).

In der betrieblichen Gesundheitsförderung in Deutschland orientieren sich die Strategien der (Primär-) Prävention seelischer Störungen zum einen an individuellen und zum anderen an strukturellen Risiko- und Auslösefaktoren sowie an dem Ausmaß der individuellen Stressbewältigungskompetenz. In Anlehnung an Uhle und Treier (2010) unterscheidet Herrmanns (2012, S. 11) dementsprechend zwischen Verhaltensprävention (abzielend auf Selbstregulation, Gesundheitsverhalten, Erfahrung, Wissen, Einstellungen) und Verhältnisprävention (im Fokus hierbei sind Arbeitsorganisation und -bedingungen bzw. -aufgaben, ebenso wie Führungs- und Unternehmenskultur). Obwohl das aktuelle Arbeitsschutzgesetz die Verhältnisprävention priorisiert, dominieren in der betrieblichen Praxis die verhaltenspräventiven Maßnahmen, beispielsweise Kurse zu Atem- und Entspannungstechniken bis hin zum Zeitmanagement. (vgl. Stark/Maragkos 2014, S. 210). Herrmanns (2012, S. 11 f.) schlägt eine kombinierende Präventionsstrategie vor. Er bezieht sich dabei vor allen Dingen auf betriebliche Interventionsmöglichkeiten für Mitarbeiter*innen im Sozial- und Gesundheitsbereich, die einem nachgewiesenermaßen erhöhten Risiko ausgesetzt sind, seelisch zu erkranken. Die besonderen Anforderungen an diese Berufsgruppe liegen in der permanenten Emotions- und Unterstützungsarbeit bzw. in der ausgeprägten Orientierung an den Bedürfnissen anderer Menschen. Dieser Tätigkeit wird zwar eine hohe Sinnhaftigkeit zugesprochen, sie kann aber auch eine einseitige Verausgabung von persönlichen Ressourcen mit sich bringen und langfristig die Entstehung psychischer Störungen be-

3. KAPITEL

günstigen (vgl. Faltermeier 2012, S. 4 f.). Maßnahmen der betrieblichen Prävention seelischer Störungen orientieren sich an:

1. *Störungsspezifische Prävention*: Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Rat und Hilfe von qualifizierten Fachkräften (Betriebspsycholog*in, Suchthelfer*in etc.); Informationen über die Möglichkeiten zur Behandlung von psychischen Erkrankungen bzw. Suchtthematiken; Etablierung einer Kultur des Hinschauens und des Verständnisses; Einrichtung von Notfallbeauftragten bei potentiell traumatisierenden Ereignissen; strukturelle Maßnahmen wie transparente Unternehmensführung, Beteiligung an Entscheidungen, Kontinuität von Kolleg*innen und Vorgesetzten sowie Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung; Erleben von Sinnhaftigkeit durch die gemeinsame Kommunikation von Sinnfragen in Bezug auf die eigene Tätigkeit.
2. *Belastungsbezogene Prävention*: Maßnahmen zur funktionalen Stressbewältigung (Entspannungsverfahren, Ausgleichssport, Krisenbewältigung); Etablierung von hierarchieübergreifenden Gesundheitszirkeln; sozialer Rückhalt z.B. durch regelmäßige Team-Workshops oder Peer-Supervision.
3. *Kompetenzorientierte Prävention*: Resilienztraining durch entsprechende Coaches in Einzel- oder Teamsitzungen; externe Supervision; Maßnahmen/Selbstlernprogramme in Bezug auf das Erlernen förderlicher Einstellungs- und Verhaltensmuster (vgl. Herrmanns 2012, S. 11 f.).

Eine Umfrage der Betriebs- und Werksärzt*innen zeigte jedoch, dass es aktuell noch an der Umsetzung von präventiven Maßnahmen mangelt (vgl. Dietrich et al. 2012; In: Stark/Maragkos 2014, S. 211). Trotz der wachsenden Sensibilität für das Thema der Prävention psychischer Erkrankungen und den vielfältigen Möglichkeiten der Vorbeugung, fehlt es vielen Arbeitgeber*innen an der Bereitschaft primär- und sekundärpräventive Maßnahmen zu finanzieren (vgl. Stark/Maragkos 2014, S. 207). Dies ist erstaunlich, weil psychische Erkrankungen und deren Chronifizierung auf Grund eines mangelnden, frühzeitigen Supports mit sehr hohen Kosten für die Betriebe verbunden sind.

3.2 Salutogenetische Gruppenkonzepte zur Förderung von (seelischer) Gesundheit

Auf Grund der Orientierung der vorliegenden Arbeit am Modell der Salutogenese nach Aaron Antonovsky (auch als Erklärungsmodell für seelischer Gesundheit) wird im Folgenden vor allen Dingen auf solche Gruppenkonzepte eingegangen, die eine Förderung des Kohärenzgefühls beabsichtigen. Das salutogenetische Modell ist mittlerweile zu einer bedeutenden Grundlage für Gesundheitstraining und -beratung geworden. Es wurden hierzu verschiedene Programme für unterschiedliche Lebens- und Arbeitskontexte entwickelt (vgl. Mayer/Krause 2013, S. 92).

HEDE-Training® (Franke und Witte):

Ausgangspunkt zur Entwicklung des HEDE-Trainings® war die Beobachtung, dass therapeutische Maßnahmen nicht konsequent genug an einer Förderung des Kohärenzgefühls ansetzen, so dass sich dadurch die geringen Effekte von therapeutischen Interventionen erklären lassen. Franke und Witte (2009) entwickelten das HEDE-Training®, das bewusst auf die drei Teilvariablen des Kohärenzgefühls (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit) abgestimmt wurde. Im Unterschied zu Antonovsky gehen sie davon aus, dass eine Stärkung des SOC in jedem Alter möglich ist, daher zielt das Training auf eine Steigerung des Kohärenzgefühls und damit auf die Erhöhung psychischer und physischer Gesundheit. Das Training richtet sich hauptsächlich an Erwachsene, kann aber auch mit jungen Erwachsenen und älteren Menschen durchgeführt werden. Grundsätzlich ist das Training indikationsübergreifend konzipiert, am besten eignet es sich für Menschen, die ihre Gesundheit oder das Wohlbefinden verbessern möchten oder sich in einer Lebensphase befinden, die mit Belastungen einhergehen, denen man sich nicht mehr gewachsen fühlt. Es kann ebenso behandlungsbegleitend für Menschen mit chronischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen eingesetzt werden (vgl. ebd., S. 14f). Innerhalb der 10 Sitzungen à zwei Stunden wechseln sich theoretische Inputs, Besprechung und Reflexion der Hausaufgaben, Übungen in Kleingruppen, Diskussionen und Rollenspiele ab. Die thematische Auseinandersetzung folgt einem konkreten „Lehrplan“, die Materialien sollen aber durch die Trainer*innen an die jeweiligen Teilnehmer*innen angepasst werden.

3. KAPITEL

Überblick über die Sitzungen (vgl. Franke/Witte 2009, S. 16):

1. Einführung in Grundlagen und Aufbau des HEDE-Trainings®
2. Gesundheit, Belastungen und Widerstandsressourcen
3. Bedeutsamkeit kennen lernen
4. Bedeutsamkeit fördern
5. Ressourcen erweitern
6. Verstehbarkeit kennen lernen und Entspannung
7. Verstehbarkeit fördern
8. Handhabbarkeit kennen lernen
9. Handhabbarkeit fördern
10. Rückblick und Abschluss – Bilanz und Ahoi

In der formulierten Zielsetzung und Beschreibung der Inhalte lässt sich ein Lernkonzept erkennen, dass Veränderungen durch Reflexion und Einüben neuer Verhaltensweisen anregen möchte. Die methodische Ausgestaltung entspricht den klassischen Methoden der Erwachsenenbildung (zum Beispiel Wandzeitung, World Café, Gruppendiskussionen, Übungen).

Krause und Mayer: „Training von Gesundheitsressourcen“

Krause und Mayer (2013) entwickelten das Training „Gesundheitsressourcen erkennen und fördern“. Das Programm richtet sich an pädagogische Fachkräfte, da diese Berufsgruppe häufiger von (seelischen) Belastungen betroffen ist als andere. Es kann berufsbegleitend durchgeführt werden, beispielsweise als Selbstlernprogramm oder im Kontext von Supervision und kollegialer Beratung. Das Programm zielt darauf ab, Kompetenzen zum gesundheitsförderlichen Umgang mit alltäglichen Herausforderungen aufzubauen, zu stärken und zu erweitern (vgl. ebd., S. 105). Es hat, wie das HEDE-Training®, eine explizit salutogenetische Ausrichtung.

Das Trainingsprogramm besteht aus zehn Modulen. In den Modulen stehen nicht, wie bei dem HEDE-Training®, die Komponenten des Kohärenzgefühls (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit) im Fokus, sondern Gesundheitsressourcen wie beispielsweise

„Selbstwert“, „Konfliktlösungskompetenz“, „Kommunikationskompetenz.“ und „Stressmanagement“ (vgl. Krause/Mayer 2013, S. 105).

Theaterpädagogische Projekte im psychosozialen Praxisfeld

Anke Munz und Sylvia Jürgensen stellen in einem Artikel der Zeitschrift Kerbe (2012) „Kohärente Identität erproben – seelische Gesundheit fördern“ theaterpädagogische Projekte als „identitätsstiftenden Erfahrungsraum“ (ebd., S.14) vor. Hier kann sich der/die Akteur*in als Gesundheitsregisseur*in seiner/ihrer eigenen Lebensprojekte erfahren:

„Theaterpädagogische Arbeit bietet dem Menschen Handwerkszeug, um aktiv mit sich selbst und seiner Umgebung in Beziehung zu treten. Der Theaterraum wird belebt vom Spiel mit Nähe und Distanz, zu sich selbst, den Mitmenschen und den Dingen in der Welt. Er erlaubt das Explorieren von Identitätswürfen durch Handlungen und Dialog, schafft Sinnbezüge und neue Realitäten“ (ebd.).

Das spielerische und gleichzeitig reflektierte Erproben neuer Handlungsmuster erweitert das Handlungsspektrum und eröffnet Möglichkeiten zur Wahrnehmung der eigenen Ressourcen. Das Probehandeln soll Identitätsbildungsprozesse fördern, die sich in stärkerer Weise auf das Kohärenzgefühl auswirken(vgl. ebd. S.15). Die theaterpädagogischen Projekte richten sich an Mitarbeiter*innen in psychosozialen Arbeitsfeldern.

In allen drei vorgestellten Trainings zur Förderung vor allem der seelischen Gesundheit wird das Salutogenesemodell als Referenzmodell angegeben. Der Praxistransfer und die methodische Ausgestaltung erfolgt jedoch nach einer „individuellen Heuristik“ (Meyer-Wolters, 2011, S. 156), also nach den persönlichen Überzeugungen darüber, wie das Ziel „Salutogenese“ oder „seelische Gesundheit“ erreicht werden kann. Dabei setzen die Interventionen an verschiedenen Stellen des Salutogenesemodells an – beispielsweise an dem Kohärenzgefühl oder an den „Generalisierten Widerstandsressourcen“ (vgl. Kapitel 5.1.1). Das Salutogenesemodell bietet vielfältige Anschlussmöglichkeiten und dient häufig als Legitimationsgrundlage. Eine theoretische Reflexion der individuellen Heuristiken – also darüber, welche Aspekte aus welchen Gründen mit welchen Zielen im konkreten Handeln besonders hervorgehoben werden, wird dabei meist nicht erörtert. Nichtsdestotrotz sind die Vorannah-

3. KAPITEL

men und individuellen Auslegungen des Salutogenesemodells im Handeln wirksam. Dies wird auch im folgenden Kapitel der „lösungsorientierten Beratung“ deutlich, wo der Verweis auf das Salutogenesemodell in den verschiedenen Beratungsansätzen mit einer „Ressourcenorientierung“ gleichgesetzt wird.

3.3 Lösungsorientierte Beratungsansätze

Neben den klassischen Psychotherapieverfahren – Psychoanalyse und Verhaltenstherapie – haben sich eine Reihe neuer lösungsorientierter Kurzzeitberatungsansätze entwickelt und etabliert. Zwei Formate, in denen solche Verfahren zur Förderung seelischer Gesundheit bevorzugt genutzt werden, werden in Kapitel 3.3.1 vorgestellt. Coaching-Funktionen könnten in wachsendem Maße von Fachpersonal im Gesundheitswesen übernommen werden, um in verschiedenen Settings (Betrieb, Schule, Kommune) oder individuell dabei zu unterstützen, Gesundheit herzustellen oder Bedingungen von Gesundheit zu schaffen (vgl. Hafen 2007, S. 95). Das Rollenverständnis entwickelt sich dabei mehr und mehr in Richtung einer Prozessbegleitung statt einer reinen Expertenberatung. Gerade lösungs-, ressourcenorientierte und systemische Beratungsansätze tragen wesentlich zur einem Empowerment bei und sind deshalb besonders geeignet im Bereich der Gesundheitsförderung. Die lösungsorientierten Beratungsansätze haben auch durch das Salutogenesemodell Auftrieb und Bestätigung erhalten (vgl. Mayer/Krause 2013, S. 91):

„An der Salutogenese orientierte Beratung ermöglicht es Individuen, ihre eigenen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen erkennen und entwickeln zu können. Sie kann helfen, Gesundheit und Krankheit als zum Leben zugehörig zu akzeptieren und die Bemühungen, lebenslang in Richtung des Pols Gesundheit zu gehen, unterstützen“ (ebd., S. 93).

Beratung gewinnt innerhalb der psychosozialen Versorgungsstruktur immer mehr an Bedeutung, da ein erhöhter Beratungsbedarf ein signifikantes Merkmal einer modernen, schnelllebigen Gesellschaft zu sein scheint. Beratung zielt auf Veränderungen ab und richtet sich an Menschen in Krisensituationen oder mit einem Orientierungsbedarf – damit ergibt

sich ein Abgrenzungsproblem zu anderen Hilfeleistungen wie therapeutischen Interventionen. Ähnlich wie in anderen Disziplinen (beispielsweise der Gesundheitsförderung) hat sich Beratung „emanzipiert“ von einer reinen Informationsvermittlung und Anleitung zu normkompatiblen Lebensführung zu einer aktiven Beteiligung der Ratsuchenden am Lösungsprozess (vgl. Nußbeck 2010, S. 18f). Allen aktuellen Definitionen von Beratung ist daher gemeinsam, dass der Interaktionsprozess nicht einseitig und induktiv sondern partizipativ gestaltet wird und damit dem Ratsuchenden ermöglicht, seine eigenen Lösungen und Entscheidungen zu finden.

Nußbeck (2010) fasst die wichtigsten Elemente von Beratung zusammen:

- „Beratung ist ein zwischenmenschlicher Prozess in sprachlicher Kommunikation.
- Beratung dient neben der Vermittlung von Informationen der Verbesserung der Selbststeuerung und dem Aufbau von Handlungskompetenzen, der Orientierung und Entscheidungshilfe, der Hilfe der Bewältigung von Krisen.
- Der Ratsuchende ist veränderungswillig, sucht die Beratung in der Regel freiwillig und ist aktiv am Prozess beteiligt.
- Der Berater braucht Fachwissen über das Problemfeld und Beratungswissen zur Beziehungsgestaltung“ (ebd., S. 21).

Eine ähnliche Zielrichtung verfolgt auch die Therapie – nämlich durch das Auslösen von Lernprozessen Entwicklungen anzustoßen und neue Handlungsmuster zu etablieren. Es gibt jedoch erhebliche Unterscheidungen zwischen Beratung und Therapie. Zum einen ist der Zugang zu Therapie höherschwellig angesiedelt, da für eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse eine Begutachtung erfolgen und eine Therapiebedürftigkeit festgestellt werden muss. Behandlungsberechtigt sind Menschen mit einer Störung mit Krankheitswert. Der rechtliche Rahmen wurde dafür 1999 durch das Psychotherapeutengesetz festgelegt. Eine therapeutische Intervention kann demnach nur von einem/r approbierten Psychotherapeuten/in durchgeführt werden. Beratung hingegen

„dient der Überwindung persönlicher und sozialer Schwierigkeiten außerhalb der Heilkunde. Sie bedeutet Kompetenzerweiterung

3. KAPITEL

und Entscheidungshilfe bei Orientierungsbedarf in bestimmten Bereichen der Lebensführung, ohne dass grundsätzlich eine Störung der Person oder des Systems angenommen wird“ (Nußbeck 2010, S. 22).

Diese antizipierte Veränderungsfähigkeit der Klient*innen verdeutlicht sich in der Haltung der Berater*innen, die im Beratungsprozess nicht so sehr die Problemexploration in den Blick nehmen, sondern vor allem Ressourcen und Selbstwirksamkeit ansteuern. Diese Ressourcenstärkung dient auch einer präventiven Abwehr von psychischen Störungen und der Förderung seelischer Gesundheit, gehört aber nicht in den engeren Bereich der Psychotherapie (vgl. Warschburger 2009, S. 22).

Angesichts der knapper werdenden Ressourcen öffentlicher Kassen steht auch Beratung – wo sie von öffentlichen Trägern geleistet wird – unter dem Legitimierungsdruck, ihre Nützlichkeit und Effektivität nachzuweisen. Einer ökonomischen Logik und Argumentation folgend kann Beratung dann als effizient betrachtet werden, wenn sie teurere Folgeprobleme im psychischen, physischen oder sozialen Bereich präventiv vermeiden hilft. Vor diesem Hintergrund wird es verständlich, dass gerade lösungs- und ressourcenorientierte Kurzzeitberatungsansätze im Aufschwung sind (vgl. Nestmann et al. 2004, S. 601).

Nestmann et al. beobachten, dass in der Zuwendung zu einer stärker ziel- und lösungsorientierten Beratung angesichts der Zeit- und Ressourcenlimitierung auch eine Chance enthalten ist:

„Hiermit sinken die Risiken allumfassender Pathologisierung von Problemen, der ‚Verankerung‘ überbetreuter Klientele, des Aufkommens gelernter Hilflosigkeit oder primär selbstreferentieller Versorgungsinteressen der Beratungsinstitutionen. Beratung kann sich insoweit eher als Anstoß für Empowermentspiralen denn als Rundumversorgung verstehen“ (ebd., S. 601).

Insgesamt lässt sich beobachten, dass gesellschaftliche Entwicklungen neue Beratungsfelder entstehen lassen, die aber nicht automatisch psychologischen Handlungsfeldern zugeordnet werden können, sondern auch von pädagogischen Kompetenzbereichen erschlossen werden. Beratung ist ein interdisziplinäres Anwendungs- und Forschungsfeld (vgl. Warschburger 2009, S. 17 f.). So spricht sich auch Nestmann für eine disziplinübergreifende Beschäftigung mit dem Thema Beratung aus:

„Die Offenheit des Beratungsbegriffes ermöglicht thematische Einbindungen in unterschiedliche wissenschaftliche Debatten und Diskurse. Für die Definition eines Selbstverständnisses von Beratung existiert ein umfangreicher Konzept- und Diskussionsfundus. So kann Beratung je nach professionellem und disziplinspezifischem Standort sowohl als pädagogische Bildungschance wie auch als alltags- und lebensweltorientierte Bewältigungshilfe in der sozialen Arbeit oder als therapienahe Intervention in klinisch-psychologischen und medizinisch-psychologischen Handlungsfeldern verstanden werden“ (Nestmann et al. 2004, S. 38).

Zwei relativ neue Formate zur Prävention psychischer Störungen und Förderung seelischer Gesundheit, die dem Gesundheitssystem und der Arbeitswelt zugeordnet werden, sollen im Folgenden vorgestellt werden. Anschließend wird der aktuelle Diskurs im Bereich der Gesundheitsberatung aufgegriffen.

3.3.1 Neue Formate in der Prävention psychischer Störungen und der Förderung seelischer Gesundheit – ein Berufsfeld für Pädagog*innen

In der Versorgungslücke zwischen dem Auftreten erster Symptome und dem Greifen ambulanter bzw. stationärer Maßnahmen etablieren sich neuerdings in Arbeitswelt und Gesundheitssystem neue Formate – von der Versorgungsforschung noch weitgehend unentdeckt. Die Selbstbeschreibungen dieser Formate sollen im Folgenden beispielhaft aufgeführt werden.

DIE BERGISCHE KRANKENKASSE wirbt auf ihrer Homepage mit schneller Hilfe in Krisensituationen durch Kostenübernahme von Beratungsgesprächen, die von dem Dienstleister „System Gesundheitszentren“ angeboten werden:

„Bei psychischen Belastungsstörungen oder Burnout, Depression, Essstörungen, Angststörungen oder Mobbing bietet Ihnen das Gesundheitszentrum Köln ein flexibles und zeitnahes Unterstützungsangebot“ (DIE BERGISCHE KRANKENKASSE, 2015).

Der Dienstleister verortet sich selbst im Feld der Prävention seelischer Beeinträchtigungen und Förderung psychischer Gesundheit. Als Indika-

3. KAPITEL

tionen bzw. Anlässe für die Inanspruchnahme einer ambulanten Beratung werden genannt:

„Die Beratung bietet Unterstützung bei einer Vielzahl von Anliegen wie psychischen Erkrankungen und Überlastungen, Depressionen, beruflichen und privaten Konflikten, Mobbing, Stress, Burn-Out, Suchterkrankungen und akuten Lebenskrisen. Unser erfahrenes Beraterteam besteht aus Psychologen, Pädagogen, Sozialarbeitern und Medizinerinnen“ (System Gesundheitszentren, 2015a).

Darüber hinaus werden folgende Leistungsversprechen und Vorteile für Krankenkassen formuliert:

- „Kosteneinsparungen (kürzere AU-Zeiten, weniger ambulante Maßnahmen, weniger Psychotherapien notwendig)
- schnelle und effiziente Hilfe (Termine innerhalb einer Woche)
- transparente Kostenkontrolle durch die Zuweisungskontrolle der Krankenkasse und klar definierte Honorarsätze
- einfache Implementierung und Anpassung der Beratung in die Struktur der Krankenkassen
- besserer Versicherungsservice und größere Versicherungszufriedenheit“ (System Gesundheitszentren, 2015b).

Ein Blick in das Beratungsteam zeigt, dass hier vor allen Dingen Sozialpädagog*innen und Diplom Pädagog*innen mit entsprechenden Zusatzqualifikationen im Bereich systemischer Beratung tätig sind.

Nicht nur Krankenkassen scheinen neue Formate zur Vorbeugung und Prävention psychischer Erkrankungen zu entwickeln, auch in der Arbeitswelt sind derartige Trends zu beobachten. Unternehmen nutzen beispielsweise im Rahmen ihres betrieblichen Gesundheitsmanagements die so genannte externe Mitarbeiterberatung (engl.: Employee Assistance Program – EAP). Mitarbeiterberatung definiert sich als ein (häufig durch Externe geleiteter) Service von Unternehmen für ihre Mitarbeiter*innen, um sich im Bedarfsfall an geschulte Berater*innen wenden zu können, die ihnen helfen, Lösungen für arbeitsbedingte und/oder private Probleme zu finden (vgl. Schulte-Meßtorff et al. 2010, S.39). Schulte-Meßtorff et al. stellen die Mitarbeiterberatung als Weg der Primärprävention von

psychischen Störungen und seelischen Belastungen im betrieblichen Kontext vor (vgl. ebd., S. 39 ff.).

Auch hier erfolgt die Leistung durch die Kooperation mit externen Anbietern. Als Beispiel sei hier die Fürstenberg Institut GmbH angeführt. Mitarbeiter*innen von Unternehmen, die eine Vertragspartnerschaft mit dem genannten Dienstleistungsunternehmen unterhalten, können sich auf Kosten ihres Arbeitgebers und unter Zusicherung der Anonymität mit folgenden Anliegen an die Berater*innen der Fürstenberg Institut GmbH wenden:

- „berufliche und arbeitsplatzbezogene Fragestellungen
- persönliche und mentale Schwierigkeiten
- Probleme in der Partnerschaft und Familie
- gesundheitliche Belastungen
- Beratung speziell für Führungskräfte (z.B. im Umgang mit psychisch belasteten oder suchtmittelauffälligen Mitarbeitern)
- Beratung zum Umgang mit belastenden Ereignissen
- soziale und finanzielle Probleme
- Krisenmanagement
- Konflikt- und Teammoderation
- Suchtgefährdung und Abhängigkeit
- Beratung für Personalabteilungen, Betriebs- und Personalräte und andere Funktionsträger
- Beratung für Familienangehörige
- Wenn es Mitarbeitern nicht gut geht oder sie sich zu einem Thema informieren möchten“ (Fürstenberg Institut, 2015a).

Auffällig ist an dieser Stelle, dass Interventionen sich nicht allein auf das Verhalten des Betroffenen beschränken, sondern das betriebliche Setting und nach Bedarf auch der private Problemkontext in den Prozess mit eingebunden werden können – also eine verhaltens- und verhältnisorientierte Vorgehensweise zugleich angeboten wird. Entsprechend der wirtschaftlichen Logik, in der mit jedem aufgewendeten Euro ein entspre-

3. KAPITEL

chender Return-on-Investment kalkuliert wird, erfolgt die Kosten-Nutzen-Argumentation zu Gunsten des Einsatzes einer externen Mitarbeiterberatung:

- „74% unserer Klienten schildern positive Auswirkungen auf ihre Arbeitstätigkeit nach der Beratung.
- Unternehmen mit einem EAP verzeichnen durchschnittlich 2,6 weniger Krankheitstage pro Mitarbeiter pro Jahr als Unternehmen ohne EAP.
- Die Beratung verhindert häufig, dass Probleme ‚verschleppt‘ werden und später zu ernsthaften Erkrankungen und Arbeitsausfällen führen. Minderleistungen durch Abhängigkeitserkrankungen, Krisen und psychische Belastungen gehen zurück“ (Fürstenberg Institut, 2015b).

Auch hier zeigt sich, dass Pädagog*innen sich in dem Berufsfeld Beratung durchsetzen können. Beratung als Berufsfeld für Pädagog*innen ist kein neues Phänomen, es hat sich beispielsweise in der (psychosozialen) Beratung kirchlicher und öffentlicher Träger durchaus etabliert – mit einer Tradition an Beratungsansätzen, ethischen Standards und definierten Qualitätsmerkmalen. Demgegenüber steht das Zeitphänomen Coaching als spezifische Beratungsform und relativ neu wahrgenommenes und stark expandierendes Berufsfeld für Pädagog*innen. Eine Studie von Mäthner et al. (2005) konnte zeigen, dass sich immerhin 12% der Coaches aus erziehungswissenschaftlichen Studiengängen rekrutieren (vgl. ebd., S. 61; In: Fischer 2011, S. 34).

Dem Format Coaching wird keineswegs nur zustimmend begegnet, sondern es erfährt vielerorts eine kritische Beurteilung. Coaching wird als Containerbegriff für eine Vielzahl von Methoden, Ansätzen und Modellen verwendet, der theoretische Transparenz und Nachweis von Evidenz vermissen lässt. Der/die potentielle Klient*in wird alleine gelassen mit der Einschätzung genannter Heilsversprechen und der Beurteilung, ob es sich um ein professionelles Angebot oder um schlichte Scharlatanerie handelt. Das Ringen um die Definitions- und Professionsbildung im Zusammenhang von Coaching kann an dieser Stelle jedoch nicht diskutiert werden.

3.3.2 Gesundheitsberatung

In der Einführung des Lehrbuches „Problemfelder und Methoden der Beratung in der Gesundheitspädagogik“ (2011) verweisen die Autor*innen auf eine Studie von Huse und Schleider (2010), in der u.a. 39 bundesweit tätige Institutionen der Gesundheitsförderung dazu interviewt wurden, welche Berufsfelder sie für Absolvent*innen der Gesundheitspädagogik sehen würden. Am häufigsten wurde das Tätigkeitsfeld „Beratung“ genannt, die hier erwarteten Kompetenzen beziehen sich auf „fachspezifisches Wissen“, „Moderationskompetenz“ und „Beratungskompetenz“ (vgl. Schleider/Huse 2011, S. 12). Die (Gesundheits-)Beratung stellt also ein wichtiges zukünftiges Aufgabenfeld für Pädagog*innen dar. In der Einleitung heißt es weiter, der Begriff Gesundheitsberatung:

„trägt zunächst der Tatsache Rechnung, dass eine Veränderung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen nicht allein über Wissensvermittlung bzw. Aufklärung zu erreichen ist, sondern dass Menschen hierzu unter Berücksichtigung ihrer individuellen Lebenssituationen, Motive und Möglichkeiten unterstützt werden müssen“ (Faltermaier 2007; In: ebd.).

Menschen mit psychischen Gefährdungen gehören dabei zu den wichtigsten Adressaten gesundheitspädagogischer Beratung (vgl. Schleider/Huse 2011, S. 104). Im Folgenden soll das Format „Gesundheitsberatung“ – als Chance zur Erweiterung der Tätigkeitsfelder für Pädagog*innen und als Interventionsform zur Förderung seelischer Gesundheit – dargestellt werden.

Vorweggenommen werden kann bereits an dieser Stelle, dass ein kritischer Blick auf eine solche Etikettierung durchaus seine Berechtigung hat. So lässt die Unschärfe des Begriffes eine Vielzahl von Interpretationen zu und ermöglicht somit verschiedenen Interessengruppen, durch die Benennung ihrer Angebote als Gesundheitsberatung neue oder bereits bestehende Ansätze auf dem expandierenden Gesundheitsmarkt zu etablieren und zu vermarkten. Dennoch lassen sich in der deutschsprachigen Fachliteratur durchaus ernsthafte Auseinandersetzungen erkennen, den diffusen Charakter, der sich aus den zwei nicht einfach zu bestimmenden Begriffen „Gesundheit“ und „Beratung“ ergibt, zu ordnen

3. KAPITEL

und daraus ein klar umrissenes Aufgabenprofil mit professionellen Qualitätsmerkmalen abzuleiten.

Eine erste Annäherung durch Faltermaier fasst Gesundheitsberatung als eine professionelle Beratung auf,

„die sich auf Gesundheitsthemen und -probleme bezieht und das Ziel hat, über psychologische und soziale Veränderungsmethoden Krankheiten zu verhindern, Gesundheit zu fördern und die Bewältigung einer Krankheit zu unterstützen“ (Faltermaier 2004, S. 1064).

Folglich verortet Faltermaier die Praxis einer Gesundheitsberatung im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation (vgl. ebd.). Durch den Professionalisierungsanspruch ist die Gesundheitsberatung auch abzugrenzen vom informellen Austausch von Gesundheitsinformationen beispielsweise im familiären Setting. Die dem Diskurs der Gesundheitsförderung zuzuordnenden Appelle nach Partizipation und Empowerment⁵ ernst nehmend, wird Gesundheitsberatung nicht definiert als die von Expert*innen verordnete Aneignung legitimer Gesundheitsziele, sondern eher als Vermittlungs- und Aushandlungsprozess zwischen Alltagshandeln, professionellem Wissen und Handeln. Gesundheitsberatung kann also verstanden werden als die professionelle Begleitung und Anbahnung von Auseinandersetzungsprozessen mit der individuellen Gesundheit oder der Veränderung hin zu einem gesundheitsbewussteren Lebensstil. Dies kann sowohl auf der Verhaltensebene als auch auf der Verhältnisebene gelingen – immer unter Berücksichtigung der enormen Selbststeuerungspotentiale der Klient*innen. Insgesamt ist die Gesundheitsberatung damit ganzheitlich ausgerichtet und unterstützt die Entwicklung persönlicher Kompetenzen. Das Konzept kann dementsprechend dem Bereich der „persönlichen Kompetenzen“ als einem der fünf vorrangigen Handlungsfelder der Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta der WHO zugeordnet werden. Die dort benannte Zielsetzung lautet, dass Menschen dazu befähigt werden sollen,

5 Das Konzept des Empowerments wurde ursprünglich in der amerikanischen Gemeindepsychologie angewandt, wird aber mehr und mehr als Leitprinzip in der Gesundheitsförderung umgesetzt. Das Konzept beinhaltet, dass „Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht gestalten zu lassen. GesundheitsförderInnen sollen durch ihre Arbeit dazu beitragen, alle Bedingungen zu schaffen, die eine ‚Bemächtigung‘ der Betroffenen fördern und es ihnen ermöglichen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben zu führen“ (Stark 2006, S. 28).

SEELISCHE GESUNDHEIT FÖRDERN – MÖGLICHKEITEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

„mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben sowie mit Veränderungen in verschiedenen Lebensphasen, mit psychischen Belastungen, chronischen Erkrankungen und Behinderungen umzugehen“ (Krane 2015).

Auf dem Weg zu einer professionellen Gesundheitsberatung klärt Faltermaier zunächst die verschiedenen Orientierungen und Auffassungen von Gesundheit in den Gesundheitswissenschaften. Es wird deutlich, dass eine Gesundheitsberatung nicht allein einem biomedizinischen bzw. pathogenetischen Gesundheitsverständnis folgt, in dem Gesundheit durch die Abwesenheit von Krankheit definiert wird. Vielmehr wird das Gesundheitsverständnis innerhalb der jüngeren Tradition der Salutogenese (vgl. Kapitel 5) verortet. Hier wird die dichotome Trennung von Gesundheit und Krankheit aufgegeben und durch ein Kontinuum miteinander verbunden. Dies hat zur Folge, dass der Blick auf den Menschen als Ganzes sich verändert, nicht nur kranke Anteile, sondern auch gesunde Anteile und Ressourcen in den Blick genommen werden. Gesundheitsziele in der Gesundheitsberatung richten sich dann nicht nur auf die Bekämpfung von Risikofaktoren, sondern auch auf die Wiederherstellung, den Ausbau und Erhalt von Schutz- und Resilienzfaktoren. Die verschiedenen Modelle zur Krankheits- und Gesundheitsätiologie werden im Folgenden in ihrer Bedeutung für die Gesundheitsberatung diskutiert:

1. Gesundheitsrisiken:

Risikofaktoren, die nachweislich die Entstehung von bestimmten Krankheiten (Herz- und Kreislauferkrankungen, Krebs, Muskel- und Skeletterkrankungen, Magen-/Darmbeschwerden) begünstigen, wie beispielsweise „Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, fettreiche Ernährung, Bewegungsmangel, exzessives Sonnenbaden oder sexuelles Risikoverhalten“ (Faltermaier 2004, S. 1068) aber auch Stressbedingungen und Stressreaktionen können durch ein verändertes Gesundheitsverhalten abgebaut werden. Die Veränderung von Risikoverhalten kann somit Teil einer Zielsetzung innerhalb von Gesundheitsberatungen sein. Es ist jedoch sinnvoll, in Abgrenzung zu den weiter verbreiteten Trainingsprogrammen (Raucherentwöhnung etc.), das Risikoverhalten

3. KAPITEL

„stärker in seinem individuellen und sozialen Kontext zu betrachten, indem z.B. auch andere gesundheitliche Risiken und die Lebensweise einer Person einbezogen und mögliche biographische und soziale Hintergründe berücksichtigt werden“ (Faltermaier 2004, S. 1068).

2. Gesundheitsressourcen:

Hier werden zwei zentrale Aspekte des Modells der Salutogenese aufgegriffen: Die Bedeutung von Ressourcen für die Bewältigung einer Person im Umgang mit Belastungen und das Konstrukt des Kohärenzgefühls als umfassende Lebensorientierung.

„Die Gesundheitsberatung könnte somit auf der Grundlage des Modells der Salutogenese darauf abzielen, bei einer Person stabile und vielfältige Gesundheitsressourcen aufzubauen, damit ihre Bewältigungskompetenzen im Umgang mit Belastungen und Risiken zu stärken und insgesamt zu einem höheren Kohärenzgefühl beizutragen“ (ebd., S. 1069).

3. Gesundheitsverhalten und gesunde Lebensweise:

In den Gesundheitswissenschaften wird ein Gesundheitsverhalten als das Gegenteil eines Risikoverhaltens beschrieben, daher werden vor allen Dingen nach den psychosozialen Bedingungen zur Entstehung oder Veränderung von Gesundheitsverhalten in Richtung Nichtrauchen, kein Alkoholkonsum, fettarme Ernährung, Entspannung und sportliche Aktivität geforscht (vgl. ebd.). Faltermaier kritisiert dabei zum einen die verdeckte pathogenetische Orientierung (also an Krankheit und Risikofaktoren ausgerichtete Bestimmung von Gesundheitsverhalten) und zum anderen die damit oft einhergehende normativen Zuordnungen von Gesundheitsverhalten, so dass die vielfältigen Möglichkeiten, Fähigkeiten und Ressourcen, wie Menschen im Alltag ihre Gesundheit leben ungewürdigt bleiben. Es stellt sich darüber hinaus die Frage, warum riskante Lebensstile gelebt werden. Riskante Verhaltensweisen sind oft Teil einer unreflektierten Alltagskultur oder vermögen es, eine kurzfristig verstärkende Wirkung von Genuss und Spaß zu erzeugen, die sozial geteilt werden kann oder zur Bewältigung psychischer Belastungen dient (vgl. Ritterbach/Wohlfahrt 2009, S. 55). Das Konzept einer gesunden Lebensweise hingegen ist nicht nur die Summe verschiedener Ge-

sundheitsverhalten, sondern die Bilanz aus gesundheitsförderlichen und riskanten Aspekten. In diesem Spannungsfeld entscheidet der Einzelne jeden Tag aufs Neue, wie er seine Gesundheit gestaltet. In der Gesundheitsberatung spielen daher auch die persönlichen Gesundheitsvorstellungen der Klient*innen eine Rolle (vgl. Faltermaier 2004, S. 1070). Positive Gesundheitsziele orientieren sich an physischer Gesundheit, sozialem Wohlergehen und der persönlichen Entwicklung (vgl. Ritterbach/Wohlfahrt 2009, S.57).

4. Subjektorientierung:
Subjektive Vorstellungen und Theorien von Gesundheit und Krankheit, das sich als Alltagswissen von Laien konstituiert, bestimmen maßgeblich sowohl das gesundheitsbezogene Alltags Handeln als auch den Umgang mit und die Bewältigung von Krankheiten und die Inanspruchnahme von Unterstützungssystemen (vgl. Faltermaier et al. 1998). Die Subjektorientierung innerhalb einer Gesundheitsberatung nimmt die verschiedenen Theorien, die Laien zu der Entstehung und Beeinflussung von Gesundheit und Krankheit haben, ernst. Sie gelten als ein Bezugspunkt innerhalb des Beratungsprozesses.
5. Lebensweltliche und biographische Orientierung:
Gesundheitsverhalten kann nicht als Ergebnis einer rein individuellen, situativen Entscheidung verstanden werden sondern ist sehr stark abhängig von dem persönlich-biografischen und sozialen Kontext. Ritterbach und Wohlfahrt (2009) sprechen auch von einer psychosozialen Determiniertheit gesundheitsrelevanter Lebensstile. Die biographische Orientierung bezieht sich darauf, dass die Gesundheitsvorstellungen und damit auch das aktuelle Gesundheitsverhalten auf lebensgeschichtlichen Erfahrungen aufbauen. Die Erkundung einer Gesundheitsbiografie kann innerhalb der Gesundheitsberatung den Blick auf möglicherweise verschüttete Ressourcen frei legen oder das Verständnis für Risikoverhaltensweisen erhöhen. Die lebensweltliche Orientierung bezieht sich darauf, dass die in einer Gesundheitsberatung möglicherweise veränderten Verhaltensweisen in der Alltagsinteraktion auf ein soziales Umfeld treffen und dort möglicherweise Befremden hervorrufen. Um Schwierigkeiten bei der Umsetzung antizi-

3. KAPITEL

pieren zu können, aber auch Ressourcen und Unterstützung im sozialen Umfeld zu aktivieren, sollte der/die Gesundheitsberater*in auch auf die persönliche Lebenssituation der Klient*innen eingehen. Das neue Gesundheitshandeln sollte eine „Passung“ finden zu den zentralen Lebensbereichen wie Beruf, Familie und Freizeit (vgl. Faltermaier 2004, S.1071).

Als Zielgruppe einer Gesundheitsberatung eignen sich nicht nur im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention gesunde Menschen, die sich mit ihrer Gesundheit auseinandersetzen, sondern auch im Rahmen von Rehabilitation kranke Menschen und ihre Angehörigen. Der Schwerpunkt in der Gesundheitsberatung akut oder chronisch kranker Menschen liegt auf der Bewältigung beispielsweise emotionaler Krisen, Unterstützung bei Anpassungsleistungen und Identitätsarbeit in Bezug auf chronische Erkrankungen oder Behinderungen und in der Integration in das Familiensystem (vgl. ebd., S. 1066). Die Zielgruppen lassen sich genauer ausdifferenzieren in:

1. Gesunde Menschen mit Gesundheitsmotivation:
Eine, oft durch Medien vermittelte, Sensibilität für Gesundheit schafft vermehrt eine Gesundheitsorientierung mit Handlungsbedarf. D.h., dass auch ohne gesundheitliche Probleme Einsichten gewonnen werden, etwas für die persönliche Gesundheit tun zu wollen. Diese Personengruppe behilft sich mit Ratgeberliteratur, Austausch von Erfahrungen im sozialen Umfeld oder auch mit, auf die Bedürfnisse ausgerichteten, Bildungsveranstaltungen an der Volkshochschule oder anderen Bildungseinrichtungen. Eine professionelle Gesundheitsberatung kann dieser Zielgruppe systematische Reflexionshilfen anbieten, um aus der Vielzahl der Methoden, Ansätze und Angeboten das passende auszuwählen oder bei der Umsetzung in den Alltag zu unterstützen. Hier leistet die Gesundheitsberatung zunächst einen Beitrag zur Orientierungshilfe für den Verbraucher (vgl. ebd., S. 1072). Eine professionelle Gesundheitsberatung setzt dabei einen umfassenden und wissenschaftlich fundierten Kenntnisstand in dem jeweiligen Fachbereich voraus.
2. Gesunde Menschen in spezifischen Lebensphasen:
Hier lässt sich die Zielgruppe von Gesundheitsberatung in verschiedene Altersgruppen unterteilen, die häufig eine auf ihre Le-

bensphase abgestimmte Beratung benötigen. Jugendliche, Erwachsene in Übergangsphasen und ältere Menschen haben ganz unterschiedliche Bedürfnisse, bringen ihre jeweils altersspezifischen Themen mit und brauchen nach Faltermaier auch eine eigene Form der Ansprache und Beratungsmethodik (vgl. Faltermaier 2004, S.1072).

3. Gesunde Menschen mit spezifischen Gesundheitsproblemen oder Beschwerden:

Liegen erste gesundheitliche Beschwerden vor, verändert sich häufig die Motivation in Richtung einer erhöhten Gesundheitsorientierung bzw. sich mit der persönlichen Lebensweise und Leistungsfähigkeit auseinanderzusetzen. In der Gesundheitsberatung gilt es in diesem Falle in einem ersten Schritt, die Beschwerden medizinisch abzuklären und ggf. an entsprechende Expert*innen zu überweisen. Wenn keine medizinische Indikation vorliegt, sondern vielmehr die Symptomatik einer bestimmten Lebensweise oder psychischen und sozialen Konstellation geschuldet ist, gibt es in der Gesundheitsberatung verschiedene Möglichkeiten, eine Auseinandersetzung anzuregen und Veränderungsprozesse zu begleiten. Dies ist beispielsweise bei vielen Stresssymptomatiken mit somatischen Begleiterscheinungen wie Kopfschmerzen, Verspannungen aber auch Übergewicht oder Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit denkbar.

„Die Gesundheitsberatung hätte dann die Aufgabe, mögliche psychosoziale Bedingungen des Problems abzuklären und einen selbstregulativen Prozess einzuleiten, der kritische Einflüsse in der Person, Lebenssituation und Lebensweise verändert“ (ebd., S. 1073).

4. Gesunde Menschen mit Risikofaktoren und Risikoverhalten:
Der Zusammenhang zwischen dem eigenen Verhalten, beispielsweise dem uneingeschränkten Konsum von Genussmitteln und der Entstehung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen bedarf sicherlich einer gesundheitlichen Aufklärung. Viele Menschen nehmen verhaltensbedingte Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, Alkoholkonsum jedoch in Kauf trotz besseren Wissens um deren „Nebenwirkungen“. Oft erscheinen

3. KAPITEL

die befürchteten Einschnitte in die Lebensqualität zu groß zu sein, um an einer Veränderung des Gesundheitsverhaltens interessiert zu sein. Furchtappelle und Schreckensszenarien haben sich hier als wenig hilfreich erwiesen. Dennoch gibt es immer wieder Gelegenheiten – sei es durch Anregungen von außen oder die persönlichen Einschätzung – zu Veränderungen des Gesundheitsverhaltens. Gesundheitsberatung beharrt nicht einseitig auf der Beseitigung der Risikofaktoren, sondern erschließt auch ganzheitliche Zusammenhänge und positive Gesundheitsziele.

5. Akut erkrankte Menschen in der Rehabilitation:
Gesundheitsberatung erfolgt nicht nur vorbeugend, sondern auch dann, wenn massive gesundheitliche Einschnitte und Beeinträchtigungen vorliegen, beispielsweise nach einem Herzinfarkt, einem Bandscheibenvorfall oder einer überwundenen Krebserkrankung.

„Der massive Einschnitt im Gesundheitszustand löst in der Regel bei den Patienten intensive Gefühle, teilweise auch krisenhafte Auseinandersetzungen mit der eigenen Gesundheit und der eigenen Zukunft aus; daraus kann eine starke Motivation erwachsen, der Gesundheit im Leben jetzt einen größeren Stellenwert einzuräumen und Änderungen im Lebensstil vorzunehmen“ (Faltermaier 2004, S. 1074).

Neben Anregungen für einen gesünderen Lebensstil, können auch die psychosozialen Belastungen in der Gesundheitsberatung bearbeitet werden.

6. Kranke Menschen mit einer chronischen Krankheit:
Die Lebensqualität aufrecht zu erhalten und einen Umgang zu finden mit einer chronischen Erkrankung wie etwa Diabetes, Rheuma, Multiple Sklerose, Allergien etc. – darum geht es in der Gesundheitsberatung chronisch erkrankter Menschen. Dabei spielen natürlich die Wissensvermittlung über die medizinischen Hintergründe und die ärztlichen Empfehlungen zur Anpassung der Lebensgewohnheiten eine große Rolle. Aber auch die Bewältigung der damit verbundenen psychischen Belastungen, das veränderte Selbstbild und die möglichen Perspektiven für ein Leben mit der Krankheit werden in der Gesundheitsberatung thematisiert. Chronische Erkrankungen haben immer auch Auswirkungen auf das nähere soziale Umfeld. Angehörige und Freunde kön-

nen mit der Konfrontation der Belastungen und ihren individuellen Bewältigungsmöglichkeiten überfordert sein und benötigen evtl. ebenfalls eine professionelle Begleitung. Im sozialen Umfeld können aber auch enorme Unterstützungspotentiale und Ressourcen freigesetzt werden. Es gilt also die Selbsthilfefähigkeit der Klient*innen zu unterstützen und die soziale Organisation der Alltagsbewältigung professionell zu begleiten (vgl. Faltermaier 2004, S. 1074). Die Relevanz von Gesundheitsberatung für chronisch Erkrankte ergibt sich aus zwei Gesichtspunkten: Zum einen nimmt der Anteil chronischer Erkrankungen in der Bevölkerung zu und zum anderen gestaltet sich deren Versorgung als schwierig, da die Akutversorgung und Behandlung sowie Heilung der Symptome nicht ausreicht bzw. gar nicht erst möglich ist (Domsch/Lohaus 2009, S. 165). Domsch und Lohaus fassen die Ziele einer Gesundheitsberatung für chronisch Erkrankte und ihre Angehörigen zusammen:

- „Wissensaufbau über die Erkrankungen wie z.B. Symptome und geeignete Maßnahmen,
- Akzeptanz der damit einhergehenden veränderten Lebenssituation,
- Compliance z.B. bei der Medikamenteneinnahme sowie einer Veränderung der Lebensweise,
- Empowerment und Selbstmanagement,
- Reduktion der Symptomatik,
- Erhöhung der Lebensqualität und Kostenreduktion für das Gesundheitssystem“ (ebd.).

Die hier beschriebenen Zielgruppen können bei der Programmplanung von Erwachsenenbildungsveranstaltungen und in Kursen zur Gesundheitsberatung berücksichtigt werden. Die Zielgruppenorientierung gilt als ein didaktisches Prinzip in der Erwachsenenbildung (vgl. Siebert 1997, S. 97). Hierbei geht es darum, die Zielgruppe bei der didaktischen Planung im Blick zu haben. Im Bereich Gesundheitsberatung orientiert sich die Zielgruppenarbeit an der Gesundheitsmotivation oder an bestimmten (Risiko-) Verhaltensweisen oder Krankheiten potentieller Teil-

3. KAPITEL

nehmer*innen. Dabei sollte aus konstruktivistischer Perspektive beachtet werden, dass

„eine Zielgruppe ein Konstrukt derjenigen [ist], die Zielgruppe definieren. Eine Zielgruppendefinition klassifiziert Menschen in Gruppen, indem sie eine »Leitdifferenz« (Luhmann) – z.B. Alter oder Behinderung – betont und andere Persönlichkeitsmerkmale vernachlässigt“ (Siebert 1997, S. 101)

Die hier angesprochene Reduktion kann didaktisch hilfreich sein, sie kann aber auch zu Stigmatisierungen oder Zuschreibungen führen (vgl. ebd.). In der Gesundheitsberatung wäre eine einseitige Orientierung am Krankheitsbild oder den Risikoverhaltensweisen eine einschränkende und zu vermeidende Konstruktion von dem/der Teilnehmer*in. Während die Zielgruppenorientierung vor allem in der Programmplanung relevant ist, sollte die Durchführung der Gesundheitsberatung von einer Teilnehmerorientierung geprägt sein (vgl. ebd., S. 97). Teilnehmerorientierung, als ein weiteres wichtiges didaktisches Prinzip in der Erwachsenenbildung, zielt auf die Herstellung einer Passung zwischen den Lernanforderungen, bzw. dem Gesundheitsthema und den individuellen Voraussetzungen der Teilnehmer*innen (vgl. ebd., S. 105). Diese Passung kann nicht in der Planung vorweggenommen werden, sondern muss in der Situation mit den Teilnehmer*innen ausgehandelt werden. Hier ist die Fähigkeit der/des Lehrenden gefragt, sein/ihr Lehrverhalten auf die Lernstile und Lernvoraussetzungen der Teilnehmer*innen anzupassen, bzw. die Bedürfnisse der Gruppe gewissermaßen „lesen“ zu können:

„»Reading« ist die Fähigkeit der Lehrenden, die Gruppe aufmerksam zu »lesen«, d.h. sensibel Lernschwierigkeiten, Aha-Erlebnisse, Irritationen, Überforderungen wahrzunehmen und flexibel darauf zu reagieren“ (ebd., S. 108).

In dem Bereich der Gesundheitsberatung drückt sich diese Fähigkeit beispielsweise aus in der Berücksichtigung der subjektiven Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitsmotivation sowie durch das Anknüpfen an Gesundheitspotentiale und die Lebenssituation.

Das Hauptziel des Formates Gesundheitsberatung liegt darin, Gesundheitsinformationen zu vermitteln und Verhaltensänderungen zu begleiten. Gleichzeitig streift diese Zielsetzung das Thema „seelische Gesundheit“ an vielfältigen Schnittstellen: Vor allen Dingen dort, wo Be-

SEELISCHE GESUNDHEIT FÖRDERN – MÖGLICHKEITEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

wältigung ermöglicht und begleitet wird, aber auch dort, wo Sinnstiftung und Empowerment initiiert werden. Durch das zur Verfügung stellen von Methoden und Techniken wird ein kompetentes Gesundheits-Selbstmanagement gefördert, in dem sich ein gesunder Lebensstil und seelische Gesundheit konstituieren können. Nicolaus et al. (2009) ordnen dieser Zielsetzung weitere Unterziele zu:

- „Befähigung, sich realistische Gesundheitsziele zu setzen
- Aufbau einer angemessenen Körperselbstwahrnehmung
- Initiierung von systematischen Problemlösekonzepten
- Verbesserte Akzeptanz von Um- und Zuständen, die nicht veränderbar sind
- Förderung von Eigenverantwortlichkeit
- Gesundheitsfördernde Aktivitäten in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Psyche kennen (Wissen), umsetzen (Können) und anwenden (Verhalten)“ (ebd., S. 40 f.).

Eine nachhaltige, psychosoziale Einbettung positiver Gesundheitsziele in den Lebensstil oder die Veränderung riskanter Verhaltensweisen erfordert mehr als die Gesundheitsinformation oder den Rat des Arztes. Es bedarf vielmehr Interventionen,

„die in hohem Maße auf die Motivierung, Selbstwahrnehmung und -reflexion sowie auf die Selbststeuerung von Menschen zielen, die Selbsthilfe- und Bewältigungsfähigkeiten von Personen stärken und einen langfristigen Transfer der Veränderungen in ihren Alltag erreichen können“ (Faltermaier 2004, S.1075).

Die Methodik zur Gestaltung dieser Interventionen ist einer Psychotherapie sehr ähnlich, d.h. hier besteht eine Abgrenzungsproblematik. Die Grenzziehung zur Psychotherapie besteht formal-rechtlich darin, dass jegliche Störungen mit Krankheitswert allein auf therapeutischem Feld bearbeitet werden dürfen. Die Zuordnung von Gesundheitsberatung in die Felder Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation erfolgt aus dem Bedürfnis nach einer pragmatischen Kategoriebildung, stellt in der Praxis die in der Gesundheitsberatung Tätigen allerdings vor die enorme Herausforderung, die oft nur graduellen Abstufungen zwischen

3. KAPITEL

Gesundheit und Krankheit bewerten zu müssen. Hier zeigt sich die Notwendigkeit zur Zusammenarbeit mit medizinischem Fachpersonal in Bezug auf die Diagnostik psychischer Erkrankungen oder organischer Ursachen und entsprechender Behandlungsplanung. Gesundheitsberatung steht nicht in einem konkurrierenden Verhältnis zur medizinischen oder therapeutischen Diagnostik oder Behandlungen, sondern kann durch flankierende Maßnahmen dazu beitragen die individuelle Gesunderhaltung zu fördern oder zu lernen, mit einer Erkrankung umzugehen

Zusammenfassung

Beratung hat sich als „institutionalisierte Form hilfreicher Kommunikation“ (Dewe 2014, S. 2) neben anderen institutionalisierten Formen wie Bildung/Erziehung und Therapie als eine wichtige Interventionsform von Lebens- und Entwicklungshilfe einen gesellschaftlichen Platz erobert (vgl. ebd.). Es wurden neue Interventionsformate von Krankenkassen und aus der Arbeitswelt sowie die Gesundheitsberatung als Möglichkeiten pädagogischen Wirkens vorgestellt, die zugleich auch Themen seelischer Gesundheit aufgreifen. Insgesamt zeigt sich jedoch, dass die im theoretischen Rahmen stattfindende Auseinandersetzung mit dem Praxisfeld der Gesundheitsberatung noch nicht zu einem kohärenten Berufsbild und eindeutig definiertem Aufgabenfeld geführt hat, sondern eine heterogene Praxislandschaft offenbart, mit einem breiten Angebotspektrum sowie unterschiedlichen Inhalten und Methoden⁶ (vgl. Krane 2015).

Es konnte noch nicht abschließend geklärt werden, wie sich das genuin Pädagogische in der Beratung konstituiert. Hierzu möchte ich abschließend zwei Gedanken von Mollenhauer (1965) und Mader (1983) aufgreifen. Mollenhauer verweist darauf, dass sich Qualitäten von Beratung als Bildungsvorgänge bezeichnen lassen:

„Wenn man gelten lassen will, dass Initiative und Selbstständigkeit, die Fähigkeit subjektive Problemlagen zu formulieren und zu objektivieren, dass Informationen und Aufklärung, dass Engagement zu konstituierenden Bestandteilen einer modernen Bildung gehören, dann darf man vermuten, dass die Beratung ein pädagogischer Vorgang ist, in dem Bildungsmöglichkeiten in exponierter Weise sich realisieren lassen“ (Mollenhauer 1965, S. 35).

6 Zur Übersicht über Beratungsansätze und Methoden der Gesundheitsberatung vgl. Schleider und Huse (2011).

Mader (1983) versucht in seinem Aufsatz „Lernen oder Heilen?“ das Pädagogische in der Beratung durch eine Abgrenzung zur Therapie zu erfassen. Er beschreibt das in pädagogischen Setting stattfindende Problemlösen als ein komplexes Lernverhalten und beruft sich dabei auf eine Lerntheorie von Gagné. Problemlösen sei ihm zufolge ein Lerntyp, weil

„aus dem Problemlösen eine Regel höherer Ordnung hervorgeht, die nun zu einem Teil des individuellen Repertoires wird. Wenn man erneut auf eine Situation der gleichen Art trifft, wird man sie mit Hilfe der Erinnerung sehr leicht bewältigen und sie nicht mehr als >Problem< ansehen. Problemlösen muss also entschieden als eine Form des Lernens angesehen werden“ (Gagné 1970, S. 130; In: Mader 1983, S. 189).

Eine therapeutische Indikation liege nach Mader dann vor, wenn ein solches Lernen nicht mehr möglich sei, sondern eine Person konfrontiert werde mit dem Scheitern ihres Problemlöseverhaltens. Die darauf folgende emotionale Erschütterung angesichts einer solchen Erfahrung ziehe dementsprechend vorübergehende „Regressionen“ mit sich.

„Regression im therapeutischen Sinn bedeutet ein Zurückgehen bis zu dem Punkt (dem Ereignis, der Erfahrung, dem Affekt), an dem der Einstieg in die Sackgasse begann. Sie beinhaltet daher ein Wiederaufleben früherer Erfahrungen und Affekte, die in der Regel als völlig unangemessen in Bezug auf den erreichten Entwicklungs- und Reifestand erlebt werden.[...] Eine Therapie ist daher die Kunst, um der Progression willen Regressionen behutsam und Schritt für Schritt einzuleiten und zuzulassen. Der Ausweg aus der Sackgasse führt zunächst zurück“ (Mader 1983, S. 189 f.).

Den Unterschied zwischen Lernen und Heilen kleidet Mader dementsprechend in das Bild eines Hauses. Lernen sei wie das beständige Aus- und Umbauen eines nie fertigen Hauses, während Heilen einer solchen Erschütterung bedarf, dass das alte Haus zum Einsturz gebracht wird und neu aufgebaut werden kann (vgl. ebd., S. 190). Etwas anders betrachtet dies Arnold (2008), der „Regressionen“ im Erleben und Verhalten von Erwachsenen als „verbliebene Kindlichkeiten“ (Arnold 2008, S. V) bezeichnet und als ein alltägliches und unterschätztes Phänomen in der Erwachsenenbildung beschreibt. Er schlussfolgert daraus, dass im Erwachsenenlernen emotionale Prägungen mehr Berücksichtigung finden sollten. In Kapitel 6.3 wird ausführlich auf diese kindlichen Prägungen

eingegangen und ein Zusammenhang der Reflexion emotionaler Muster mit seelischer Gesundheit diskutiert.

SEELISCHE GESUNDHEIT FÖRDERN – MÖGLICHKEITEN DER
GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Annäherung an ein Verständnis von seelischer Gesundheit

Im Kontext dieser Arbeit ist bevorzugt die Rede von „seelischer Gesundheit“, im Sprachgebrauch werden auch die äquivalenten Begriffe „mentale Gesundheit“ und „psychische Gesundheit“ verwendet. Gerade letzterer Begriff wird jedoch im deutschen Sprachraum häufig mit „psychisch gestört“ assoziiert und ist damit mit einer negativen Konnotation belegt (vgl. Pech et al 2010, S. 235).

Betrachten wir zunächst die zwei verschiedenen Begriffe „Seele“ und „Gesundheit“. In neueren pädagogischen Fachlexika findet der Begriff „Seele“ keine Verwendung und wird dementsprechend wohl nicht einem pädagogisch relevanten Begriffskanon zugeordnet. In einem älteren pädagogischen Lexikon von 1970 ist jedoch ein Beitrag zu finden, der den Seelenbegriff in den Kontext einer „Problemgeschichte der Psychologie“ (Pongratz, 1967) stellt:

„Schon in den ältesten Seelenvorstellungen lassen sich zwei Begriffe der S. erkennen: der mentale oder metaphysische und der vitale oder biologische Seelenbegriff oder die S. als leibentbundenes substantielles Wesen und die leibgebundene S., die S. als Lebensprinzip. Plato, Augustin, Descartes vertraten die mentale, Aristoteles und in anderer Form Leibnitz die vitale Seelenlehre; einen Kompromiss zwischen beiden stellt die scholastische Seelenauffassung dar. Für die weitere Entwicklung der Psychologie war die Ent-

scheidung für einen der beiden Seelenbegriffe folgenreich: Um die Mitte des 19. Jh. wurde der metaphysische Seelenbegriff unter dem Einfluss der erfolgreichen Naturwissenschaft, des Materialismus und des Marburger Neukantianismus aus dem Vokabular der Psychologie gestrichen; in der Terminologie der Seelenlehre handelt es sich um eine Wendung vom metaphysischen zum biologischen Seelenbegriff oder von der anima rationalis zur anima sensitiva. Doch wird der Name S. wegen der traditionellen metaphysischen Implikate auch in diesem Sinne in der Fachliteratur vermieden. Die Psychologie wurde zu einer »Psychologie ohne S.«. Die wissenschaftsgeschichtliche Folge dieser Preisgabe des Seelenbegriffes war die Begründung der naturwissenschaftlichen, näherhin der experimentellen Psychologie. [...] Da der Seelenbegriff das denknotwendige bleibende Substrat der Vorgänge des psychischen Lebens bezeichnete, konnte er nicht ersatzlos eliminiert werden. Deshalb traten an seine Stelle andere Begriffe wie Gehirn, Organismus, Seelenleben, Bewußtsein, Ich-Struktur; heute hat sich der Begriff der Person oder Persönlichkeit in der Humanpsychologie durchgesetzt“ (Pongratz 1970, S. 988f).

Vor diesem Hintergrund wird verständlich, dass die Psychologie zur Erklärung seelischer Gesundheit „Persönlichkeitstheorien“ und „Persönlichkeitsmerkmale“ heranzieht. Ob in der beschriebenen Nähe zur Naturwissenschaft auch ein Zusammenhang darin besteht, dass in der Psychologie wenig bis keine pädagogischen Quellen zum Phänomen rezipiert werden, kann an dieser Stelle nur vermutet werden.

Wesentlich umfangreicher als der Begriff „Seele“ wird in der Pädagogik, im Rahmen von Gesundheitspädagogik bzw. -bildung, der Begriff „Gesundheit“ diskutiert. Die pädagogische Hochschule Freiburg führte zum Wintersemester 2007/2008 ein eigenständiges Bachelor-/Master-Studienprogramm Gesundheitspädagogik ein. Ausgangspunkt für das neue Studiendesign ist auch eine Reaktion auf gesellschaftliche Veränderungen, wie die Zunahme chronischer Erkrankungen, der demographische Wandel und eine Verschiebung des Verantwortungsbereiches in Richtung des Einzelnen für seine Gesundheit angesichts der knapper werdenden öffentlichen Ressourcen. Die Studierenden sollen – so die formulierte Zielsetzung – zu Gesundheitsbildungs-Expert*innen ausgebildet werden,

„die ein breites biomedizinisches, psychologisches und therapeutisches Basiswissen in Verbindung mit ausgeprägten didaktischen,

4. KAPITEL

methodischen und praktischen Fähigkeiten mit deutlich pädagogischer Orientierung aufweisen“ (Nicolaus et al. 2009, S.42).

Die dortige Arbeitsgruppe Gesundheitspädagogik – vertreten durch Jürgen Nicolaus, Udo Ritterbach, Karin Schleider, Ulrike Spörhase und Rainer Wohlfahrth – wagt eine Positionsbestimmung des Gegenstandsbereiches der Gesundheitspädagogik, die sich bis dato noch nicht eindeutig konstituiert hatte. Die Überlegungen zum Begriff von Gesundheit folgen dabei einem mehrdimensionalen Gesundheitsverständnis:

1. Mit Rückgriff auf Schumacher und Brähler (2004) wird ein objektiver Gesundheitszustand, der durch anerkannte medizinische und gesellschaftliche Standards bestimmt wird, einem subjektiven Befinden gegenübergestellt. Das subjektive Befinden wird beeinflusst von den individuellen und auch kollektiven Vorstellungen davon, was Gesundheit bedeutet. Nicht immer stimmen das subjektive Befinden und der objektive Gesundheitszustand miteinander überein (vgl. Nicolaus et al. 2009, S. 36).
2. Mit Rückgriff auf Hurrelmann (1990) betonen die Autor*innen die Einbeziehung psychischer, sozialer, ökologischer und spiritueller Aspekte in ein Verständnis von Gesundheit. Eine rein körperliche Unversehrtheit bzw. die Abwesenheit von Funktionseinschränkungen und Erkrankungen als Gesundheit zu beschreiben greife zu kurz (vgl. Nicolaus et al. 2009, S.36). Es werden somit protektive Faktoren vermehrt in den Blick genommen wie beispielsweise das Kohärenzgefühl oder auch Selbstwirksamkeitserwartung, Widerstandsfähigkeit und Kontrollüberzeugungen.
3. Mit Rückgriff auf Hartmann (1993) wird auf den Prozesscharakter von Gesundheit verwiesen,

„im Sinne des persönlichen (Lebens-)Gleichgewichts, das ein sinnvolles, auf die Entfaltung persönlicher Anlagen und Lebensentwürfe eingerichtetes Dasein und die Erreichung von Lebenszielen ermöglicht“ (Nicolaus et al. 2009, S. 36).

4. Mit Rückgriff auf das Salutogenese-Konzept von Antonovsky wird ein Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit beschrieben, in das sich jede Person einzuordnen vermag, so dass sich deren Positionierung nicht nur durch seine kranken Anteile, son-

dern auch durch seine Schutzfaktoren und Ressourcen ergibt (vgl. Nicolaus et al. 2009, S. 36).

Die hier beschriebenen Aspekte zeigen, dass ein pädagogisches Verständnis von Gesundheit über die Vorstellungen und Modelle von Gesundheit der Medizin (biomedizinisches Modell von Gesundheit) hinausgeht⁷. Um den Gesundheitszustand einer Person erfassen zu können, werden auch Ressourcen, Schutzfaktoren und subjektive Vorstellungen von Gesundheit einbezogen. Gesundheit wird damit immer auch in einen Lebenszusammenhang gestellt, in dem sich Gesundheit aus der Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensbalance und der Verwirklichung von Lebenszielen ergibt. Psychische Gesundheit wird hier im Sinne von „Ganzheitlichkeit“ bzw. eines „gesunden Lebensstils“⁸ automatisch mitgedacht, ohne diesen Aspekt gründlicher zu differenzieren oder auf theoretischer Ebene weiter auszugestalten. Seelische Gesundheit scheint also im Kontext von Pädagogik bzw. Gesundheitspädagogik nicht isoliert behandelt zu werden, sondern durch das In-den-Blick-Nehmen der ganzen Person, ihres Lebensstils und ihrer sozio-kulturellen Bedingungen. Ritterbach und Wohlfahrt beispielsweise identifizieren mit Verweis auf die Arbeiten von Hartmann (1991) sieben Bereiche, die eine seelische und körperliche Schutzfunktion entfalten können und Determinanten eines gesunden Lebensstils ausmachen. Sie umfassen die Bereiche Ernährung, Bewegung, Aktivierungsregulation/Stressbewältigung, sozialer Austausch, Problemlösefähigkeit, Emotionsregulation, Lebensziele (vgl. Ritterbach/Wohlfahrt 2009, S. 63).

7 Im Bereich der Psychologie orientiert man sich ebenfalls maßgeblich an der Psychopathologie. Darüber hinaus wurden im wissenschaftlichen Diskurs zum Thema psychische Gesundheit in Teilen auch Konzepte beachtet, die sich an einem positiven mentalen Gesundheitskonzept ausrichteten – also mit Bezugnahme auf Themen wie Wellbeing (Wohlbefinden), Happiness (Glück) oder Quality of Life (Lebensqualität) (vgl. Pech et al. 2010, S. 239).

8 In Bezug auf Gesundheit beschreiben Abel et al. Lebensstil als „zeitlich relativ stabile, typische Muster von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Orientierungen und Ressourcen, welche von Individuen und Gruppen in ihrer Auseinandersetzung mit sozialen und soziokulturellen Lebensbedingungen entwickelt werden“ (Abel et al. 2003, S. 298). Der Zusammenhang von Gesundheit und Lebensstil kann als Gegenstand und Problem der Gesundheitspädagogik verstanden werden. Für eine Förderung eines gesunden Lebensstils sind „die seelische, soziale und geistige Entwicklung des Menschen, die mit seinem Alter verknüpften Aufgaben, Chancen und Probleme, seine körperlichen, seelischen und geistigen Ressourcen entscheidend“ (Bucher/Winkler und Soldner 2005, S.7).

4. KAPITEL

Seelische Gesundheit ist damit ein Thema von (Gesundheits-)Pädagogik. Die Ideen zur Förderung von seelischer Gesundheit – so die Beobachtung – folgen dabei eher einer individuellen Heuristik. Individuelle Heuristiken gründen sich auf subjektiven Erfahrungsmustern und Vorannahmen darüber, wie der Einsatz von Mitteln und das Erreichen von Zielen zusammenhängen (vgl. Meyer-Wolters 2011, S.156).

„Da Handeln ebenso wie das Unterlassen von Handeln an Intentionen gebunden ist, also auf Ziele gerichtet ist und für die Erreichung der Ziele bestimmte Mittel einsetzt oder eben nicht einsetzt, ist pädagogisches Handeln immer auch an Überzeugungen gebunden darüber, was die erstrebenswerten Ziele sind und wie man sie erreichen kann“ (ebd.).

Göppel verhandelt seelische Gesundheit als ganzheitliche Zielperspektive pädagogischen Handelns auch unter dem Aspekt des „gelungenen Lebens“ (vgl. Göppel 2008, S. 57). Während sich der Begriff der seelischen Gesundheit auf eine zeitlich gebundene Befindlichkeit bezieht, nähert sich Göppel dem Begriff des guten Lebens über autobiografische Quellen an, als rückschauende und bilanzierende Bewertung des bisherigen Lebens einzelner Autoren, und über den Verweis auf geisteswissenschaftliche Quellen von der Antike bis zur Neuzeit, die das Thema des gelungenen Lebens behandeln. Genannt werden u.a. Aristoteles Tugendlehre, Epikurs Ratschläge zum Umgang mit Begierden, Marc Aurels Selbstbetrachtungen, Rousseaus Erziehungsroman „Émile“, Kants Anthropologie und Schopenhauers Aphorismen (vgl. ebd., S. 62). Zur neueren Ratgeberliteratur über die rechte Haltung gegenüber dem Leben zählt Göppel beispielhaft Erich Fromms Bücher „Die Kunst des Liebens“ (1976) und „Haben oder Sein“ (1976), Wilhelm Schmidts „Philosophie der Lebenskunst“ (1998) sowie „Die sieben Haltungen zur Lebenskunst“ von Dietrich Grönemeyer (2006) (vgl. Göppel 2008, S. 62) auf. Eine umfassende, vergleichende Analyse, die ein etwaiges kultur- und epochenübergreifendes Grundmuster herausstellt, steht noch aus. Das Lesen über das „gute Leben“ habe auch nur einen geringen praktischen Wert, so Göppel, da sich sonst nicht erklären ließe:

„warum die Menschen auch heute noch in großer Zahl ‚falsche Ziele‘ verfolgen, ‚schädliche Haltungen‘ einnehmen, ‚Irrwege‘ einschlagen, in Krisen geraten, mit sich und der Welt hadern und bisweilen am Leben verzweifeln, wenn doch im Prinzip vielfach beschrieben ist, welche Denkweisen, Haltungen und Handlungen

dem ‚guten Leben‘ bekömmlich sind und welche nicht“ (Göppel 2008, S. 62f).

Auch Brumlik beschäftigt sich in seinem Buch „Bildung und Glück“ (2002) damit, welche „Tugenden“ in einer modernen Gesellschaft noch wirken können, wenn sich allgemein orientierende und verbindliche Werte nicht mehr verhandeln lassen, da

„in komplexen, ausdifferenzierten und pluralistischen Gesellschaften mit konkreten Werten allein nicht auszukommen ist und es mindestens so sehr prinzipieller, eher abstrakter Haltungen und Einstellungen bedarf, etwa der Fähigkeit der Reflexion, zur Distanz, zum hypothetischen Denken – Eigenschaften, die ich vorläufig als ‚Tugenden‘ bezeichnen möchte.“ (ebd., S.27.)

In diesem Zitat finden sich meines Erachtens erste Hinweise zu einer „genuin pädagogischen“ Herangehensweise an den Gegenstand „seelische Gesundheit“, da sich die genannten Fähigkeit zur Reflexion, zur Distanz und zum hypothetischen Denken von einem medizinisch-therapeutischen Setting entkoppeln lassen und sich vorrangig in frühzeitig angebotenen, aber auch lebensbegleitenden Lernsettings verorten lassen. Ob diese Fähigkeiten Anknüpfungspunkte zur Genese seelischer Gesundheit ermöglichen, wird noch zu prüfen sein.

Auf theoretischer Ebene bleibt der Begriff „seelische Gesundheit“ zunächst also pädagogisch unangetastet, er ist nicht Teil eines pädagogischen Diskurses. Die Entwicklung eines Orientierungsmodells seelischer Gesundheit, wie sie als Zielperspektive in der Einleitung formuliert wurde, sollte an eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Gegenstand „seelische Gesundheit“ anknüpfen. Auf Grund des Fehlens einer genuin pädagogischen Deutung des Begriffes der seelischen Gesundheit oder eines „Ersatzbegriffes“ werden zur Annäherung an ein Verständnis zunächst Erklärungsmodelle anderer wissenschaftlicher Disziplinen herangezogen, die hierzu konkrete Modelle ausgearbeitet haben. Da seelische Gesundheit maßgeblich in den Gesundheitswissenschaften verhandelt und diskutiert wird, werden diese Konzepte zunächst vorgestellt. Das Salutogenesemodell nach Antonovsky wird hier als geeignetes Referenzmodell ausgearbeitet. Anschließend erfolgt eine Analyse ausgewählter Theorien zum Lernen Erwachsener im Hinblick auf eine Erweiterung des Salutogenesemodells.

4.1 Psychopathologische, psychotherapeutische und gesundheitswissenschaftliche Konzepte seelischer Gesundheit

Seelische Gesundheit scheint ein sehr komplexes Phänomen zu sein, das sich nicht in einer allgemein akzeptierten Definition abbilden lässt. Vielmehr ist das Interesse oder der Nutzen einer bestimmten Disziplin in Bezug auf die Bestimmung von seelischer Gesundheit erkenntnis- und handlungsleitend. Im medizinisch, **psychopathologischen Kontext** ist es wichtig, erkennen zu können, ab wann eine Person psychisch gestört oder beeinträchtigt ist und ab wann psychische Gesundheit gegeben ist. Dementsprechend werden verschiedene Indikatoren abgeleitet, die auf den einen oder anderen Zustand hinweisen. Becker (2006) fasst anhand von fünf ausgewählten Indikatorenbereichen Krankheits- und Gesundheitszeichen von psychischen Störungen bzw. psychischer Gesundheit zusammen (siehe Tabelle 1). Die Indikatorenbereiche sind auch Grundlage für die im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) verwendeten klassischen Definitionen von psychischen Störungen, die im diagnostischen Bereich vielfach angewendet werden (vgl. ebd., S. 29). Die Indikatoren psychischer Gesundheit haben vielfältige Entsprechungen in Bezug auf körperliche Gesundheit und Krankheit. Bei der Annäherung an den Begriff „seelische Gesundheit“ und „seelische Störung“ kann es sich jedoch nicht um objektivierbare Zustände handeln, da Diagnostik dysfunktionalen Verhaltens in der Beziehung zum/zur Beobachter*in steht, der/die wiederum Teil eines normierenden, gesellschaftlichen Kontextes ist.

ANNÄHERUNG AN EIN VERSTÄNDNIS VON SEELISCHER GESUNDHEIT

INDIKATORENBEREICH	KRANKHEITSSZEICHEN		GESUNDHEITSSZEICHEN	
	Körperliche Krankheit	Psychische Krankheit	Körperliche Gesundheit	Psychische Gesundheit
Beeinträchtigtes vs. hohes Wohlbefinden	Körperlicher Schmerz, körperliches Unwohlsein	Negative Gefühlszustände (Angst, Depressivität, Gereiztheit, Schuldgefühle, Wut ...)	Körperliches Wohlbefinden	Psychisches Wohlbefinden (positive Gefühle; Abwesenheit negativer Gefühle)
Funktionsstüchtigkeit	Störungen von Organsystemen und körperlichen Funktionen	Störungen psychischer Funktionen (Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis, Konzentration, Fühlen)	Intaktheit von Organsystemen und körperlichen Funktionen	Intaktheit psychischer Funktionen (Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis, Konzentration, Fühlen)
Leistungsfähigkeit, Anforderungsbewältigung	Beeinträchtigte körperliche Leistungsfähigkeit; Schwäche	Beeinträchtigte Fähigkeit zur Bewältigung psychosozialer Anforderungen	Hohe körperliche Leistungsfähigkeit/Fitness	Intakte Fähigkeit zur Bewältigung psychosozialer Anforderungen
Anpassungsfähigkeit/Überlebenstüchtigkeit	Beeinträchtigte Anpassungsfähigkeit/Überlebenstüchtigkeit		Hohe Anpassungsfähigkeit/Überlebenstüchtigkeit	
Hilfesuchen vs. Autonomie	Suche nach (ärztlicher) Hilfe	Suche nach (psychologischer) Hilfe	Kein Bedürfnis nach (ärztlicher) Hilfe	Kein Bedürfnis nach (psychologischer) Hilfe

Tabelle 1: Ausgewählte Indikatoren für Zustände der körperlichen und psychischen Gesundheit bzw. Krankheit (Becker 2006, S. 28)

Neben der Ausarbeitung von Indikatorenkatalogen gibt es auch auf übergeordneter, theoretischer Ebene Erklärungsversuche seelischer Gesundheit. Sie sind so angelegt, dass eine Reihe verschiedener, günstiger Dispositionen und Fähigkeiten in bestimmter Ausprägung vorhanden sein

4. KAPITEL

müssen, um von der seelischen Gesundheit einer Person sprechen zu können. Im Folgenden werden überblicksartig die bekanntesten Theorien aus der persönlichkeitspsychologischen Tradition und der Stresstheorie vorgestellt.

Die Idee seelischer Gesundheit wird in der **psychologisch-psychotherapeutischen** Tradition umfangreich ausgeführt. Die Vielfalt der Ansätze an dieser Stelle aufzuarbeiten würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, daher sollen mit Hinweis auf Jahodas (1958) Bericht für die „Joint Commission on Mental Health“ die sechs zentralen Dimensionen von psychischer Gesundheit aufgelistet werden, die sie aus den bedeutendsten persönlichkeitspsychologischen Ansätzen des 20. Jahrhunderts u.a. von Freud, Fromm, Allport, Maslow, Rogers, Murray, Hartmann, Erikson (vgl. Göppel, 2008, S.64) identifiziert hat:

- „Die Einstellung gegenüber dem eigenen Selbst, d.h. das Maß an Selbstbewusstheit, -sicherheit, und-identität;
- Wachstum, Entwicklung und Selbstaktualisierung, d.h. das allgemeine Motivationsniveau und das ‚Engagement am Leben‘;
- ‚Autonomie‘, d.h. das Maß an innengeleitetem und unabhängigem Verhalten;
- ‚Realitätserfassung‘, d.h. die verzerrungsfreie, korrekte Wahrnehmung sowie Empathie und soziale Sensibilität,
- ‚Integration‘, d.h. die Balance der verschiedenen psychischen Kräfte, die Entwicklung einer Lebensphilosophie und die Belastbarkeit gegenüber äußeren Stressfaktoren;
- Fähigkeit zur Lebens- und Weltbemeisterung, d.h. die Fähigkeit zu lieben, zu arbeiten und zu spielen, befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen zu unterhalten sowie mit Situationsanforderungen und Problemen angemessen umzugehen“ (vgl. Jahoda 1958, S. 23 ff.; In: ebd.).

Marie Jahoda war eine der ersten Sozialforscherinnen, die „mentales Wohl“ nicht mit der Abwesenheit von Leidenszuständen gleichsetzte, sondern mit dem Erleben positiver emotionaler Zustände (vgl. Jahoda 1958; In: Pech et al. 2010, S. 239). Daran anknüpfend ergab sich eine Forschungstradition, die mentale Gesundheit vor allem an das Maß des subjektiven und sozialen Wohlbefindens knüpfte. Zu nennen sind hier

Arbeiten von Bradburn zur Affektbalance (1969), und von Diener (1984), der die Affektbalance mit allgemeiner Lebenszufriedenheit und Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen verknüpfte und als Pionier der Positiven Psychologie gilt (vgl. Pech et al. 2010, S.239). Ryff (1989) konzipierte psychisches Wohlbefinden als mehrdimensionales Modell, das Autonomie, Alltagsbewältigung, menschliches Wachstum, positive Beziehungen zu anderen Menschen, Lebenssinn und Selbstakzeptanz umfasst. Die soziale Dimension wurde dann vor allem von Keyes (2006) aufgegriffen und erweitert um Segmente der sozialen Kohärenz, der sozialen Selbstverwirklichung, der sozialen Integration, der sozialen Anerkennung, und dem Gefühl, einen sinnvollen Beitrag zur Gesellschaft beizutragen (vgl. Pech et al. 2010, S. 240).

Selbstverwirklichung als ein Faktor im Entstehungsprozess seelischer Gesundheit wird in **stresstheoretischen und gesundheitspsychologischen Betrachtung** von seelischer Gesundheit innerhalb des **gesundheitswissenschaftlichen Diskurses** weitgehend außer acht gelassen. Hier wird (seelische und körperliche) Gesundheit als Ergebnis erfolgreicher Bewältigungsbemühungen eines Subjektes in Auseinandersetzung mit einer stressorenbehafteten Umwelt verhandelt. Seit der kognitiven Wende in der Psychologie wird in den Gesundheitswissenschaften davon ausgegangen, dass es in Konfrontation mit belastenden Erfahrungen auf die subjektiven Bewertungen und die Informationsverarbeitung des Individuums im Bewältigungsprozess ankommt. Als bekannteste Stressbewältigungstheorie ist das Transaktionale Stressmodell nach Lazarus und Folkman (Lazarus 1966, Lazarus 1981, Lazarus und Folkman 1987) zu erwähnen. Es soll an dieser Stelle kurz genannt werden, da dessen grundlegenden theoretischen Überlegungen die im Folgenden aufgeführten Ansätze und Modelle inspiriert haben und dementsprechend Ähnlichkeiten und Überschneidungen zu beobachten sind. Vor allem sind Verweise im Salutogenesemodell nach Antonovsky enthalten, wobei bei Antonovsky auch Einflüsse von anderen Stressforschern zu erkennen sind – wie von Selye, Holmes, Rahe und Cohen (vgl. Bengel et al. 2001, S. 61). Der Begriff „transaktional“ verweist darauf, dass Umwelt und Individuum in Beziehung zueinander stehen. Kontextbedingung wirken sich nicht immer in gleicher Weise auf ein Individuum aus. Ob ein Mensch einen Stressor wahrnimmt oder als irrelevant, bedrohlich oder als förderliche Herausforderung empfindet, hängt zum überwiegenden Teil von seiner internen Bewertung ab. Dementsprechend werden im Rahmen der Stress- und Resilienzforschung, protektive Persönlichkeitseigenschaften

4. KAPITEL

und Bewältigungsstrategien erforscht, die sich günstig auf die Stressverarbeitung auswirken. Im Folgenden werden die aus dieser Forschungsrichtung stammenden Konzepte und Merkmale resilienter Menschen aufgeführt, die sich auch im Kontext von seelischer bzw. psychischer Gesundheit verorten lassen⁹.

1. Das Salutogenesemodell von Aaron Antonovsky (1979) und das „Kohärenzgefühl“ (sense of coherence) als konzeptionelles Kernstück, wird in den Gesundheitswissenschaften und auch von Praktiker*innen immer wieder als Erklärungsmodell für seelische bzw. psychische Gesundheit herangezogen. Antonovsky selbst war wenig davon überzeugt, dass sein Modell im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit zu sehen sei. Er entwickelte dieses vor allen Dingen in der Absicht körperliche Gesundheit zu erklären. Empirische Studien zum Kohärenzgefühl zeigen jedoch Korrelationen mit Variablen der psychischen Gesundheit auf (vgl. Kapitel 4). Das Kohärenzgefühl wird definiert als

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

2. Die Forschungstradition der Resilienz- bzw. Invulnerabilitätsforschung hat sich zeitgleich mit der Etablierung des Salutogenesemodells entwickelt (vgl. Bengel et al 2001, S. 64). Sie ist weniger der Stressbewältigungsforschung zugeordnet, als vielmehr der Entwicklungspsychopathologie und damit der Leitfrage, wie sich trotz ungünstiger frühkindlicher Erfahrungen und Belastungen eine gesunde Persönlichkeits- und Verhaltensentwicklung ausbilden kann (vgl. ebd, S. 63). Gemeinsam ist den Forschungsansätzen jedoch, dass beide nach Faktoren suchen, die die psychische

⁹ Zur vergleichenden Gegenüberstellung der Konzepte siehe beispielsweise Bengel et al. (2001).

und körperliche Gesundheit schützen. Bei der ersten Studie zur Resilienz von Werner und Smith (1982) wurde der Entwicklungsverlauf einer Geburtenkohorte von Kindern, die auf der Insel Kauai lebte, über 40 Jahre wissenschaftlich begleitet. Bei einem Teil der Kinder fanden die Forscher eine Art psychische Widerstandsfähigkeit, die es ihnen ermöglichte, trotz schwerwiegender Risikokonstellation wie z.B. extreme Armut, psychisch erkrankte Elternteile, eine gesunde Entwicklung zu durchleben (vgl. Faltermaier 2012, S. 5). Mittels retrospektiver und prospektiver Längsschnittuntersuchungen machte sich die Resilienzforschung von da an auf die empirische Suche nach Schutzfaktoren, die in einen umfangreichen Variablenkatalog protektiver Einflüsse münden. Als empirisch gesicherte Ressourcen und Schutzfaktoren gelten nach Lösel und Bender (1997) Temperamentsmerkmale (z.B. überwiegend positive Stimmungslage), kognitive und soziale Kompetenzen (z.B. eine gute Problemlösefähigkeit), selbstbezogene Kognitionen und Emotionen (z.B. positives Selbstwertgefühl), emotionale sichere Bindung an eine Bezugsperson, Merkmale des Erziehungsklimas, soziale Unterstützung in und außerhalb der Familie, Erleben von Sinn und Struktur im Leben (z.B. ethische Wertorientierung) (In: Bengel et al. 2001, S. 63). Das Kohärenzgefühl wird in der Resilienzforschung als eine potentielle Ressource für einen günstigen Entwicklungsverlauf betrachtet (vgl. ebd., S. 64). Kennzeichnend für diesen Ansatz ist, dass kein theoretischer Überbau zu Grunde gelegt wird und die einzelnen Faktoren kaum in ihrem Zusammenhang verstehbar sind (vgl. Faltermaier 2012, S. 5). Das Resilienzkonzept wird zunehmend auch in Bezug auf die Prävention psychischer Störungen von Erwachsenen diskutiert (vgl. ebd. 2012, S. 6).

3. Das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell) der Gesundheit nach Becker (2006) dient ebenfalls der Erklärung von körperlicher und seelischer Gesundheit. Gesundheit konstituiert sich dem Modell nach in der Bewältigung externer und interner Anforderungen durch externe und interne Ressourcen. Dabei spielt die interne Ressource „Seelische Gesundheit als Eigenschaft“ (in späteren Arbeiten auch als Neurotizismuskonzept ausgearbeitet) eine besondere Rolle im Bewältigungsprozess. See-

4. KAPITEL

lische Gesundheit wird als zeitlich relativ stabile „Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner (psychischer) Anforderungen“ (Becker 2006, S. 46) verstanden. Das Konstrukt „seelische Gesundheit“ umfasst dabei mehrere Komponenten: Erstens seelisch-körperliches Wohlbefinden (mit den Teilaspekten Sinnerfülltheit, Selbstvergessenheit, Beschwerdefreiheit); zweitens selbst- und fremdbezogene Wertschätzung (mit den Teilaspekten Selbstwertgefühl, Liebesfähigkeit) und drittens Selbstaktualisierung (mit den Teilaspekten Expansivität und Autonomie) (vgl. ebd.). Die einzelnen Faktoren und Teilaspekte wurden im Trierer Persönlichkeitsfragebogen zur Messung seelischer Gesundheit verarbeitet. Er wird derzeit zur Diagnostik von gestörter und normaler Persönlichkeit eingesetzt. Das SAR-Modell wird von Becker als Erweiterung des Salutogenesemodells von Antonovsky verstanden (vgl. ebd., S. 179f). Bengel kommentiert:

„Den Modellen von Becker und Antonovsky ist gemeinsam, daß sie im komplexen Wechselspiel von internen und externen Anforderungen und Ressourcen stabilen kognitiv-affektiven Verarbeitungsmustern eine zentrale Rolle für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit beimessen“ (Bengel et al. 2001, S. 63).

4. Im Konstrukt der Widerstandsfähigkeit nach Kobasa (Kobasa 1979; Kobasa, Maddi und Kahn 1982) steht die Widerstandsfähigkeit als Persönlichkeitseigenschaft einer Person im Zusammenhang mit einer Resistenz gegenüber negativen Wirkungen von Stress. Widerstandsfähigkeit besteht aus drei Komponenten, die teilweise hohe Überschneidungen zum Kohärenzgefühl aufweisen.

„Menschen mit hoher Widerstandsfähigkeit sind neugierig auf das Leben, sie engagieren sich in allen Lebensbereichen (Commitment). Das setzt einerseits die Fähigkeit voraus, von der Bedeutung der eigenen Person, des eigenen Handelns und der eigenen Entscheidungsfähigkeit überzeugt zu sein [...] Unter Kontrolle (Control) ist das Gegenteil von Hilflosigkeit zu verstehen, das heißt Personen mit hoher Widerstandsfähigkeit sind davon überzeugt, kontrollierend in ihre Umgebung eingreifen und Einfluß nehmen zu kön-

nen. Diese Personen betonen Eigenverantwortlichkeit ihres Handelns [...] Personen mit hoher Widerstandsfähigkeit fühlen sich darüber hinaus von Lebensveränderungen herausgefordert, empfinden Änderungen als normal und spannend, als Chance für inneren Wachstum und nicht etwa als Bedrohung der eigenen Sicherheit (Challenge)“ (Bengel et al. 2001, S. 56).

Der größte Unterschied zu den drei Faktoren des Kohärenzgefühls bezieht sich auf den Faktor Kontrolle, da Antonovsky nicht nur das Vertrauen in die eigene Selbstverantwortlichkeit als maßgeblich herausstellt, sondern auch das in legitimierte Andere (z.B. Freunde, Kollegen, Gott).

5. Die Konzepte „Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen“ (Health Locus of Control) von Rotter (1966; 1975) und „Selbstwirksamkeitserwartung“ (Self-efficacy) von Bandura (1977; 1982; 1986) gelten als Copingstrategien (Bewältigungsstrategien) und gehen von der generalisierten Erwartung und Überzeugung eines Individuums aus, dass man selbst in der Lage ist, seinen Gesundheitszustand zu beeinflussen und nicht passiv externalen Bedingungen ausgeliefert ist.

Im Folgenden wird ausgeführt, weshalb sich das Salutogenesemodell als Referenzmodell seelischer Gesundheit eignet. Eine Perspektiven- und Modellerweiterung erfolgt daran anschließend durch die vergleichende und differenzierende Analyse mit systemisch-konstruktivistischen Theorien zum Lernen Erwachsener.

4.2 Das Salutogenesemodell als Vergleichsmodell

Zunächst wird das Salutogenesemodell von Aaron Antonovsky als Erklärungsmodell für seelische Gesundheit im Kontext dieser Arbeit begründet. Dieses Modell eignet sich aus den folgenden Gründen als Referenz- und Orientierungsgröße für seelische Gesundheit: Erstens lassen sich in vielen internationalen Studien die Zusammenhänge von Kohärenzgefühl und psychischer Gesundheit empirisch bestätigen (vgl. Faltermaier 2012,

4. KAPITEL

S. 6). Die in den Erziehungswissenschaften und Erwachsenenbildung diskutierte „Evidenzbasierung“ bedeutet, dass die Orientierung an Ideen/Ideologien und pädagogischen Klassikern als Anhaltspunkte für Handlungsmöglichkeiten nicht mehr ausreicht (vgl. Reich-Claassen/Tippelt 2010, S.23):

„Evidenzbasierte Steuerung“ bedeutet demnach sowohl im Bereich der Erwachsenenbildung als auch im Rahmen der Erziehungswissenschaft, eine empirische Forschung nach wissenschaftlichen Kriterien in empirisch pragmatischer Hinsicht zu betreiben, um für die Praxis Orientierungs- und Aufklärungswissen bereitzustellen“ (ebd.).

Möchte die Erwachsenenbildung im Bereich Gesundheitsförderung seelische Gesundheit fördern, so ist die Orientierung an einem empirisch gesicherten Erklärungsmodell von seelischer Gesundheit sinnvoll. Jedoch ist auch die Notwendigkeit einer kritischen Reflexion in Bezug auf einen Import psychologischer Modelle und Begriffe in die Pädagogik bzw. Erwachsenenbildung notwendig. Vor der Entwicklung didaktischer Modelle zur Förderung seelischer Gesundheit in der Erwachsenenbildung muss daher zunächst eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Gegenstand „seelische Gesundheit“ anberaumt werden. Im Rahmen dieser Arbeit entsteht ein Reflexionsraum, indem bisher unberücksichtigte Theorien zum Lernen Erwachsener einbezogen werden.

Zweitens wird das Salutogenesemodell vielfach bereits als Handlungsorientierung und Leitkonzept für Praktiker im Feld seelische bzw. psychische Gesundheit verwendet. Konzepte zur Förderung seelischer Gesundheit und Prävention psychischer Störungen, die Antonovsky rezipieren, wurden bereits in entsprechenden Fachzeitschriften und Publikationen veröffentlicht (vgl. Kapitel 3.2).

Drittens betonen einige Autoren, dass das Salutogenesemodell als Orientierungsrahmen für die Praxis der Gesundheitsförderung gilt, was sich in der historischen Entstehungsgeschichte der Gesundheitsförderung auch abbilden lässt (vgl. Kapitel 5.1.6):

„Lindström u. Eriksson kommen in ihrem Überblick über mehr als 25 Jahre Forschung zur Salutogenese zu dem Ergebnis, dass das Modell der Gesundheitsförderung einen festen theoretischen Rahmen geben kann. Die interventionellen Implikationen des Modells können überall dort eine Leitorientierung der beruflichen Praxis

darstellen, wo Gesundheit gefördert werden kann“ (Blättner 2007, S. 67).

Die Gründe der empirischen Überprüfbarkeit und methodischen „Übersetzbarkeit“ in Konzepte zur Förderung der seelischen Gesundheit können auch durch den Forschungsansatz der Resilienz erfüllt werden. Zur Erfassung und Beschreibung der Zusammenhänge zwischen psychischer Resilienz und personalen sowie sozialen Protektivfaktoren, erscheint die Resilienzforschung aus methodischen Gründen sogar erfolgversprechender:

„Sie fordert prospektive Längsschnittstudien zur Prüfung von kausalen Zusammenhängen zwischen Protektivfaktoren und Gesundheit, was mit den primär korrelativen Studien, wie sie beim SOC-Konzept überwiegend eingesetzt werden, nicht möglich ist“ (Bengel et al 2001, S. 64).

Als Beispiele für Resilienzkonzepte können Veröffentlichungen von Götze (2013) zu „Resilienzentwicklung im Personalmanagement“ und von Steinebach und Gharabaghi (2013) zur „Resilienzförderung im Jugendalter“ angeführt werden. Allerdings werden die Forschungsergebnisse nicht zu einem übergeordneten Theoriegebäude verdichtet, das den Zusammenhang und die gegenseitige Beeinflussung der überprüften Faktoren deutlich macht. In der Resilienzforschung werden die Faktoren, die mit seelischer Gesundheit korrelieren, lediglich aufgelistet. Im Kontext dieser Arbeit ist die modellhafte Zusammenführung der wirksamen Faktoren in ein kohärentes Erklärungsmodell von seelischer Gesundheit deshalb notwendig, da es als theoretisches Gesamtkonstrukt systemisch-konstruktivistischen Lerntheorien vergleichend gegenüber gestellt wird.

Demgegenüber ist die Konstruktvalidität der „seelischen Gesundheit“ (1984, 1995) bzw. der „Neurotizismuskonzeption“ (2006) von Becker höher anzusiedeln, da sie als Vorlage für psychologische Testverfahren zur Erfassung von seelischer Gesundheit dient. Allerdings ist seelische Gesundheit hier als zeitlich überdauernde Persönlichkeitseigenschaft konzipiert, die einer lerntheoretischen Betrachtung schwer zugänglich erscheint. Hingegen wird das, sich aus biografischen Erfahrungen konstituierende, Kohärenzgefühl als Orientierung und Weltsicht beschrieben. Zwar schreibt Antonovsky dem Kohärenzgefühl eine stabile und zeitlich überdauernde Eigenschaft zu, im Kontext dieser Arbeit liegt der Fokus jedoch genau darauf, welche Lernkonzeptionen geeignet erscheinen, um

– auch als Erwachsener noch – zu einer veränderten Weltsicht gelangen zu können.

Wie Erwachsene lernen und wie daraus auch ein verändertes Selbst- und Weltverhältnis entsteht, wird in systemisch-konstruktivistischen Theorien zum Lernen Erwachsener untersucht. Die vergleichende Gegenüberstellung von systemisch-konstruktivistischen Theorien zum Lernen Erwachsener und dem Salutogenesemodell soll klären, ob bestimmte Lernprozesse die Zunahme seelischer Gesundheit erwarten lassen.

ANNÄHERUNG AN EIN VERSTÄNDNIS VON SEELISCHER GESUNDHEIT

Das Salutogenesemodell als Erklärungsmodell seelischer Gesundheit

5.1 Skizzierung und Einordnung des Salutogenesemodells

Das Modell der Salutogenese nach Aaron Antonovsky gehört zu den bedeutendsten Ansätzen in der Gesundheitspsychologie, der Gesundheitssoziologie und den Gesundheitswissenschaften (vgl. Franzkowiak 2006, S. 198). Die semantische Bedeutung des Begriffes (salus, lat.: Unverletztheit, Heil, Glück; Genese, griech.: Entstehung) verweist auf die, dem Modell zu Grunde liegende Forschungsfrage – die, nach der Genese von Gesundheit. Seit der Entwicklung des Salutogenesemodells in den 1970er Jahren hat es entscheidenden Einfluss genommen auf die Auseinandersetzung mit dem bis dahin vorherrschenden biomedizinischen Krankheitsmodell und der pathogenetischen Perspektive auf Gesundheit. In der gesundheitswissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskus-

sion wird der Begriff der Salutogenese häufig meta-theoretisch verwendet und die damit verbundene Ausrichtung an Gesundheit und Ressourcen der pathogenetischen Perspektive komplementär gegenüber gestellt.

Antonovsky war seit den 1960er Jahren in der Stressforschung am Institut für angewandte Sozialforschung in Jerusalem tätig. Richtungsweisend für seine Forschungstätigkeiten im Gesundheitsbereich war eine Untersuchung mit Frauen aus unterschiedlichen ethnischen Gruppen in Israel über deren Adaption an das Klimakterium. Hier zeigte sich eine erstaunliche Resilienz (Widerstandsfähigkeit) bei einigen mitteleuropäischen Frauen, die KZ-Inhaftierung und mehrere Kriege in Israel erlebt hatten. Antonovsky beschäftigte sich vor allem mit der Frage, welche Faktoren genau dazu beigetragen hatten, dass diese Frauen trotz der außerordentlich großen Belastungen über eine gute psychische Gesundheit verfügten. Er machte es sich zur Aufgabe, nach generellen Bedingungen von Gesundheit zu forschen. Diesen Forschungsansatz begleitende Grundfragen lauten:

- „Warum bleiben Menschen trotz einer Vielzahl von krankheitserregenden Risikokonstellationen, psychosozial irritierenden Belastungen und angesichts kritischer Lebensereignisse gesund?
- Unter welchen persönlichen Voraussetzungen und unter welchen sozial-ökologischen Rahmenbedingungen können Menschen ihre Gesundheit bewahren“ (Franzkowiak 2006, S. 198)?

Antonovsky suchte dabei nach Faktoren, die dazu beitragen, Stress zu bewältigen und somit positiv auf den Erhalt oder die Verbesserung von allgemeiner Gesundheit wirken. Das Salutogenesemodell steht, wie jedes Modell, in dem persönlichen Konstruktionshorizont seines Erfinders. Deshalb werden einige prägende Grundannahmen Antonovskys kritisch reflektiert, sowie Modellerweiterungen, die das Thema der seelischen Gesundheit ganz bewusst aufgreifen und gleichzeitig dem salutogenetischen Grundgedanken verbunden sind, vorgestellt.

5.1.1 Generalisierte Widerstandsressourcen

Antonovsky nannte individuelle, soziale und kulturelle Faktoren, die, epidemiologischen Studien zufolge, mit guter Gesundheit korrelierten,

5. KAPITEL

„generalisierte Widerstandsressourcen“ (Generalized Resistance Resources – GRR) (Antonovsky 1997, S. 16). Die generalisierten Widerstandsressourcen bilden einen wichtigen Part in der Gesamtkonstruktion des Salutogenesekonzeptes. Sie bezeichnen

„das Potential von Menschen zum eigenen Nutzen und zur Förderung der weiteren Entwicklung mit biologischen, psychischen und sozial-ökologischen Spannungen und Belastungen konstruktiv zurecht zu kommen. Diese Bewältigungskompetenz wirkt wie ein Filter bzw. ein Puffer dagegen, dass sich Belastungen in einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens bzw. in Krankheits- (vor-)bedingungen niederschlagen“ (Franzkowiak 2006, S. 199).

Der Begriff „generalisiert“ verweist darauf, dass die Widerstandsressourcen in verschiedensten Situationen angewandt werden können. Allgemeine Widerstandsressourcen können folgenden Bereichen systematisch zugeordnet werden (vgl. Faltermaier et al. 1998, S. 26):

- Körperliche und konstitutionelle Ressourcen: beispielsweise eine allgemeine, stabile Konstitution und ausreichend Immunpotentiale des Körpers gegen Krankheitserreger und Stressoren.
- Personale und psychische Ressourcen: dazu gehören sowohl kognitive und emotionale Ressourcen (beispielsweise Gesundheitswissen, präventive Einstellungen und emotionale Stabilität), als auch persönlichkeitsbezogene Ressourcen (z.B. Intelligenz, Selbstwertgefühl, Kontrollüberzeugungen) sowie Handlungskompetenzen (Bewältigungsstile) und soziale Kompetenzen.
- Interpersonale Ressourcen: vor allem in Hinsicht auf soziale Unterstützung bzw. das Eingebundensein in stabile, soziale Netzwerke sowie die Möglichkeit der aktiven Teilnahme an Entscheidungsprozessen, die die eigene Lebensgestaltung betreffen.
- Soziokulturelle Ressourcen: meinen die Eingebundenheit in eine Kultur und die damit verbundene Orientierung an lebensleitenden Überzeugungen, Werten und Normen.
- Materielle Ressourcen: beziehen sich auf die Verfügbarkeit von Geld, Gütern oder Dienstleistungen, die zur Sicherung, Schutz, Ernährung, Wohnung etc. dienen.

Die Verfügbarkeit von Ressourcen auf den unterschiedlichen Ebenen hängt wesentlich von den gesellschaftlichen Kontextbedingungen ab. Dazu gehören auch politische, ökonomische und materielle Sicherheit und Frieden. Sie entscheiden über Möglichkeiten und Chancen, solche Lebenserfahrungen zu machen, in denen ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen, um Stressoren und Widrigkeiten des Lebens trotzen zu können. Als Soziologe hatte Antonovsky die Zusammenhänge zwischen gesellschaftlicher Lage und individueller Gesundheit im Blick und entwarf sein Modell auch im Hinblick auf ein sozialkritisches Handeln zur Ermöglichung von Chancengleichheit (vgl. Blättner 2007, S. 67f).

Den GRRs stellt Antonovsky die „generalisierten Widerstandsdefizite“ (Generalized Resistance Deficits – GRDs) (Antonovsky 1997, S.18) gegenüber. So kann beispielsweise ein hohes Maß an sozialer Unterstützung oder an finanziellen Mitteln als Ressource, deren Mangel als Widerstandsdefizit bzw. Stressor wirken. Eine abrufbare Ressource kann jedoch ausgleichend wirken, wenn eine andere Widerstandsressource nicht zur Verfügung steht. Denken wir hier an ganz alltägliche Situationen: So kann mangelndes handwerkliches Know how kompensiert werden, indem materielle Ressourcen dazu genutzt werden, einen Handwerker zu bezahlen. Oder mangelnde finanzielle Ressourcen, um eine Kinderbetreuung zu finanzieren, können mit einem gefestigten nachbarschaftlichen Netzwerk ausgeglichen werden. Generalisierte Widerstandsressourcen ermöglichen positive Erfahrungen der Lebensbewältigung, die wiederum das Vertrauen in die eigene Kraft stärken. Werden diese Erfahrungen von Geburt an konsistent zu einem Grundmuster verdichten, tragen sie dazu bei, eine relativ stabile allgemeine Orientierung im Leben zu entwickeln. Antonovsky benennt diese allgemeine Orientierung „sense of coherence“ (SOC), übersetzt im Deutschen als „Kohärenzgefühl“ oder „Kohärenzsinn“ oder auch „Stimmigkeit“, „Zusammenhalt“ oder „Ganzheit“ (vgl. Mayer/Krause 2013, S.92). Das Kohärenzgefühl wirkt wieder darauf zurück, in wieweit der Mensch dazu fähig ist, seine Ressourcen in verschiedenen Kontexten aktivieren und nutzen zu können.

5.1.2 Das Kohärenzgefühl

Das „Kohärenzgefühl“ (Sense Of Coherence – SOC) (Antonovsky 1997, S. 16) kann als das wesentliche Kernelement des salutogenetischen Denkens bezeichnet werden. Antonovsky geht dabei von einer generellen Einstellung dem Leben gegenüber aus (und nicht von einem Persönlichkeitsmerkmal) – „the way of looking at the world“ (Antonovsky 1979, S. 8). Er beschreibt das Kohärenzgefühl weiterhin als

„eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengungen und Engagement lohnen“ (ebd., S. 36).

Nach Antonovsky spielen in der Konfrontation mit fortwährend neuen Lebenserfahrungen und im Erleben des Individuums die drei Komponenten des Kohärenzgefühls, Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit eine maßgebliche Rolle.

Im inner-psychischen Verarbeitungsprozess bedeutet Verstehbarkeit, dass die vom Individuum erlebten (äußeren oder inneren) Stressoren erst einmal in ihrer dimensional Ausprägung erfasst werden, um ein Verständnis über die Art und das Ausmaß eines bestehenden Problems zu erlangen. Es macht einen Unterschied für den Verlauf einer Stressreaktion, ob die Stimuli geordnet, strukturiert und konsistent oder aber chaotisch, willkürlich, zufällig und unerklärlich erlebt werden. Gelingt eine kognitive Einschätzung des Problems, wird den Stimuli ihre Willkür und Zufälligkeit entzogen. Ist das Individuum darüber hinaus in der Lage, aus den Erfahrungen der Vergangenheit zukünftiges Geschehen abzusehen bzw. zu erklären, erhält es einen konsistenten Überblick, der Stimuli geordnet, erklärbar und sinnhaft erscheinen lässt (vgl. Lorenz 2005, S. 49).

Bei dem Aspekt der Handhabbarkeit geht es auf kognitiv-emotionaler Ebene um das Vertrauen in die Verfügbarkeit der eigenen Ressourcen und Fähigkeiten sowie in die Unterstützung des sozialen Umfeldes. D.h. es müssen nicht unbedingt selbst alle Ressourcen „produziert“ werden, sondern es können auch Ressourcen legitimer Anderer aus dem sozialen Umfeld (Ehepartner*in, Freunde, Bekannte, Institutionen, göttliche Macht) genutzt werden (vgl. Antonovsky 1997, S. 35; In: Grabert 2007, S. 27). Hierbei kann eine Balance zwischen Überforderung und Unterforderung hergestellt werden, wenn einerseits durch die Aktivierung von vorhandenen Ressourcen Probleme gelöst werden können und andererseits Herausforderungen gesucht werden, die eine Unterforderung und das Brachliegen kreativer Gestaltungsspielräume verhindern.

Antonovsky räumt der Sinnhaftigkeit in der internen Spannungsverarbeitung eine besondere Bedeutung ein und ordnet sie der emotionalen Ebene zu. Das Erleben von Sinnhaftigkeit und einer positiven Erwartung in das Leben ermöglichen es dem Menschen, das Leben auch in schwierigen Lagen als lebenswert zu betrachten. Dieser Aspekt wirkt maßgeblich auf die Motivation und treibt den Menschen an,

„neugierig nach Möglichkeiten, Ressourcen Ausschau zu halten, die das Leben in seinen vielgestaltigen Dimensionen kreativ bewältigen helfen“ (Lorenz 2005., S. 38).

Sinnhaftigkeit entsteht dann, wenn es Möglichkeiten zur Teilhabe an persönlichen und gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen gibt, so dass die eigene Wirkkraft erfahrbar wird, aber auch, wenn sich die Überzeugung einstellt, dass sich Anstrengungen und persönliches Engagement lohnen (im Hinblick auf ein langfristiges oder höheres Ziel). Eine gefühlsstabilisierende Weltanschauung kann nach Antonovsky auch erfahren werden im religiösen Glauben, in der Zugehörigkeit zu einer Gruppe oder einer anderen persönlichen Sinnorientierung.

Das Kohärenzgefühl selbst wirkt wie ein „flexibles Steuerungsprinzip“ (Bengel et al. 2001, S. 30), um zur Verfügung stehende Verarbeitungsmuster (Copingstile, Copingstrategien) je nach Anforderungen zum Einsatz zu bringen.

„Die Person mit einem starken SOC wählt die bestimmte Copingstrategie aus, die am geeignetsten scheint, mit dem Stressor umzugehen, dem sie sich gegenüber sieht“ (Antonovsky 1997, S. 130).

5. KAPITEL

Ein starker SOC ermöglicht also eine Flexibilität in der Auswahl der zur Verfügung stehenden Ressourcen und Bewältigungsstile sowie der Berücksichtigung der jeweiligen Situation, während eine Person mit schwach ausgeprägtem SOC rigide auf wenige Copingstile zurückgreift, die ggf. nicht angemessen oder ineffektiv sind.

Ob eine Person ein starkes oder schwaches Kohärenzgefühl ausbildet, hängt nach Antonovsky vor allem von gesellschaftlichen Umständen, bzw. der Verfügbarkeit generalisierter Widerstandsressourcen ab.

„Die wichtigsten Determinanten des Kohärenzgefühls bestehen in der Art der Gesellschaft, in der jemand in einer bestimmten historischen Periode lebt und den sozialen Rollen, in die er eingebunden ist“ (Antonovsky 1993, S. 4).

Für die Ausbildung eines starken SOC bedeutet dies jedoch nicht, dass ein Mensch nicht mit Unsicherheit oder Unvorhergesehenem konfrontiert werden darf. Ein ausgewogenes Verhältnis von Konsistenz und Überraschung, von lohnenden und frustrierenden Ereignissen seien sogar förderlich (vgl. Bengel et al. 2001, S. 31). Die Ausbildung des Kohärenzgefühls ordnet Antonovsky vor allem der Kindheit und der Adoleszenz zu, beeinflusst durch das Maß der Erfahrungen und des Erlebens von Konsistenz, der Balance von Über- und Unterforderung und der Teilhabe an Entscheidungsprozessen. Im Alter von etwa 30 Jahren sei seiner Ansicht nach das Kohärenzgefühl ausgebildet und stabil:

„In der dritten Lebensdekade dann, nachdem wir uns mehr oder minder einer Identität verpflichtet haben (oder ihr verpflichtet wurden), einer Reihe von sozialen Rollen und – im weitesten Sinne – einer Karriere, nachdem wir unsere Wahlen getroffen haben (oder sie für uns getroffen worden sind), sind wir dann jahrelang einem Muster von Lebenserfahrungen ausgesetzt und haben uns eine Vorstellung von unserer Welt entwickelt: sie ist mehr oder weniger verstehbar, handhabbar und bedeutsam“ (Antonovsky 1997, S. 114).

Ist das Kohärenzgefühl erst einmal ausgebildet, ist eine grundlegende Veränderung nach Antonovsky nur begrenzt möglich; allenfalls durch einschneidende Erfahrungen, wie beispielsweise Emigration, Wohnortwechsel, Veränderungen des Familienstandes oder des Beschäftigungsverhältnisses. Auch Veränderungen durch Psychotherapie seien zwar möglich, erforderten aber eine harte und kontinuierliche Arbeit.

„Solche Veränderungen im SOC sind jedoch selten. Wenn sie stattfinden, sind sie niemals das Ergebnis der zufälligen Begegnung, der Veränderung selbst oder der einzelnen Entscheidung; sie treten nur auf, weil diese ein neues Muster von Lebenserfahrungen ermöglichen“ (Antonovsky 1997, S. 117).

Ist der SOC eines Menschen gut ausgeprägt, ermöglicht es dieser

„flexibel auf die unterschiedlichen Herausforderungen des Lebens zu reagieren [...], statt auf alte, festgefahrene wie fixierte Verhaltensmuster rigide zurückzugreifen“ (Lorenz 2005, S. 39).

Darüber hinaus begünstigt der SOC die Selbstannahme und die Fähigkeit Herausforderungen und leidvollen Erfahrungen etwas Sinnvolles abzugewinnen. Demgegenüber reagieren Menschen mit einem niedrigen SOC auf Anforderungen eher mit

„Resignation und Flucht im Sinne des Unterlassens von Aktivitäten und des ‚Aus-dem-Felde-Gehens‘ mit Merkmalen der Selbstbeschuldigung, der sozialen Abkapselung, mit gedanklicher Weiterbeschäftigung (Grübeln), Selbstmitleid und mit allgemeiner Vermeidungstendenz“ (Schmitz/Hauke 1999, S. 42).

Die Stabilität des SOC erklärt sich dadurch, dass Menschen mit einem sehr hohen SOC immer wieder Herausforderungen suchen, deren erfolgreiche Bewältigung stabilisierend auf den SOC zurückwirken, während Menschen mit niedrigem SOC, einem Teufelskreis gleich, immer wieder Erfahrungen der Überforderung erleben: „Der ‚Verlierer‘ verliert immer weiter; und das Leben wird immer chaotischer, weniger handhabbar und sinnlos“ (Antonovsky 1997, S. 117).

Hieran ließe sich kritisch anschließen, dass Antonovsky eine salutogenetische Orientierung und Entwicklung für solche Menschen ausschließt und damit ein niedriges Kohärenzgefühl zu einem unüberwindbaren Risikofaktor erklärt.

„Antonovsky wird hier seiner eigenen salutogenetischen Orientierung [...] untreu. Ein schwaches Kohärenzgefühl wird bei Antonovsky analog zu der von ihm so kritisierten Risikofaktorenmedizin zu einer lebenslangen Gefährdung, gegen die man kaum etwas tun kann! Seine Beschreibung mutet deterministisch an und begünstigt lebenslange Delegationsversuche der Verantwortung an

5. KAPITEL

die ersten drei Lebensjahrzehnte. Ab dann hat ein Mensch mit niedrigem Kohärenzgefühl keine Chance mehr, Wege der Heilung und Hoffnung werden ihm nicht gezeigt“ (Meller 2008, S. 44).

Im Kontext dieser Arbeit kommen die unterschiedlichen Positionen in Bezug auf die Stabilität des Kohärenzgefühls noch zur Darstellung und werden auch auf der Basis systemisch-konstruktivistischer Lerntheorien diskutiert (vgl. Kapitel 6).

5.1.3 Stressoren

Für Antonovsky ist das Kohärenzgefühl ausschlaggebend für die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten und damit, inwieweit Stressoren konstruktiv transformiert werden in schaffbare Herausforderungen oder sich in krankmachende Stressoren verwandeln. Damit werden Bewältigungsprozesse (Coping) und Gesundheit in einen kausalen Zusammenhang gestellt. Der Umgang mit Stressoren ist dabei der Ausgangspunkt des Gesundheitsgeschehens.

Bis dato waren Cannons und Selyes Ergebnisse aus der Stressforschung bekannt, nämlich dass Stressoren zunächst den Körper mobilisieren und damit funktional auf die Auseinandersetzung mit diesen vorbereiten – dem Stressor haftete dennoch weiterhin ein „unglückseliger“ Charakter an (vgl. Antonovsky 1997, S. 27). In Antonovskys Konzeption einer stressorenbehafteten Welt ist der Stressor keine (lebens-)bedrohliche Ausnahme, sondern unvermeidbare Alltäglichkeit. Die Auswirkungen eines Stressors für eine Person sind zudem nicht vorhersagbar. Er kann bedrohliche, neutrale oder auch förderliche Auswirkungen haben, je nachdem wie der Bewältigungsprozess verläuft. Stressoren, die aus medizinischer Perspektive pathogen wirken und den homöostatischen Gleichgewichtszustand gefährden, sind in Antonovskys Konstruktion allgegenwärtig, „normal“ und in ihren Konsequenzen unbestimmt. Das hier zugrunde liegende Welt- und Menschenbild basiert also nicht auf Harmonie oder Gleichgewicht, sondern nimmt Ungleichgewicht (Heterostase) als Normalzustand an. Antonovsky erklärt und veranschaulicht dies anhand thermodynamischer Prozesse. Entropie beschreibt die Tendenz von Elementarteilchen, sich auf einen Zustand immer größerer Unordnung hin zu bewegen. Mit negativer Entropie wird die Fähigkeit eines Systems zur Ordnung und Organisation bezeichnet. So nutzt Anto-

novsky den Begriff der Entropie als Ausdruck für die Tendenz des menschlichen Organismus, ihre organisierten Strukturen zu verlieren. Gleichzeitig besitzt er aber auch die Fähigkeit, ihre Ordnung wiederherzustellen (negative Entropie). Im übertragenen Sinne bedeutet dies für den Gesundheitszustand, dass

„Gesundheit immer wieder aufgebaut werden muss und dass gleichzeitig der Verlust von Gesundheit ein natürlicher und allgegenwärtiger Prozess ist“ (Bengel, et al. 2001, S. 26).

Durch eine solche Betrachtung werden auch Ergebnisse eines pathogenetisch orientierten Forschungsdesigns in ihrem Geltungsanspruch begrenzt. So (ver-)führen die Hypothesen und Forschungsergebnisse der Pathogenetiker*innen zu linear kausalen Verknüpfungen zwischen Risikofaktoren und einer bestimmten Krankheit – z.B. dass Typ-A Verhaltensmuster zu koronarer Herzkrankheit führt, Rauchen zu Lungenkrebs etc. (vgl. Antonovsky 1997, S. 24; 29). Der, der sich einem salutogenetischen Verständnis verpflichtet fühlt traut sich auch zu fragen: Welche Raucher*innen bekommt keinen Lungenkrebs? Welche Personen vom Typ A haben keine koronaren Erkrankungen bekommen? (vgl. ebd., S.29). Der Verdienst des Salutogenesmodells liegt darin begründet, auch diese abweichenden Fälle in den zu Blick zu nehmen. Fortan richtete sich das Augenmerk auch auf die Erforschung von Ressourcen und erfolgreiche Copingstrategien, die es einer Person ermöglichen, Stressoren zu bewältigen, ohne dass sie sich als Krankheit niederschlagen oder sogar gesundheitsförderliche Resultate aktivieren.

Die hier orientierende Frage lautet: Wie gelingt einer Person die aktive Adaption an eine unweigerlich mit Stressoren angefüllte Umgebung (vgl. ebd., S. 27)?

Bevor wir uns dem Prozess der Adaption nähern, wird Antonovskys Verständnis von Stressoren weiter ausgeführt: Zunächst hatte Antonovsky in *health, stress and coping* (1979) Stressoren definiert als

„Herausforderungen, für die es keine unmittelbar verfügbaren oder automatisch adaptiven Reaktionen gib“ (In: Antonovsky 1997, S. 43).

Er erweitert diese Definition in seiner später erschienen Veröffentlichung „Unraveling the Mystery of Health“ (1987), indem er sie konzeptionell den Generalisierten Widerstandsressourcen gegenüber stellt. Generalisier-

5. KAPITEL

te Widerstandsressourcen (GRR) und Generalisierte Widerstandsdefizite (GRD) werden durch ein Kontinuum miteinander verbunden. Je weiter eine Person sich in Richtung der GRR bewegt, desto eher werden Lebenserfahrungen gemacht, die für den SOC förderlich sind. Stressoren können dementsprechend

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

Darüber hinaus können qualitativ unterschiedliche Stressoren identifiziert werden. Die so genannten *chronischen Stressoren* können das SOC-Niveau am nachhaltigsten, massivsten prägen, ihnen kommt damit eine Schlüsselfunktion im Leben einer Person zu (vgl. ebd.). Gemeint sind überdauernde und anhaltende Phänomene, genannt werden der eigene historische Kontext, die Kultur, die Gruppenzugehörigkeit, die sozialen Rollen, die interpersonelle Situation, das Temperament und die Persönlichkeit (vgl. ebd.). Sind diese Bedingungen chronischer Art förderlich, kann von (chronischen) Generalisierten Widerstandsressourcen gesprochen werden, die den SOC bestärken; die (chronischen) Generalisierten Widerstandsdefizite schwächen den SOC.

Qualitativ anders angelegt sind die so genannten *Stress-Lebensereignisse* (vgl. ebd.), sie können sowohl positiver Natur sein (beispielsweise Heirat, Geburt des ersten Kindes, Karrieresprung) oder negativer Natur (beispielsweise Tod eines Angehörigen, Scheidung, Kündigung) – ihre Auswirkungen sind zunächst einmal Spannung. Hier trifft die Definition, dass automatische Reaktionen nicht vorhanden sind, um auf diese Situation zu reagieren und eine Adaption erfolgen muss. Anders als bei chronischen GRRs oder GRDs, die durch ihre überdauernden Eigenschaften permanente Lebenssituationen schaffen und damit förderlich oder schwächend wirken, ist bei einem Lebensereignis nicht abzusehen, welche Ergebnisse sich an ihr Vorkommen anschließen – unabhängig davon, ob es sich um positive oder eher negativ konnotierte Ereignisse handelt.

Antonovsky benennt als dritte Stressorenart Lazarus Konzeption von „täglichen Widrigkeiten“ (ebd., S. 45), als Beispiele können hier Vorkommnisse wie eine misslungene Führerscheinprüfung, die Beleidigung eines/r Vorgesetzten oder das Kompliment eines geschätzten Menschen, ein kleinerer Unfall des Kindes oder dessen Erfolg im Schultheater

genannt werden (vgl. ebd.). Auch hier sind zwar die vorhandenen Reaktionen unzureichend, einen Zusammenhang zum Gesundheitsstatus einer Person wird von Antonovsky allerdings nicht angenommen (vgl. Antonovsky 1997, S. 45). Dazu seien die Ereignisse, solange sie nicht zu chronischen Stressoren mutierten, zu kurzlebig.

Die Reaktion auf einen Stressor ist Spannung, deren Konsequenz für den Organismus dann negativ, neutral oder heilsam sein kann. Ist die Spannungsbewältigung erfolgreich – so die Annahme Antonovskys – wird Gesundheit ermöglicht bzw. beibehalten. Misslingt die Spannungsreduktion, gerät der Organismus in einen Stresszustand, der zusammen mit anderen Schwachstellen des Organismus langfristig zur Entwicklung einer Krankheit führen kann.

Betrachtet man bei der Modellentwicklung Antonovskys biografischen Hintergrund, der unter dem Eindruck und den Nachwehen von Rassismus, Armut und Antisemitismus des Zweiten Weltkrieges stand, wird verständlich, dass er Gesundheit nicht als homöostatischen Normalzustand konstruiert (vgl. Blättner 2007, S.68). Sein Verständnis wirkt wie eine Art pessimistische Haltung dem Leben gegenüber, durch die ein Glauben an Einheit und Ordnung nicht mehr möglich zu sein scheint (vgl. Meller 2008, S. 30 f.). Dies dokumentiert sich beispielsweise während seines ersten Deutschlandbesuches:

„Ich bin tief und überzeugt jüdisch. 2.000 Jahre jüdische Geschichte, die ihren Höhepunkt Auschwitz und Treblinka fand, haben bei mir zu einem profunden tiefen Pessimismus in Bezug zu Menschen geführt. Ich bin überzeugt, dass wir uns alle immer im gefährlichen Fluss des Lebens befinden und niemals sicher am Ufer stehen“ (Antonovsky 1993, S. 7; In: ebd., S.31f).

Einer unsicheren Welt wird das Kohärenzgefühl diametral gegenüber gestellt und „erscheint als positive Projektion eines verlorenen Vertrauens“ (Meller 2008, S. 30). Meller stellt die Prämisse der Heterostase – da sie diese im Modell der Salutogenese als Übertragung biografischer Erfahrungen deutet – in Zweifel und auch für die Forschungsausrichtung für entbehrlich. Heterostase entstehe, so Meller, allenfalls als temporärer Zwischenzustand, in dem sich eine überkommene Ordnung auflöse (vgl. ebd., S. 31) und eine neue Lebensordnung einstelle. In Bezug auf Gesundheit bedeutet dies:

5. KAPITEL

„Krankheit ist nicht bloß der Verlust einer physiologischen Ordnung, sondern ebenso sehr die Entstehung einer neuen Lebensordnung. Gesund werden bedeutet die Herstellung einer neuen Ordnung. Sie unterscheidet sich inhaltlich von der ehemaligen Ordnung.“ (Schneider 2006, S33; In: Meller 2008, S. 31).

5.1.4 Spannungsbewältigung

Das Vorhandensein (chronischer) Ressourcen in der Sozialisation und biografischen Lerngeschichte scheint maßgeblich zu sein für die Ausbildung des SOC Niveaus. Das SOC-Niveau wiederum ist ausschlaggebend für die Bewältigung späterer Lebensereignisse, d.h. wie sich diese im Gesundheits-Krankheitsgeschehen auswirken.

Dem Menschen mit einem hohen SOC wird zugeschrieben, dass er sich Neuem freudig entgegenstellt. Die wahrgenommene Stressoren/Anforderungen werden in mehreren Bewertungsschritten ihrer stressauslösenden Potentialität beraubt und in eine lohnende Herausforderung umgewandelt. Der SOC funktioniert dabei wie eine Brille, die eine positive Sicht auf die Dinge erlaubt, mit dem Vertrauen, dass sich die Probleme aus eigener Kraft oder mit Hilfe anderer lösen lassen. Die vorhandenen Ressourcen können optimal ausgewählt und situationsbedingt abgerufen werden, so dass eine adäquate Adaption an die Umwelt stattfinden kann. Ob Spannungen psycho-physische Auswirkungen haben im Sinne negativen Stresserlebens, hängt also von dem (Nicht-)Gelingen des individuellen Spannungsmanagements ab. Stress ist nicht per se riskant.

Die Bewältigungsforschung bzw. das Copingkonzept hat ebenfalls große Anerkennung in den Gesundheitswissenschaften gefunden. Coping bezeichnet die Bewältigung und die Art des Umgangs mit einem als bedeutsam, schwierig oder überfordernd empfundenen Lebensereignis oder einer Lebensphase, was sowohl external oder internal bedingt sein kann (vgl. Lazarus/Folkmann 1984). Antonovsky bezieht sich vor allem auf das von Lazarus entwickelte Transaktionale Stressmodell, in dem die subjektive Einschätzung der Anforderungen bzw. Belastungen eine tragende Rolle spielt. Dieses Modell beschreibt Stresssituationen als komplexe Wechselwirkungsprozesse zwischen den Anforderungen der Situation und der darin befindlichen Person. Stress entsteht dadurch, dass er als solcher bewertet wird, nicht durch das Ereignis selbst.

So manifestiert sich ein Stressor erst dann, wenn eine Situation nicht automatisch und angemessen mit den eigenen Ressourcen beantwortet werden kann.

„Spannung bedeutet damit das Erkennen im Gehirn, daß ein Bedürfnis unerfüllt ist, daß man einer Forderung nachkommen muß, daß man etwas tun muß, wenn man ein Ziel realisieren will“ (Antonovsky 1997, S. 125).

Das Problem, das sich folglich stellt, ist dualer Natur – es bezieht sich sowohl auf den problemlösenden, instrumentellen als auch auf den emotionsregulierenden Aspekt (vgl. ebd.). Hierfür lassen sich eine Vielzahl an Beispielen konstruieren: eine junge Managerin erhält auf Grund ihrer guten Leistungen Führungsverantwortung, auch für ihre ehemaligen Kollegen. Eine unerwartete Liebeserklärung kann ebenso Spannungen hervorrufen wie eine Beleidigung. Die Markierung eines Stimulus als Stressor oder Nicht-Stressor ist eine sehr individuelle Angelegenheit, so kann beispielsweise eine Blinddarmentfernung für den jungen, ungeübten Arzt Spannungen hervorrufen, während es für den erfahrenen Kollegen Routine ist. Gemeinsam ist allen Stressoren, dass sie Spannungen hervorrufen, die sich dann im individuellen Bewältigungsprozess als für den Organismus gefährdend, neutral oder förderlich herausstellen.

Lazarus unterscheidet bei diesem Bewertungsprozess drei Stufen. Im Folgenden werden diese kurz vorgestellt und durch die Differenzierung Antonovskys, unter Berücksichtigung der Wirkung des SOC, ergänzt.

Primary-appraisal (Primärbewertung)

In dieser ersten Phase werden Umweltreize wahrgenommen und dahingehend beurteilt, ob sie eine Bedrohung enthalten. Situationen können dabei als positiv, irrelevant oder als potentiell gefährlich bewertet werden. Antonovsky ordnet drei Teilbewertungen der Primärbewertung zu:

Primäre Bewertung I:

Hierbei wird davon ausgegangen, dass Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl einen Reiz gar nicht erst als stressinduzierend erleben. Die Person verspürt vielmehr eine situationsangemessene Anspannung, die das persönliche Wohlbefinden nicht gefährdet und Ressourcen aktivieren kann, um der Anforderung gerecht zu werden.

5. KAPITEL

„Alles in allem, so meine Hypothese, wird eine Person mit einem starken SOC Stimuli eher als Nicht-Stressor definieren und annehmen, dass sie sich automatisch an die Forderungen anpassen kann – anders als jemand mit einem schwachen SOC“ (Antonovsky 1997, S. 126).

Primäre Bewertung II:

In der darauf folgenden Primären Bewertung II wird der jetzt als Stressor wahrgenommene Stimulus dahingehend bewertet, inwieweit er für das eigene Wohlbefinden bedrohlich, günstig oder irrelevant ist. Wird das Ereignis als günstig oder irrelevant definiert, kann sich die Spannung auflösen. Hierbei ist entscheidend, ob die Person in der Vergangenheit ähnliche Situationen gemeistert hat. Hat sie die Erfahrung gemacht, genügend Ressourcen mobilisieren zu können, kann sie auch nachfolgende Aufgaben als sinnvolle und herausfordernde Aktivitäten erleben, einhergehend mit dem Vertrauen, dass Probleme lösbar sind und der Einsatz lohnenswert ist (problemlösend, instrumenteller Aspekt). Die Vorwegnahme positiver Vorstellungen einer erfolgreichen Problemlösung führt vor allem zu einer Reduzierung von erlebten Spannungen, wie auch zu einem positiven Selbstgefühl durch die Bewusstwerdung eigener Fähigkeiten und Ressourcen (emotionale Regulierung) (vgl. Lorenz 2005, S.62). Auch bei diesem Vorgang spielt der Kohärenzsinn nach Antonovsky eine tragende Rolle.

„Einmal mehr gilt, dass die Person mit einem starken SOC, die beträchtliche Erfahrung mit Stimuli hat, die zunächst als Stressoren erscheinen, sich aber bald als unproblematisch herausstellen, im Stadium Primärer Bewertung II wahrscheinlicher ohne besonderen Energieaufwand einen Stressor als günstig oder irrelevant definieren und sich sicher fühlen wird, dass die Spannung sich schnell auflöst“ (Antonovsky 1997, S. 126 f.).

Auch wenn in der Primären Bewertung I und II Menschen mit einem hohen SOC im Vorteil sind, können Stressoren und Probleme weiterhin bestehen bleiben und Spannungen erzeugen. Daher stellt sich die Frage, wie verhindert werden kann, dass Spannungen in Stress umgewandelt werden.

Primäre Bewertung III:

Dies leistet nach Antonovsky die Primäre Bewertung III, die im theoretischen Modell in die emotionale Regulierung und die instrumentelle Problemlösung unterteilt ist und deren Erfolg wiederum vom Kohärenzgefühl beeinflusst ist. Fühlt sich eine Person mit einem starken Kohärenzgefühl von einem Stimulus bedroht, reagiert diese mit Gefühlen von Traurigkeit, Furcht, Schmerz und Wut – Gefühle, die eine motivationale Handlungsbasis für Veränderungen schaffen (vgl. Antonovsky 1997, S. 129). Auch schwierigen Situationen kann ein Sinn abgerungen werden, indem die Bedeutsamkeitskomponente aktiviert wird. Dies ermöglicht der Person, sich der Herausforderung zu stellen, Emotionen zielgerichtet zu verarbeiten und schafft damit eine motivationale Handlungsbasis, in der sich mit Engagement für eine Bewältigung der Situation eingesetzt wird. Personen mit einem niedrigen SOC reagieren mit Gefühlen der Angst, Scham, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit. Diese führen zu einem unklaren, verwirrten und paralyisierten Zustand, der jegliche Handlungen aussichtslos erscheinen lässt. Die Bedeutung der Emotionsregulierung wird sehr hoch eingeschätzt – die Emotionen markieren die Bewusstwerdung eines Handlungs- bzw. Änderungsbedarfes. Sie sind die Aufforderungen zu situationsangemessenen Reaktionen. Werden sie unterdrückt, kann eine angemessene, instrumentelle Einschätzung und Ressourcenmobilisierung nicht stattfinden. Es kommt zur Umwandlung der Spannung in Stress (vgl. Lorenz 2005, S. 67f). Zeitgleich verläuft der Prozess der instrumentellen Einschätzung, inwieweit das Problem verstehbar und handhabbar ist. Ein starkes Kohärenzgefühl verhilft der Person zu einem differenzierten und klaren Blick sowie zu einer aktiven Auseinandersetzung mit der als Herausforderung betrachteten Situation. Hingegen führt ein schwaches Kohärenzgefühl dazu, die wahrgenommene Belastung nicht zu verstehen und ihr nicht gewachsen zu sein. In diesem ersten Bewertungsschritt (Primäre Bewertung) werden die Weichen gestellt für einen „gesunden“ Umgang mit Spannungen und der Aktivierung angemessener Ressourcen zu ihrer Bewältigung.

„Das Ausmaß, in dem man mit der generalisierten Erwartung an die Welt herangeht, dass Stressoren bedeutsam und verstehbar sind, legt die motivationale und kognitive Basis für das Handeln und dafür, dass die Umwandlung von An-

spannung in Stress verhindert wird. Demnach hat die Person mit einem starken SOC immer einen Vorsprung. Bevor sie handelt, hat sie Ressourcen mobilisiert, um dem Stressor zu begegnen. Im Gegensatz dazu neigt die Person mit einem schwachen SOC dazu, verwirrt und bar des Wunsches nach Coping, von Beginn an aufzugeben“ (Antonovsky 1997, S. 130).

Secondary-appraisal (Sekundärbewertung)

In der Sekundärbewertung wird nun überprüft, ob die Situation mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen bewältigt werden kann – es geht also um die weitere Reaktion, das Handeln einer Person. In dieser Bewältigungssequenz wird eine Bewältigungsstrategie entworfen, die abhängig ist von den Anforderungen der Situation und der in ihr agierenden Persönlichkeit. Beispielsweise können Angriff oder Flucht, Änderung der Bedingungen oder Verleugnung der Situation Reaktionen auf eine Bedrohung sein. Über das Erleben von Erfolg und Misserfolg entwickeln sich mit der Zeit Bewältigungsstrategien, die bevorzugt eingesetzt werden. Antonovsky verweist dabei auch auf die Entstehungsgeschichte einer jeglichen Bewältigungsstrategie, die im biografischen Kontext sinnhaft war, in neueren Kontexten aber auch pathogen wirken kann (vgl. Antonovsky 1997, S. 134). Nach Cohen ist jedoch nicht die Schlüsselfrage

„*welche* Coping-Strategien ein Individuum nutzt, sondern vielmehr, *wie viele* sein oder ihr Repertoire ausmachen oder wie flexibel die Person bei der Anwendung verschiedener Strategien ist“ (Cohen 1984, S. 269; In: ebd., S. 132).

D.h., je mehr Copingstrategien und Ressourcen zur Verfügung stehen, auf die je nach Situation und Problem flexibel zurückgegriffen werden kann, desto eher kann eine auftretende Spannung gelöst werden. Antonovsky unterscheidet hier zwischen Ressourcen, von denen eine Person überzeugt ist über sie zu verfügen und solchen, die in der entsprechenden Situation auch wirklich abrufbereit sind (vgl. Antonovsky 1997, S. 130f). Die Mobilisierung dieser Ressourcen hängt wiederum sehr von dem ausgebildeten SOC-Niveau ab. Die Komponente der Bedeutsamkeit legt die motivationale Grundlage, sich in einer herausfordernden Situation dem Stressor zu stellen und gleichzeitig zu empfinden, dass es sich lohnt dies zu tun.

Der SOC ist dabei, wie schon erwähnt kein spezifischer Copingstil, sondern ein flexibles Steuerungsprinzip, das die zur Verfügung stehenden Copingstile im Zusammenhang mit den Anforderungen der Situation zum Einsatz bringt. Dabei ist ein hoher SOC förderlich, da er

„angesichts eines vorhandenen Stressors aktuell das mobilisieren kann, was als Ressource oder Ressourcenkombination am geeignetsten zu sein scheint“ (Antonovsky 1997, S. 131).

Flexibilität bezieht sich auch darauf, was von einer Person als bedeutsam definiert wird. Damit ist nicht Wankelmütigkeit oder moralische Beliebigkeit gemeint, sondern die Fähigkeit, ggf. problematische Entwicklungen aus den für einen selbst wichtigen Bereichen auszuklammern. Grenzen können hier flexibel erweitert oder verkleinert werden, solange die existentiellen Bereiche innere Gefühle, wichtige Beziehungen, Haupttätigkeiten und existentielle Fragen einbezogen bleiben (vgl. ebd., S. 131). So kann sich eine Person, die sich im Übergang von Arbeit und Ruhestand befindet, eine Grenze ziehen, indem sie sich sagt, dass bezahlte Arbeit in ihrem Leben nicht mehr so von Bedeutung ist und dafür andere Aktivitäten verstärkt in den Blick nimmt. Dieser Prozess kann dabei sowohl bewusst, als auch unbewusst erfolgen. Werden die Copingstrategien umgesetzt, erhält die Person unweigerlich Rückmeldung aus der sie umgebenden Umwelt.

Re-appraisal (Neubewertung)

Wird die ausgewählte Bewältigungsstrategie in die Realität umgesetzt, findet ein letzter Bewertungsschritt statt, die so genannte „Re-appraisal“ (Neubewertung). Mit der Reaktion der Person verändern sich die inneren und äußeren Bedingungen, indem sie Resonanz aus dem Umfeld wahrnimmt und die Veränderungen mit der Ausgangssituation vergleicht. Die eingesetzten Strategien werden hinsichtlich ihrer Effektivität eingeschätzt. Auch hier ist das Kohärenzgefühl nach Antonovsky ausschlaggebend. So bezieht eine Person mit einem starken SOC Feedback in ihre weiteren Planungen mit ein, beurteilt dieses und sucht aktiv nach Handlungsalternativen, während eine Person mit einem schwach ausgeprägten SOC Feedbackmöglichkeiten aus Angst vor Kritik umgeht.

Auch Menschen mit einem stark ausgeprägten SOC können scheitern oder vor ausweglosen Situationen stehen. Sie können solche Situationen aber besser emotional verarbeiten und angemessen damit weiter

5. KAPITEL

leben. Insgesamt ist die Person mit einem hohen SOC in allen Bewältigungsphasen derjenigen mit einem niedrigen SOC überlegen (vgl. Antonovsky 1997, S. 137). Es ging Antonovsky aber auch darum, aufzuzeigen, dass sich die Spannungsreduktion wiederkehrender Bewältigungsanlässe letztlich auch positiv auf den gesundheitlichen Status auswirkt. Während Coping durch die Bewältigung von Stressoren Krankheit verhindert und damit indirekt Gesundheit fördert, kann der SOC wie ein Filter bei der Informationsverarbeitung wirken. Reize werden gar nicht erst als Stressoren wahrgenommen. Damit setzt sich eine Person weniger Spannung aus und erlebt weniger Stress. Wenn innere oder äußere Anforderungen jedoch zu Stress führen, kann sie durch Mobilisierung ihrer Ressourcen den Spannungszustand auflösen bzw. gewinnbringend für ihr Leben einsetzen.

In der Auseinandersetzung mit Stressoren wirkt das SOC-Niveau – wie mehrfach beschrieben – wie eine Brille durch die Anforderungen von außen oder innen bewertet werden. D.h. dass während des Spannungsmanagements die Aspekte in den Blick genommen werden können, die eine Situation verstehbar, handhabbar oder sinnhaft werden lassen oder, je nach Ausprägung, unstrukturiert und chaotisch bleiben. Antonovsky warnt dabei jedoch vor einem psychologischen Reduktionismus, in dem der SOC als Persönlichkeitseigenschaft interpretiert würde, welche die Wahrnehmung und darauf abgestimmte Handlung in hohem Maße determinieren würde (vgl. ebd., S. 164). Die Unterscheidung zwischen Persönlichkeitseigenschaft und einer stabilen, dauerhaften und generalisierten Orientierung bezieht sich auf zwei Merkmale. Zum einen auf die Genese und zum anderen auf die Vorhersagbarkeit des Verhaltens. Eine Persönlichkeitseigenschaft bezieht sich nach Antonovsky zu sehr auf das einzelne Individuum, während eine dispositionale Orientierung der Interdependenz mit dem sozialen Umfeld geschuldet ist:

„Die Tatsache, in einer Welt von Erfahrungen aufgewachsen zu sein, die von der Kultur, der sozialen Struktur und der historischen Periode, in der man lebt, ebenso geformt ist wie durch das Muster idiosynkratischer Ereignisse, die einen vorwiegend in Richtung auf den einen oder anderen Pol von Konsistenz, Belastungsbalance und Partizipation an sozial geschätzten Entscheidungsprozessen drängen, determiniert die eigene Position auf dieser dispositionalen Orientierung“ (ebd., S. 165).

Eine zweite Unterscheidung zu einer Persönlichkeitseigenschaft bezieht sich darauf, dass eine dispositionelle Orientierung keine Vorhersage in Bezug auf konkrete Inhalte des beobachtbaren Verhaltens zulässt, also beispielsweise ob eine Person mit einem ausgeprägten SOC eher kämpft und ihre Meinung äußern wird oder sich zurückzieht (vgl. Antonovsky 1997, S. 166). Eine dispositionelle Orientierung kann sich in verschiedenen Situationen ganz unterschiedlich ausdrücken, Verhaltensstrategien können sehr flexibel eingesetzt werden. Allerdings gesteht Antonovsky der dispositionellen Orientierung eine Vorhersagbarkeit in Bezug auf die Qualität des Verhaltens zu, also inwiefern es die Person vermag, einer Situation Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit abzurufen und dabei ihre Ressourcen nutzt.

„Das SOC wird als dispositionale Orientierung in einer konkreten Situation im Sinne einer emotionalen und kognitiven Bewertung der Situation benutzt. Wie dies in konkretes Verhalten umgesetzt wird, ist eine andere Frage. Die Qualität des Verhaltens kann in Begriffen der Komponenten des SOC vorhergesagt werden, nicht aber sein jeweiliger Inhalt, weil dieser von der spezifischen Situation abhängig sein wird“ (ebd., S. 166).

5.1.5 Gesundheits-Krankheitskontinuum

Gesundheit wird im Modell von Antonovsky als das Ergebnis erfolgreicher Bewältigungsprozesse von inneren und äußeren Anforderungen bezeichnet. Innere Anforderungen können unerfüllte Ansprüche, Annäherungs-Vermeidungskonflikte oder kognitive Dissonanzen sein, äußere Anforderungen beziehen sich auf zwischenmenschliche Beziehungen, Lebensphasen oder Ereignisse (vgl. ebd., S.138). Gesundheit wird dabei nicht mehr als ein fixer Zustand konstruiert. Antonovsky setzt an die Stelle der üblichen Trennung in gesund oder krank des biomedizinischen Krankheitsmodells die Vorstellung eines Kontinuums, in dem sich die zwei Pole Gesundheit/körperliches Wohlbefinden und Krankheit/körperliches Missempfinden gegenüberstehen (vgl. Bengel, et al. 2001, S. 32). Stressoren, Krankheit und Tod werden als notwendige Bestandteile des Lebens in diesem Kontinuum integriert. Beide Pole in ihrer Absolutheit sind für den Menschen nicht zu erreichen. Er befindet sich immer dazwischen, hat immer zugleich gesunde und kranke Anteile. Es stellt sich nun

5. KAPITEL

nicht mehr die Frage, ob jemand gesund oder krank ist, sondern an welcher Stelle er auf dem Kontinuum zwischen gesund und krank steht. Diese ist nicht statisch, sondern unterliegt einem dynamischen Prozess und hängt von vielen Faktoren ab. Beispielsweise spielen psychische und soziale Ressourcen eine wichtige Rolle dabei, Gesundheit wiederherzustellen oder den Gesundheitszustand beizubehalten, während schwierige Lebensumstände dazu beitragen können, den Ausbruch einer Krankheit zu begünstigen oder Schwankungen im Krankheitsverlauf bedingen. Zudem müssen objektive Faktoren, wie die Befunde von Ärzt*innen und das subjektive Befinden nicht übereinstimmen, deshalb sollten aus salutogenetischer Perspektive alle Kriterien bei der Verortung auf einem Gesundheits-Krankheitskontinuum berücksichtigt werden.

„[...] die Position einer Person ergibt sich nicht aufgrund eines einzigen Kriteriums, sondern diverser Dimensionen, die den Gesundheitsstatus einer Person beeinflussen und bestimmen. Hierbei spielen objektive Faktoren wie Alter, Geschlecht, eventuelle Diagnose, Prognose, messbare Funktionseinschränkungen, abweichende Laborwerte usw. ebenso eine Rolle wie subjektive Faktoren wie Wohlbefinden, Schmerzen, subjektiv erlebte Funktionsfähigkeit, Lebensqualität, emotionale Stimmung“ (Franke/Witte 2009, S. 11).

Entscheidende Einflussgröße für die Position auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum bzw. die Richtung, auf die sich eine Person in Auseinandersetzung mit Stressoren zubewegt, ist das Kohärenzgefühl. Die Bedeutung des SOC für den Gesundheitsstatus nach Antonovskys Modell fasst Franke zusammen:

„Erstens direkt über das Gehirn als Gesundheitsversorgungssystem: Die Wahrnehmung der Welt als verstehbar, handhabbar und bedeutsam könne das Gehirn aktivieren, den anderen körperlichen Systemen direkt gesundheitsförderliche Informationen zukommen zu lassen.

Zweitens durch die Auswahl gesundheitsförderlichen Verhaltens: Personen mit einem hohen Kohärenzgefühl definieren mehr Stimuli als nicht stresshaft und wichen Stressoren, mit denen schwer umzugehen sei, eher aus. Außerdem würden solche Personen rechtzeitig professionelle Hilfe aufsuchen und akzeptieren, für die Gesundheit relevante Informationen sammeln und gesundheits-schädliches Verhalten vermeiden.

Drittens seien Personen mit einem hohen SOC erfolgreicher im Umgang mit Stressoren. Antonovsky bezeichnet dies als einen zwar indirekten, aber in seinen Auswirkungen wichtigsten Verbindungskanal zwischen Kohärenzgefühl und Gesundheit. Erfolgreiches Coping führe nicht nur zu Spannungsreduktion und damit zur Vermeidung von Schädigung, sondern auch zu emotioneller und physiologischer Verstärkung, was bedeute, dass die Erfahrung selbst gesundheitsförderlich sei“ (In: Antonovsky 1997, S. 184 f.).

Zur Erläuterung des letzten Punktes sei angeführt, dass nach Antonovsky positives emotionales Erleben, wie dies durch die Erfahrung von Bedeutsamkeit möglich wird, über das Zentralnervensystem Auswirkungen auf das Immunsystem hat und die Immunkompetenz steigert (vgl. Lorenz 2005, S. 67).

Die Perspektive der Salutogenese sensibilisierte nicht nur für die Begriffskonstruktionen von Gesundheit und Krankheit oder die Bedeutung von Stressoren, die nicht nur negative, sondern auch positive Auswirkungen haben können. Sie eröffnete auch einen neuen Blick auf die Hilfesuchenden. Hier wird der Mensch nicht primär als Patient*in oder Fall angesehen, sondern in seiner Ganzheit betrachtet. Dabei wird der reduktionistische Charakter des biomedizinischen Modells, das lediglich körperliche Funktionsprozesse berücksichtigt, überwunden. Durch die reduktionistische Sichtweise auf den Menschen als Träger einer Krankheit bzw. Opfer eines pathogenen Prozesses, kam es zur „Austreibung der Seele aus dem Körper“ und „des Patienten als Subjekt aus der Heilkunde“ (Uexküll, 1991, S. 482).

„Der kranke Mensch ist dabei nur die Instanz eines pathogenetischen Prozesses: Er ist der (passive) Träger einer Krankheit und wird in der Folge zum Objekt einer Behandlung. Seine Psyche wird vom körperlichen Geschehen abgetrennt, da es für das eigentliche Krankheitsgeschehen ohne Bedeutung sei, womit der kranke Mensch auch als Subjekt ausgegrenzt wird. Auf diese Weise reproduziert die Medizin die klassische, auf Descartes zurückgehende Trennung von Leib und Seele. Der Körper als Organismus wird in der naturwissenschaftlichen Medizin in Analogie zu einer Maschine betrachtet, die gesetzmäßig funktioniert“ (Faltermaier, 1994, S. 21).

5. KAPITEL

Die intensive Suche nach Gesundheit beinhaltet jedoch auch die Gefahr der Ausgrenzung von Krankheit und Sterben. Antonovsky setzte sich sehr dafür ein, das biomedizinische Krankheitsmodell um psychosoziale Faktoren zu erweitern. Gleichzeitig entstand dadurch eine strikte Abgrenzung zur pathogenetischen Perspektive, die der salutogenetischen Perspektive von vielen Autoren komplementär gegenüber gestellt wird (vgl. Franke/Broda, 1993; Jork/Peseschkian, 2006). Nach Hafen verfehlte der ansteigende Diskurs um die Ausrichtung auf Gesundheit das Ziel einer Überwindung und Erweiterung des biomedizinischen Modells.

Die salutogenetisch argumentierenden Fachleute scheinen nicht zu realisieren, dass es ihnen gar nicht um die pathogenetische Ausrichtung der Schulmedizin geht (gehen kann!), sondern um die Reduzierung auf innerkörperliche Zusammenhänge und naturwissenschaftliche Beobachtungsmethoden (Hafen, 2007, S. 84)“ (In: Meller 2008, S. 54).

D.h., es kann hier nicht um eine Polarisierung gehen, sondern um sich ergänzende Strategien im Hinblick auf Gesundheit. Nach Franke ist eine Integration von Krankheit, Tod und Sterben in das Modell der Salutogenese gelungen. Sie spricht von einer „Krankheit als normales Ereignis“ (Franke 2002, S. 623) und warnt vor der Annahme, dass Krankheit vermeidbar sei:

„Solange das Sterben nicht wie im salutogenetischen Modell Teil des Lebens ist, sondern letztes Versagen der Medizin, werden Schwerkranken und chronisch Kranken Methoden zugemutet werden, die sie ihrer Würde berauben. Das Salutogenetische Modell eröffnet meines Erachtens mehr Möglichkeiten, einen akzeptierenden Umgang mit unserer Endlichkeit zu lernen (ebd., S. 624).

Gleichzeit, darauf weist Meller (2008) hin, wird in Antonovskys Paradigma der Heterostase zwar die Anwesenheit von Stressoren/Krankheiten etc. als „normal“ hingenommen, allerdings muss der Organismus sich gegen diese wie gegen einen Feind verteidigen. Hier ein Zitat von Franke:

„Der menschliche Organismus ist einem Dauerbombardement von Stressoren ausgesetzt, denen gegenüber er sich ständig verteidigen muss. Nicht die Ausgeglichenheit ist der Regelfall, sondern das ständige Bemühen sich der Angreifer zu erwehren, um gesund zu bleiben“ (Franke 2006, S. 39).

Krankheit wird damit nicht gleichberechtigt, sondern „gefürchteter Feind des Lebens“ (Meller 2008, S. 72). Daher beschreibt Meller Antonovskys Modell und Auffassung von Salutogenese ebenfalls als reduktionistisch. Zwar habe er das biomedizinische Krankheitsmodell und psychosoziale Faktoren um das in den Blick Nehmen von Ressourcen erweitert, dennoch wird der Mensch auf diese biopsychosozialen Prozesse im lebenslangen Kampf gegen Stressoren reduziert (vgl. ebd., S. 75). Nach Meller würde eine Integration von Krankheit und Sterben in das Salutogenesemodell bedeuten, dass Krankheit und Sterben als berechtigte Lebensäußerungen verstanden werden. Sie werden damit nicht zum Feindbild erklärt, sondern als „Einladung nach innen zu schauen“ (ebd., S. 74). In der Auseinandersetzung mit Krankheit entstehen Möglichkeiten der Persönlichkeitsentwicklung und Selbstwerdung. Selbstwerdung vollziehe sich dann, wenn auch kranke Teile, Pflegebedürftigkeit als Teil der eigenen Menschlichkeit akzeptiert und angenommen werden können. (Chronische oder sterbenskranke) Menschen lehnen häufig nicht nur ihre Krankheit sondern zugleich sich selbst ab. Meller macht dies anhand des Beispiels Pflegebedürftigkeit greifbar:

„Pflegebedürftigkeit aktiviert die frustrierten Abhängigkeitsbedürfnisse des Kindes, das einst von seinen geliebten Bezugspersonen nicht vollständig angenommen wurde und deshalb lernte, auf Teile von sich selbst zu verzichten [...] Wie kann jemand, der stets um Kontrolle bemüht war, in den Armen eines anderen hilflos vor Todesangst weinen? Möglich wird dies, wenn zwischen Kindheit und Sterben Prozesse der Selbstwerdung [...] durchlaufen wurden, sich der Mensch mit Hilfe eines einfühlsamen Gegenübers nachträglich annehmen lernen konnte“ (ebd., S. 73).

Persönlichkeitsentwicklung kann dann angeregt werden, wenn Krankheiten und Symptome nicht nur als zu bekämpfende Phänomene betrachtet werden, sondern als „wohlmeinende Botschaften“ verstanden werden. Das ist im Kontext der Medizin bislang noch unvorstellbar. Hier wird – der pathogenetischen Perspektive folgend – Gesundheit durch das Ausmerzen von Krankheit angestrebt. Dementsprechend zeugt Verfall und Krankheit von ärztlichem Versagen oder menschlicher Hilflosigkeit. Meller zu Folge werden dadurch Wege von Heilung ausgeschlossen. Wie oben beschrieben, kann Krankheit auch einen Weg zur Gesundheit darstellen.

5. KAPITEL

„Die äußeren Bedingungen stimmen nicht mit den inneren Bedürfnissen überein, so dass persönliche Entwicklung und Lebensentscheidungen gefragt sind. Werden diese blockiert, so können psychische wie körperliche Symptome darauf verweisen, wenn man sie aus dem Lebenszusammenhang heraus als Wunsch nach positiver Veränderung versteht. Genannt seien hier beispielhaft Schlafstörungen, Herzrasen, Rückenschmerzen, Substanzmissbrauch und Ängste“ (Meller 2008, S. 102).

Die Krankheit in einen Lebenszusammenhang stellen und dadurch Selbstwertungsprozesse anregen – das klingt in akademisch, naturwissenschaftlich geschulten Ohren abstrakt und wenig vertrauenswürdig. Wie könnte eine solche Humanisierung im medizinischen Kontext aussehen? Wenn wir uns trauen den akademischen Pfad einen Augenblick zu verlassen und die Praktiker*innen befragen, lässt sich beobachten, dass eine solche Haltung (in systemisch-lösungsorientierten Beratungs- und Therapiekontexten) etabliert ist und hilfreiche Interventionen liefert.

Fallbeispiel: Der widerspenstige Körper

„Ein etwa 50-jähriger, gutaussehender und erfolgreicher Mann, nennen wir ihn Herrn Müller, der im Management einer großen Versicherungsfirma gearbeitet hat und nun Geschäftsführer eines Baubetriebes ist, wurde von seinem Hausarzt an mich überwiesen. Herr Müller klagt seit mehreren Jahren über Schmerzen am unteren linken Rippenbogen und Herzschmerzen, die mit Panikattacken und massiver Luftnot einhergehen. Während solcher Schmerzattacken habe er extreme Todesängste und befürchte, einen Herzinfarkt zu haben bzw. zu bekommen. Bisher haben alle medizinischen Untersuchungen glücklicherweise nur einen negativen Befund erbracht, was einerseits enttäuschend für Herrn Müller war, weil er seine körperlichen Beschwerden nicht direkt medizinisch behandeln konnte, andererseits ihm aber auch ein gewisses erleichterndes Sicherheitsgefühl verschaffte. Am unangenehmsten sei es Herrn Müller, wenn sich die Herzschmerzen und seine Atemnot während geschäftlicher Verhandlungen einstellten; in solchen Situationen setze er alles daran, sich nichts anmerken zu lassen und seine Beschwerden nach außen zu kaschieren. Herr Müller war überzeugt davon, dass es sich bei seinen Beschwerden nicht um Stressreaktionen handele, da er auch dann Herzbeschwerden bekäme und unter Atemnot leide, wenn er zur Jagd gehe. Er sei nämlich ein leidenschaftlicher Jäger und die Jagd seine

größte Freude. Häufig gehe er gleich nach der Arbeit, auch am Wochenende, zur Jagd, wo er in der Regel bis zum Morgengrauen ausharre. Er gab an, dass er kaum Schlaf benötige und sich nach drei bis vier Stunden Schlaf wieder fit für die Tagesanforderung fühle. Was er überhaupt nicht vertragen könne, sei die Vorstellung, dass er einen geruhsamen Strandurlaub verbringen und am besten überhaupt nichts tun, sondern sich nur entspannen solle; wenn ich ihm mit einem solchen Vorschlag käme, würde er gleich seinen Hut nehmen und gehen. Er könne einfach nicht ruhig irgendwo liegen. Hinsichtlich des Umgangs mit seinen Schmerzen habe er schon eine Menge an Verhaltensänderungen ausprobiert, die aber alle bisher nicht zum erwünschten Erfolg geführt hätten. So habe er sich bemüht, sich mit Hilfe von Musik zu entspannen oder sich mehr auf der Jagd zu entspannen. Außerdem habe er sich angewöhnt, eine bestimmte Atemtechnik zu nutzen, mit der es ihm gelinge, wieder Luft zu bekommen, wenn er unter Atemnot leide. Herr Müller erzählte mir ferner, dass er oft von einer Verhandlung zur nächsten eile und sich keine Zeit für eine Mittagspause nehme. Selbst wenn er mit dem Auto unterwegs sei, was er als angenehm empfinde, überfalle ihn manchmal die Atemnot. Da einerseits seine Selbstbewältigungsversuche für ihn nicht das Gewünschte gebracht hätten, nahm er an, dass es sich nicht um psychosomatische Beschwerden handeln könne, sondern dass es eine somatische bzw. organische Ursache für sein Leiden geben müsse. Andererseits habe er aber die feste Zusicherung des Arztes, dass er körperlich gesund und voll belastungsfähig sei. Aufgrund dieses ärztlichen Befundes versuchte Herr Müller nun, über seine Herzschmerzen und seine Luftnot hinwegzugehen, indem er zu sich im Sinne positiven Denkens sagte: ‚Du hast überhaupt nichts, du bist gesund, es geht schon weiter, ich werde es schaffen, es wird vorbei gehen...‘ Herr Müller wunderte sich darüber, dass sich seine Symptome mit Hilfe des positiven Denkens auch nicht besserten, sondern sogar noch verschlimmerten. In den weiteren Gesprächen war es mir wichtig, Herrn Müller auf seine bisherigen Erfahrungen und Lösungsversuche hinzuweisen, die eher zu einem wünschenswerten Ergebnis geführt hatten. So würdigte ich seine besondere Art der Atemtechnik, die lindernd auf seine Symptome wirkte. Ich empfahl ihm, diese Atemtechnik auch dann anzuwenden, wenn er keine Atemnot verspüre, weil sein Körper unmittelbar positiv darauf reagiere. Sehr wahrscheinlich könne er sich mit Hilfe seiner Atemtechnik entspannen und seinem Körper Erholung geben. Zudem riet ich ihm, zwischen den verschiedenen Ter-

5. KAPITEL

minen wenigstens eine halbstündige Mittagspause einzulegen und einmal die Woche klassische Musik zu hören. Zudem versicherte ich Herrn Müller, dass sein Körper offensichtlich sensibler reagiere als jedes technische Gerät und somatische Störungen sofort melde. Aus diesem Grunde sei es besonders wichtig, auf seine Körpersignale genau zu achten, um herauszufinden, was sein Körper eigentlich von ihm brauche. Wenn er über seine Körpersignale mit Hilfe des positiven Denken hinweggehen würde, dann könnte das ja sehr problematisch sein, denn dann könne er lebenswichtige Signale seines Körpers nicht mehr nutzen, um besser mit sich umzugehen. Tatsächlich besserten sich Herrn Müllers Symptome während der Therapie kontinuierlich“ (Mücke 2003, S. 39f).

Die hier wirkende Grundannahme lautet, dass Symptome als „Informationslieferanten für wesentliche Bedürfnisse, Wünsche und Sehnsüchte“ (ebd., S. 40) betrachtet werden können. Indem der gesamte Lebenszusammenhang von Herrn Müller (Lebensrhythmus, bisherige Lösungsversuche etc.) berücksichtigt wurde, aber auch seine Einstellung gegenüber möglichen Ratschlägen (Entspannung, Strandurlaub, Nichtstun) ernst genommen wurde, konnte eine individuelle Lösungsstrategie erarbeitet werden, die half, die Symptome zu verringern, aber auch eine veränderte Selbstfürsorge anzuregen. Meines Erachtens handelt es sich hierbei um einen salutogenetischen Prozess, da Ressourcen ausfindig gemacht und ausgebaut wurden und somit eine Annäherung an den Pol Gesundheit befördert hat.

In Bezug auf die Förderung von seelischer Gesundheit kann so auch die Dialektik von Krise und Chance nachvollzogen werden. Die Krise eröffnet einen Reflexionsraum, in der selbstverständliche oder unbewusste Kognitionen und Verhaltensweisen zur Disposition gestellt werden. Im Fall von Herrn Müller handelt es sich um ein anspruchsvolles Tagespensum, wenig Schlaf. Die Krise wurde mit körperlichen Symptomen (Schmerzen, Panikattacken) begleitet, die eine veränderte Selbstfürsorge (Atemtechniken, Pausen zwischen den Besprechungen und Musik hören) initiierte. Die hier entstandenen Veränderungen sorgten nicht nur für eine Reduktion der Symptome, sondern auch für eine Steigerung der Lebensqualität. Die Veränderung ist nicht zurück zu führen auf einen ärztlichen Ratschlag, sondern auf die Verstärkung eines bereits vorhandenen Lösungsversuches.

5.1.6 Einordnung des Salutogenesemodells

5.1.6.1 Rückmeldungen aus der empirischen Forschung

In den Gesundheitswissenschaften wurden zunächst vor allem die konzeptionellen Implikationen des Salutogenesemodells diskutiert (Ressourcenorientierung vs. Risikovermeidung; Heterostase vs. Homöostase; Kontinuum vs. Dichotomie), die breite Verwendung des Salutogenesemodells konnte jedoch auch zunehmend dadurch gerechtfertigt werden, dass sich zentrale Annahmen des Modells empirisch bestätigen ließen (vgl. Franke/Witte 2009, S. 9). In allen Studien zum Kohärenzgefühl wird der von Antonovsky entwickelte Fragebogen „Life Orientation Questionnaire“ verwendet. Antonovsky entwickelte den Life Orientation Questionnaire 1987 zur Erfassung des Kohärenzgefühls. Der SOC-Fragebogen wurde in 33 Sprachen übersetzt und wird international eingesetzt. Laut Witte können durch die Studien viele der Hypothesen von Antonovsky zur Stressverarbeitung empirisch gestützt werden. Sie resümiert:

„Personen mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl fühlen sich durch ihre Lebens- und Arbeitssituation weniger belastet. Sowohl in alltäglichen Belastungssituationen, als auch nach traumatischen Lebenserfahrungen zeigen sich weniger körperliche und psychische Belastungsreaktionen. Auch mit chronischen Belastungsreaktionen aufgrund der psychosozialen und körperlichen Folgen von Erkrankungen oder Behinderungen werden sie besser fertig, fühlen sich weniger beeinträchtigt und sind in der Lage, ihre Ressourcen effektiv zu nutzen“ (Witte 2004, S. 36).

Internationale Studien zeigen auf, dass das Maß des Kohärenzgefühls maßgeblich mit der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit korreliert. D.h., je stärker der SOC ausgeprägt ist, desto höher schätzen Menschen ihr persönliches Wohlbefinden ein und desto zufriedener sind sie mit ihrem Leben (Eriksson/Lindström 2006; In: Blättner 2007, S. 69). In ihrem systematischen Review, das Forschungsarbeiten im Zeitraum von 1992 – 2003 zusammenfasst, zeigen Eriksson und Lindström außerdem auf, dass der SOC ein Hauptfaktor für die Entwicklung von Gesundheit ist, aber Gesundheit nicht alleine erklären kann (vgl. Eriksson/Lindström 2006; In: ebd.). An dieser Stelle ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass

5. KAPITEL

Antonovsky auf konzeptioneller Ebene nicht vermutet hatte, dass ein hoher SOC prinzipiell vor Erkrankungen schütze, sondern eher Bewältigung und Umgang mit Erkrankungen ermögliche. Richardson und Ratner konnten durch eine repräsentative Studie in Kanada zeigen, dass dementsprechend der SOC die Auswirkungen stressvoller Lebenserfahrungen auf die subjektive Gesundheit abpuffern kann (vgl. Richardson/Ratner 2005; In: Blättner 2007, S. 70). Antonovsky vermutete aber, dass der SOC auf Grund direkter physiologischer Auswirkungen auf neuroendokrine und neuroimmunologische Prozesse eher mit physiologischer Gesundheit korreliert. Ein Zusammenhang zwischen körperlicher Gesundheit und dem SOC konnte jedoch nicht nachgewiesen werden (beispielsweise Flensburg-Madsen et al 2005; In: Blättner 2007, S. 70), vielmehr wurden wiederholt Übereinstimmungen mit psychischer Gesundheit gemessen (vgl. Blättner 2007, S. 69f).

5.1.6.2 Auswirkungen auf die Gesundheitsförderung

Die Bedeutung des Salutogenesemodells liegt darin begründet, dass es in der wissenschaftlichen Forschung einen Perspektivwechsel ermöglicht hat, um nicht nur Krankheiten und Risikofaktoren in den Vordergrund zu stellen, sondern auch Widerstandsressourcen und Potentiale. Hiermit verändert sich auch der Blick auf den Menschen, der zum aktiven Mitgestalter in seinem Genesungsprozess wird bzw. vielfältige Ausdrucks- und Umgangsformen im Spielraum zwischen Gesundheit und Krankheit finden kann. Selbst Menschen, die aus medizinischer Sicht „austherapiert“ sind, haben immer noch gesunde Anteile, die angesprochen werden können.

„Das Konzept der Salutogenese bietet die Möglichkeit, sich nicht auf ein deterministisches, somatisches Modell zurückzuziehen, innerhalb dessen bei einem chronischen Verlauf der Erkrankung keine Heilchancen bestehen. Das Postulat des Gesundheits-/Krankheitskontinuums bewahrt vor dem Rückzug auf die Aufgabe dieser Menschen durch professionelle Dienste, da die gesundheitlichen Ressourcen und Möglichkeiten der Förderung wahrgenommen werden“ (vgl. Faltermaier 1994, S. 46; In: Grabert 2007, S. 20)

Im Umgang beispielsweise mit Patient*innen im Arztgespräch kann die Ausrichtung auf folgende Fragen selbst schon wie eine Intervention wirken: Über welche Aktionspotentiale und Ressourcen verfügt mein Ge-

genüber? Wie kann er die Beziehung zu sich selbst, zu anderen und zur Welt gesundheitsförderlich gestalten?

Hier werden allein dadurch Möglichkeitsspielräume eröffnet, dass die Patient*innen nicht in einer der Kategorien krank oder gesund verortet werden, sondern sich in einem Bewältigungsprozess auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit befindet. Dementsprechend können zur Annäherung an den Pol Gesundheit sowohl Maßnahmen ergriffen werden zur Identifizierung und Heilung krankheitsbedingter Ursachen als auch Maßnahmen zur Stärkung und Intensivierung gesundheitsbezogener Ressourcen und Potentiale.

Die interventionellen Implikationen können deshalb als Orientierung für solche Berufe gelten, in denen Gesundheit gefördert wird oder gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen geschaffen werden. Insgesamt kommen Lindström u. Erikson in ihrem Resümee über mehr als 25 Jahre Forschung zur Salutogenese zu dem Ergebnis, dass das Modell der Gesundheitsförderung einen theoretischen Rahmen geben kann (vgl. Blättner 2007, S. 67). Das Salutogenesemodell flankierte dementsprechend die Entstehung der WHO-Konzepte zur Gesundheitsförderung und gibt dieser auch auf übergeordneter, politisch, gesellschaftlicher Ebene eine theoretische Bezugsgröße. Ansatzpunkte sind dabei Schutzfaktoren und Ressourcen, die gestärkt und gefördert werden sollen, um damit einen Beitrag zu leisten, Gesundheit und Wohlbefinden zu steigern. D.h., das Wissen um eine salutogenetische Dynamik, also über die Entstehung und Aufrechterhaltung individueller und kollektiver Gesundheitsstadien, ist die Voraussetzung für gesundheitsfördernde Interventionen. Die Interventionen beziehen sich zum einen auf die Verbesserung von individuellen Fähigkeiten zur Lebensbewältigung und zum anderen auf die Förderung der

„ökonomischen, kulturellen, sozialen, bildungsmäßigen und hygienischen Bedingungen der Lebensgestaltung von Bevölkerungsgruppen“ (Hurrelmann et al. 2007, S. 12).

Die Etablierung der Gesundheitsförderungs-idee, mit ihrem salutogenetischen Ansatzpunkt, wurde maßgeblich durch die Weltgesundheitsorganisation vorangetrieben. Die 1986 von der WHO verabschiedete Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung gilt dabei als Wendepunkt für ein neues Gesundheitsverständnis und als Beginn für Gesundheitsförderungsstrategien auf internationaler und nationaler Ebene (vgl.

5. KAPITEL

Altgeld/Kolip 2007, S. 43). Das dort entwickelte Gesundheitsförderungskonzept ist ein gesundheitspolitisches Aktionsprogramm zur Erreichung der Ziele „Gesundheit für alle 2000“ (GFA 2000). Diese Zielsetzung geht auf die Resolution der 30. Weltgesundheitsversammlung von Genf im Jahre 1977 zurück, in der entschieden wurde, dass

„das vorrangige Ziel von Regierungen und WHO in den kommenden Jahrzehnten das Erreichen eines Grades von Gesundheit für alle Bürger der Welt bis zum Jahr 2000 sein soll, der ihnen erlaubt, ein sozial und ökonomisch produktives Leben zu führen“ (Kaba-Schönstein 2006, S. 79).

Diese Resolution gilt als gesundheitspolitische Rahmenprogramm für Gesundheitsförderung. Bis dahin orientierte sich die Prävention und klassische Gesundheitserziehung, wie sie von der WHO und anderen Organisationen gestaltet wurde, sehr stark an Krankheit und pathogenen Faktoren. Erst mit der Ottawa-Charta wurde die Krankheitsorientierung traditioneller Präventions- und Gesundheitsprogramme endgültig aufgegeben und der salutogenetische Blickwinkel in den Vordergrund gerückt, mit dem Ziel die Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potentiale auf allen gesellschaftlichen Ebenen umzusetzen. Bei diesem Perspektivwechsel wurden auch Ideen und Kritik unterschiedlicher sozialer Bewegungen der 70er und 80er Jahre aufgegriffen, wie die der Frauen-, Gesundheits-, Selbsthilfe-, Umwelt und Verbraucherbewegung (vgl. ebd., S. 78). Die Ottawa-Charta definiert,

„dass Gesundheitsförderung auf einen Prozess zielt, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (ebd., S. 73).

Dabei richten sich Maßnahmen der Gesundheitsförderung an alle Menschen jeglicher Lebensphasen und umfasst ausdrücklich auch Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen.

„Durch lebenslanges Lernen, sollen Menschen befähigt werden, verschiedene Lebensphasen und eventuell chronische Erkrankungen und Behinderungen zu bewältigen“ (ebd., S. 75).

Die Verwirklichung dieser Ziele ist nicht ausschließlich Aufgabe des Medizinsystems oder des Gesundheitswesens, sondern erfordert die Not-

wendigkeit einer Zusammenarbeit und Kooperation von Bereichen, Akteuren und Berufsgruppen auf allen Ebenen, um die vielfältigen Faktoren von Gesundheit umfassend zu beeinflussen. Die Ottawa-Charta fasst dabei fünf vorrangige Handlungsfelder und -ebenen zusammen (vgl. Kabaschönstein 2006, S. 74).

1. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik:
Durch Maßnahmen, wie beispielsweise Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen, organisatorisch-strukturelle Veränderungen etc. sollen Politiker*innen ihre Verantwortung für Gesundheit deutlich gemacht werden.
2. Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen:
Auf Grund der Wechselseitigkeit von Mensch und Umwelt werden auch Themen, wie der Schutz der natürlichen und sozialen Umwelt sowie die Erhaltung natürlicher Ressourcen zur Ausgangsbasis für einen sozial-ökologischen Weg zur Gesundheit.
3. Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen:
Um Verantwortung für die eigenen Gesundheitsbelange zu fördern, werden Nachbarschaften, Gemeinschaftsaktivitäten von Bürger*innen, Selbsthilfeaktivitäten und Gemeinden unterstützt.
4. Persönliche Kompetenzen entwickeln:
Mit dem Blick auf die zuvor genannten Ziele unterstützt Gesundheitsförderung die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung und Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten.
5. Die Gesundheitsdienste neu orientieren:
Um der salutogenetischen Idee Rechnung zu tragen, sollen die Gesundheitsdienste ein Versorgungssystem entwickeln, das auf Gesundheit und den Bedürfnissen des Menschen als ganzheitliche Persönlichkeit ausgerichtet ist. Darüber hinaus soll die Koordination zwischen Gesundheitssektor und anderen gesundheitsrelevanten sozialen, politischen, und ökonomischen Kräften verbessert werden.

Die Ottawa-Charta wurde in mehrere Sprachen übersetzt und seit den 1980er Jahren auf Initiative der WHO zuerst in Europa und Nordameri-

5. KAPITEL

ka, dann weltweit verbreitet. Sie gilt als Grundsatz- und Leitdokument für die Gesundheitsförderung. Auf der internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Jakarta 1997 wurden die Erfahrungen und Ergebnisse seit der Ottawa-Charta ausgewertet. Dabei werden die Kernbereiche, Handlungsfelder und Handlungsstrategien als erwiesenermaßen wirksam und erfolgreich bezeichnet. Die globale Rahmenstrategie von 1977 „Gesundheit für alle 2000“ wurde 1998 zur „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert/Gesundheit 21“ erweitert und den Anforderungen des 21. Jahrhunderts angepasst. Als neue Herausforderungen gelten vor allem

„demografische Trends wie die Verstädterung und die steigende Zahl älterer Menschen, die hohe Prävalenz chronischer und psychischer Erkrankungen, wieder auftretende Infektionskrankheiten und transnationale Faktoren wie die Globalisierung der Wirtschaft und Informationstechnologie“ (Kaba-Schönstein 2006, S. 76).

Praxisrelevante Konsequenzen bzw. Entwicklungsaufgaben, die sich aus dem Modell der Salutogenese ergeben, beziehen sich unter anderem auf die Verbesserung struktureller und gesellschaftlicher Bedingungen¹⁰, um die Ermöglichungsstrukturen eines starken Kohärenzgefühls positiv zu beeinflussen. Darüber hinaus dient das Salutogenesemodell als Leitorientierung für konzeptionelle Überlegungen in Bezug zu individuumzentrierten Maßnahmen. Welche Ansatzpunkte bzw. Schwerpunkte dabei eine salutogenetische Herangehensweise in Abgrenzung zu einer pathoge-

10 Dies bezieht sich hauptsächlich auf den sogenannten „Settingansatz“, der durch die WHO entwickelt wurde. „Ein Setting wird einerseits als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst. Es ist andererseits ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auch gestaltet werden können. [...] Der Setting-Ansatz fokussiert die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren“ (Grossmann/Scala 2006, S. 205). Dieser Ansatz basiert auf der Idee, dass Gesundheit vor allem im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird, daher muss Gesundheitsförderung an diesem Lebensalltag ansetzen. Die Konzentration auf spezifische Sozialräume ermöglicht es, Maßnahmen auf bestimmte Zielgruppen und Akteure abzustimmen, adäquate Zugangswege zu definieren und vorhandene Ressourcen zu nutzen. Dabei werden sowohl individuelle als auch strukturelle und umweltbezogene Maßnahmen miteinander verbunden. Bisher wurden folgende Settings für die Gesundheitsförderung erschlossen: gesunde Städte und Regionen, gesundheitsfördernde Schulen, Betriebe, Krankenhäuser, Gefängnisse und Hochschulen.

DAS SALUTOGENESEMODELL ALS ERKLÄRUNGSMODELL SEELISCHER
GESUNDHEIT

netischen verfolgt, zeigt folgende Übersicht (Jork/Preseschkian 2006, S. 21):

PATHOGENESE	SALUTOGENESE
Krankengeschichte	Biografie
Risikofaktoren	Verhaltensmuster
Aktuelle Beschwerden	Lebenssituation
Krankheitsverlauf	Bisherige Selbsthilfe
Pathologische Befunde	Gesundheitserhaltende Widerstandsressourcen
Medizinische Therapie	Einsatz salutogener Ressourcen

Tabelle 2: Handlungsansätze aus pathogenetischer und salutogenetischer Perspektive (Jork, Preseschkian 2006, S. 21)

Hier nimmt Bildung unumstritten einen wichtigen Platz ein. Dennoch ist bisher die Erwachsenenbildung als wesentlicher Akteur in der Gesundheitsförderung relativ wenig zur Geltung gekommen, obwohl Gesundheitsverständnis, Ziele und Methoden der Gesundheitsbildung mit denen der Gesundheitsförderung übereinstimmen (vgl. Grassmann 2003, S. 14/44/105) und damit von dem gleichen grundlegenden Paradigma ausgehen. Dies wird im Rahmenplan Gesundheitsbildung deutlich, in dem das dort beschriebene, multifaktorielle Gesundheitsverständnis sehr an das von der WHO beschriebenen¹¹ erinnert.

11 Die Begriffskonstruktion von „Gesundheit“ ist in der Präambel der WHO von 1948 zu finden: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (In: Hurrelmann et al. 2006, S.53). Hier wurde Gesundheit erstmals ganzheitlich auf körperliche, seelische und soziale Anteile gleichermaßen bezogen und stellte damit einen Gegenpol zu der rein biomedizinischen Sichtweise dar. Die maßgebliche Leistung dieses Begriffes bestand vor allem in ihrer gesundheitspolitischen Funktion, die eine Wertumorientierung mit sich brachte. Dennoch wurde diese Definition auf Grund ihres utopisch-dogmatischen Charakters kritisiert. Eine Definition von Gesundheit könne nicht nur positiv und optimal sein. „Jedes Gesundheitskonzept muss die Bedingtheit und potentielle Einschränkung von Gesundheit integrieren können (Gesundheits-Krankheitskontinuum [...]). Menschen, die

5. KAPITEL

„Durch diese Blickrichtung auf Wechselwirkungen für Gesunderhaltung und Krankheitsentstehung rückt in den Vordergrund, dass der Mensch nicht nur als biologischer Mechanismus zu verstehen ist und als solcher zu behandeln ist, sondern dass er als Lebewesen körperliche, seelische und soziale Dimensionen untrennbar in sich vereint. [...] Daraus ergibt sich ein für die Gesundheitsbildung entscheidender Sichtwechsel: Die Orientierung geht von einem erweiterten Gesundheitsbegriff aus und richtet sich auf den Prozess zwischen Gesundheit und Krankheit und nicht länger auf vereinzelbare Krankheitserscheinungen. [...] Parallel dazu gewinnen Merkmale für Gesundheit (und nicht nur solche von Krankheit) an Bedeutung; Bemühungen um Gesundheitsvorsorge zielen zunehmend auf gesunde Lebensweisen statt lediglich auf Krankheitsverhütung“ (Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschul-Verbandes DVV 1985, S. 4f).

Ein weiterer wichtiger Eckpunkt des Verständnisses von Gesundheitsbildung ist, dass es das Subjekt in den Mittelpunkt des Interesses stellt, indem sie die individuelle Lebensweise, d.h. biografische Erfahrungen und subjektive Gesundheitsvorstellungen von Laien einbindet und damit von einer Expertenorientierung abrückt, die oft mit einer Normierung von bestimmten Verhaltensweisen einhergeht. Gesundheitsbildung orientiert sich damit an dem für den/die Einzelne/n relevanten Lebenskontext.

„Gesundheitsbildung bietet Lernmöglichkeiten im Denken, Handeln und Fühlen. Sie verbindet Lernen mit der Lebenswelt. Gesundheitsbildung bietet Menschen die Möglichkeit, den für sie passenden, gesundheitsfördernden Weg zu finden [...]. Deshalb wendet sie sich gegen fremd gesetzte Normen für Gesundheit und Krankheit, ebenso gegen die Abhängigkeit von Heilsversprechen. Gesundheitsbildung versteht den präventiven Gedanken nicht als Fremdkontrolle und Schuldzuweisung. Sie unterstützt persönliche, gesellschaftliche und politische Mitgestaltungsmöglichkeiten. Gesundheitsbildung setzt bei subjektiven Erfahrungen und Lerninteressen im sozialen Zusammenhang der Gruppe an und fördert durch diesen Zugang ein Bewusstsein für die Mitwelt. Gesundheitsbildung ist Lernen mit allen Sinnen. Sie richtet sich nicht nur

akute Störungen bewältigen bzw. mit chronischen körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen [...] leben, sind nicht ausschließlich krank. Sie haben im Umgang mit ihren Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten sowie in ihrer Alltagsgestaltung immer gesunde Anteile („Ressourcen“) und leben in bedingter Gesundheit“ (Hurrelmann et al. 2006, S. 54).

auf die eigene Person, sondern auch auf die sozialen und natürlichen Lebensbedingungen. Dadurch wird die Achtsamkeit für die Beziehung zwischen innerer und äußerer Natur gestärkt“ (Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschul-Verbandes DVV 1993).

Als Ausgangspunkt der Gesundheitsbildung wird damit ein selbstbestimmtes Subjekt vorausgesetzt, das in der Bewältigung des alltäglichen Lebensalltages unterstützt werden soll, um ein Mehr an Gesundheit und Lebensqualität zu ermöglichen.

5.2 Das Salutogenesemodell als Erklärungsmodell seelischer Gesundheit

Fokussieren wir eine pathogenetische Annäherung an das Phänomen „seelische Gesundheit“, so kann diese als das Ergebnis der Heilung oder Vermeidung einer psychischen Störung formuliert werden. Aktuelle Forschungsergebnissen aus der Epigenetik zu Folge, lässt sich die Entstehung psychischer Störungen aus dem Zusammenspiel genetischer Dispositionen und psychosozialen Einflussfaktoren erklären. D.h., dass beispielsweise frühkindliche Traumata oder langanhaltende seelische Belastungen wie das Erleben von Hilflosigkeit, negative Emotionen, Selbstwertkrisen oder das Fehlen sicherer, positiver Bindungen die individuelle biologische Risikodisposition aktivieren kann und damit als eine Art Geburtshelfer für psychische Erkrankungen fungieren (vgl. Hermanns 2012, S. 11). Eine weitere wichtige Komponente in der Dynamik einer erkrankenden Seele ist das Niveau der Stressbewältigungskompetenz. Stresshormone interagieren auf komplexe Weise mit genetischen Risikofaktoren (vgl. ebd.), während erfolgreiche Copingstrategien negative Stressreaktionen verhindern und damit wie eine Art „Puffer“ wirken.

Mittlerweile stehen den Gesundheitswissenschaften auch evidente Modelle seelischer Gesundheit zur Verfügung, die uns eine konsistente Vorstellung von der Entstehung und dem Vorhandensein seelischer Ge-

5. KAPITEL

sundheit vermitteln. Das Salutogenesemodell kann als eines davon gelten.

5.2.1 Das Kohärenzgefühl – empirische Reflexion und Hypothesen zur intentionalen Einflussnahme

In vielen Studien konnte ein Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und psychischer Gesundheit nachgewiesen werden. Antonovsky hatte eine solche Ausprägung nicht erwartet, vermutete er doch eine starke Korrelation zwischen körperlicher Gesundheit und dem Kohärenzgefühl. Dies konnte jedoch bisher empirisch nicht bestätigt werden, daher gilt die Erkenntnis um den Wert des Kohärenzgefühls im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit als die bisher wichtigste in Bezug auf das Salutogenesemodell (vgl. Bengel et al. 2001, S. 78; In: Grabert 2007, S. 34).

Die Studien zeigen, dass ein starkes Kohärenzgefühl positive Korrelationen zu geringem Stresserleben, mit geringem Beschwerdedruck, zu psychischer Gesundheit und zu höherer Lebensqualität unabhängig von Alter, Geschlecht, Ethnizität und Nationalität aufweisen (vgl. Singer/Brähler 2007, S.33; In: Krause/Mayer 2013, S 102). Negative Zusammenhänge ließen sich in Bezug zu psychischen Beschwerden wie Verstimtheit, Ruhelosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Depressivität und Ängstlichkeit nachweisen(vgl. Eriksson 2007; In: Franke/Witte 2009, S. 13). Auch Eriksson und Lindström konnten in ihrem systematischen Review über Arbeiten mit dem SOC-Fragebogen – insgesamt handelte es sich um 458 Studien und 13 Dissertation, die im Zeitraum von 1992 - 2003 veröffentlicht wurden – zeigen, dass das Kohärenzgefühl vor allen Dingen mit der subjektiv wahrgenommen, psychischen Gesundheit einhergeht (vgl. Eriksson und Lindström 2006; In: Blättner 2007, S. 69). Aber auch Bengel et al. (1998), Faltermaier (2000), Franke (1997) und Richardson (2005) stellen in Analysen immer wieder die hohe Korrelation zwischen dem Kohärenzgefühl und der psychischen Gesundheit heraus, so dass sogar eine Überschneidung der Konzepte „psychische Gesundheit“ und dem SOC diskutiert wurde (vgl. Blättner 2007, S. 70). Salutogenese eignet sich daher als Orientierungsrahmen für Konzepte zur Förderung seelischer Gesundheit, da das Kohärenzgefühl in repräsentativen Bevölkerungsstichproben signifikante Korrelationen mit psychischer Gesundheit aufweisen kann (vgl. Bengel et al. 2001, S. 44). Je mehr eine

Person innere und äußere Anforderungen als verstehbar, handhabbar und sinnhaft erlebt, desto flexibler und souveräner kann sie auf diese Anforderungen reagieren. Auch Faltermeier bestärkt die Anwendbarkeit des Salutogenesemodells als Orientierungshilfe zur Förderung seelischer Gesundheit sowohl in Bezug auf gesunde als auch erkrankte Menschen:

„Die zentrale Bedeutung des Kohärenzgefühls in der Salutogenese impliziert, dass vielfältige, langfristig verfügbare und (alltäglich wie auch professionell) geförderte Ressourcen indirekt zu seiner Entwicklung und Stärkung beitragen können und damit insbesondere die psychische Gesundheit gefördert wird; dieses Modell lässt sich wie erwähnt sowohl auf gesunde wie kranke Menschen anwenden, daher kann auch die professionelle Praxis im psychiatrischen Feld über die Stärkung von Ressourcen dazu beitragen, das Kohärenzgefühl von Klienten zu stärken. Umgekehrt stellt dann ein stark entwickeltes Kohärenzgefühl eine günstige Voraussetzung her, um zukünftig in konkreten Stresssituationen angemessene Ressourcen auszuwählen und zu mobilisieren“ (Faltermeier 2012, S. 7).

Antonovsky selbst ging nicht von einer intentionalen Förderung des Kohärenzgefühls aus. Vielmehr hielt er eine Entwicklung bzw. Veränderung des SOC-Levels ab dem 30. Lebensjahr für unwahrscheinlich.

„Wann immer ich das salutogenetische Modell mündlich vorgestellt habe, war eine der vor allem von Menschen aus helfenden Berufen am häufigsten gestellten Fragen, inwieweit das SOC geplant und absichtlich verändert werden kann. Besonders die, die sich zu dem Modell hingezogen fühlen, die einen systematischen Zugang zum Verstehen von Stärken und nicht nur von Risikofaktoren suchen, fanden es sehr verwirrend zu hören, dass jemand mit einem starken SOC solche Helfer nicht wirklich braucht und dass jemand mit einem schwachen SOC von einem temporären Begleiter nicht wirklich geholfen werden kann“ (Antonovsky 1997, S. 118; In: Blättner 2007, S. 67)

Im wissenschaftlichen Diskurs wird das Modell der Salutogenese insgesamt als wenig bedeutend für Interventionen eingeschätzt, da es vor allem im Zusammenhang mit Persönlichkeitsmerkmalen und dem Identitätskonstrukt diskutiert wird (vgl. Blättner 2007, S. 67). Drei Arten von intentionaler Modifikation des SOC in Richtung einer Stärkung werden auch von Antonovsky zugestanden (In: ebd., S. 71):

5. KAPITEL

1. Stabilisierung in Krisensituationen:
Bei kritischen Lebensereignissen kann der SOC zeitweise stark irritiert werden. Gerade bei Ausprägungen im Mittelwert können Unterstützungsmaßnahmen professioneller Helfer*innen dazu beitragen, dass kein Schaden oder Verlust durch Krisensituationen entstehen und der SOC stabilisiert wird. Antonovsky hält sogar einen bescheidenen und temporären Gewinn für erreichbar.
2. Therapeutische Interventionen:
Durch Begleitung in einem psychosozialen oder therapeutischen Setting kann Menschen ein Rüstzeug an die Hand gegeben werden, Veränderungen in ihrem Lebenszusammenhang zu bewerkstelligen. Diese stellen sich nicht allein durch die Neuinterpretation von Erfahrungen ein, sondern in der langanhaltenden und konsistenten Realisierung neuer Lebenserfahrungen im Sinne des SOC.
3. Ermöglichung von Partizipation:
Veränderungen des SOC werden dann möglich, wenn eine Kontrolle und Mitgestaltung der Lebenssituation besteht. So werden Institutionen wie Betriebe, Bildungseinrichtungen etc. dazu aufgefordert sein, Partizipation zu ermöglichen. Diese Form der Gesundheitsförderung findet sich beispielsweise im Settingansatz wieder, während die ersten beiden Möglichkeiten auf individuelle Interventionen abzielen.

Trotz der Einschränkungen, die Antonovsky bei der Veränderbarkeit des Kohärenzgefühls konzeptionell ausführt, sieht Blättner das Salutogenesemodell unter interventionellen Gesichtspunkten als hoch relevant an (vgl. Blättner 2007, S. 67). Vor allem die WHO-Konzepte zur Gesundheitsförderung und die Public-Health-Szene in Europa, Nordamerika, Israel, Australien und Neuseeland seien von der Idee der Salutogenese durchdrungen. Darüber hinaus gehöre es zum Gegenstandskatalog gesundheitswissenschaftlicher Ausbildung von Gesundheitsberufen (vgl. ebd.). Zugleich bleibt das Salutogenesemodell auch umstritten, weil es dem Stress-Bewältigungsparadigma verhaftet bleibt (vgl. Meller 2008, S. 28). Die folgenden konzeptionellen Ergänzungen lassen sich auch als ein „Übersteigen“ bzw. „Durchbrechen“ dieses Stress-Bewältigungsparadigmas verstehen. Sie geben darüber hinaus wichtige Anhaltspunkte, wie das

Salutogenesemodell im Hinblick auf seelische Gesundheit interpretiert und erweitert werden kann.

5.2.2 Konzeptionelle Ergänzungen des Salutogenese Modells mit dem Fokus auf „seelische Gesundheit“

In der Gesundheitspsychologie und der Praxis der Gesundheitsförderung dominiert das Paradigma der Stress- bzw. Anforderungsbewältigung. Gesundheit entsteht demnach aus der Neutralisation von Stressoren durch die Aktivierung von Schutzmauern, die den Stressor erfolgreich abwehren. Ist diese Schutzmauer nicht ausreichend, entsteht ein „Leck“, das möglicherweise in Kombination mit anderen pathogenen Faktoren eine Bewegung in Richtung Krankheit auslöst. Trotz der, in Forschung und Praxis willkommen geheißenen, Orientierung an Ressourcen und Schutzfaktoren, kritisieren einige Autor*innen das vorherrschende Paradigma, da es den Blick auf die Selbsterhaltung beschränkt und Wachstumspotentiale als mögliche Gesundheitsfaktoren im Salutogeneseprozess bisher wenig berücksichtigt:

„Problematisch an dieser Sichtweise [ist], dass sie den Menschen ausschließlich als *reaktiv* konzipiert, im beständigen Kampf um Selbsterhaltung. Ressourcen sind jedoch nicht nur Protektivfaktoren, um Stress abzuwehren oder schwierige Situationen zu bewältigen, sondern auch Mittel, um persönliche Bedürfnisse und Ziele zu erreichen und das eigene Leben zu gestalten“ (Meller 2008, S. 21).

Im Denkraum von Stressbewältigung und Coping ist das vordergründige Ziel, dass der Mensch als derselbe aus dem Stressgeschehen hervorgeht, der er vorher war (vgl. ebd., S. 43), während eine Idee des Wachstums beinhaltet, dass der Mensch durch seine Leiden auch gestärkt hervorgehen kann oder bewusst Wachstumsprozesse initiiert, die in eine gesundheitsförderliche Richtung gehen. Die

„postulierte Wirkung im Modell der Salutogenese reduziert den Menschen wieder auf Stressgeschehen. Der Mensch ist permanent zum Coping, nicht zur Entwicklung, aufgefordert“ (ebd., S. 42).

5. KAPITEL

Die folgenden Konzepte, die sich an das Salutogenesekonzept anknüpfen, machen die Spannweite salutogenetischer Möglichkeiten vor allem in Bezug auf die seelische Gesundheit größer – sie berücksichtigen die individuelle Motiv- und Bedürfnisstruktur (Becker, 2006), das Annäherungssystem und Möglichkeiten zur stimmigen Kommunikation mit der Außenwelt (Petzold, 2013) sowie Selbstverwirklichungsprozesse (Meller, 2008).

5.2.2.1 Das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell) nach Becker

Im systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell) konzipiert Becker (2006) die Entstehung von seelischer und körperlicher Gesundheit ebenfalls durch das gelingende Verhältnis zwischen Schutz- und Risikofaktoren. Das Modell speist sich aus verschiedenen, historischen Vorläufern, so auch aus dem Salutogenesemodell, dem Stressbewältigungsmodell sowie systemtheoretischen Ansätzen. Ein Mehrwert aus der Beschäftigung mit dem SAR-Modell nach Becker ergibt sich daraus, dass die hier formulierte Kurzformel für Gesundheit als weitere Arbeitshypothese für (seelische) Gesundheit dienlich ist. Sie lautet:

„Der Gesundheitszustand eines Individuums hängt unter anderem davon ab, wie gut es diesem gelingt, interne und externe Anforderungen mithilfe interner und externer Ressourcen zu bewältigen“ (ebd., S. 110).

Ein wesentliches Merkmal des Salutogenesemodells lag ebenfalls in der Beschreibung von Bewältigungsprozessen durch den Einsatz generalisierter Widerstandsressourcen. Der Unterschied wird in der Bezeichnung „Anforderungen“, statt des im Salutogenesemodell bevorzugten Begriffes „Stressor“ deutlich, die sich sowohl auf äußere als auch innere Anforderungen beziehen können. Für die Stressbewältigungstheorie nach Antonovsky bedeutet dies eine Komplexitätserweiterung, da sich Adaption nicht nur auf eine, auf das Individuum einwirkende, äußere Umwelt bezieht, sondern auch innerpsychische Anforderungen wie Bedürfnisse, erworbene Sollwerte, Ziele, Wünsche, Projekte, Ich-Ideale oder verinnerlichte soziale Normen umfasst. Eine solche ausgearbeitete Motivations- bzw. Bedürfnistheorie, wie sie im SAR-Modell integriert wird, wird bei Antonovsky wenig bis gar nicht berücksichtigt (vgl. ebd., S. 181). Gerade in der theoretischen Konzeption von seelischer Gesundheit erweist sich

die Auseinandersetzung mit Bedürfnissen und Motiven – also allgemein inneren Anforderungen – als zentral. Dementsprechend bezeichnet Becker in einer früheren konzeptionellen Ausarbeitung seelische Gesundheit als:

„[...]die Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen“ (Becker 1995, S. 188).

Bengel sieht eine zentrale Gemeinsamkeit von Salutogenesemodell und dem Modell von Becker darin, dass stabile Verarbeitungsmuster im Gesundheitsgeschehen zum Tragen kommen:

„Den Modellen von Becker und Antonovsky ist gemeinsam, daß sie im komplexen Wechselspiel von internen und externen Anforderungen und Ressourcen stabilen kognitiv-affektiven Verarbeitungsmustern eine zentrale Rolle für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit beimessen“ (Bengel et al. 2001, S. 63)

Das stabile Verarbeitungsmuster bezieht sich im Salutogenesemodell auf das Kohärenzgefühl (SOC) und in einer früheren Version des SAR-Modells auf die „seelische Gesundheit als Eigenschaft“ (SGE). In der neuen Fassung des SAR-Modells wird dies noch einmal modifiziert. Als wesentliche Ressource für eine hohe seelische Gesundheit wird hier das Neurotizismuskonzept herausgearbeitet. Dies soll im Folgenden umrissen werden.

Zunächst wird auf die „systemischen“ Basisannahmen des SAR-Modells eingegangen, bevor die einzelnen Bestimmungsmerkmale des SAR-Modells – also interne und externe Anforderungen, interne und externe Ressourcen – überblicksartig vorgestellt werden. Die systemische Komponente erschließt sich u.a. ¹²darüber, dass zwischen verschiedenen Systemen (zum Beispiel biologischen Systemen oder sozialen Interaktionspartnern) Interdependenzen bestehen, also wechselseitige Austauschprozesse stattfinden (vgl. Becker 2006, S. 110). Die Systeme können gegenseitig Anforderungen aneinander stellen, die dann im Ressourcentausch bewäl-

12 Zur Ausführung weiterer systemischer Prinzipien, wie beispielsweise die von Uexküll und Wesiack (1986) beschriebene hierarchische Anordnung von Systemen, Subsystemen und Suprasystemen von biologischen, psychischen und sozialen Systemen und ihre Auswirkung auf Gesundheit und Krankheit vgl. Becker 2006, S. 104 ff.

5. KAPITEL

tigt werden. Dies soll anhand der Interaktion zwischen einem Säugling und seiner Mutter (als zwei interdependente Systeme) verdeutlicht werden (vgl. Abbildung 1).

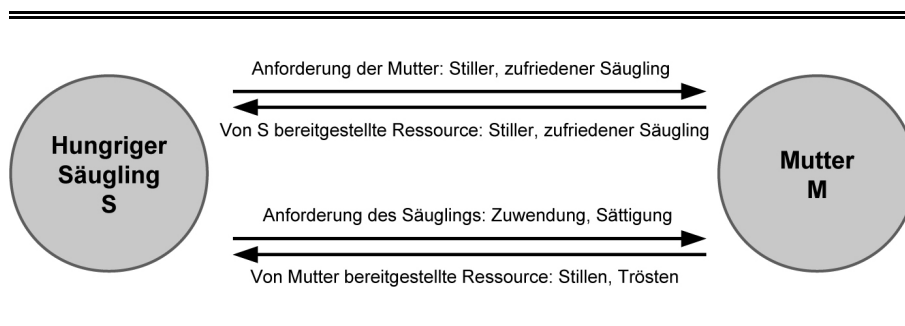


Abbildung 1: Exemplarische Konkretisierung der wechselseitigen Bewältigung von Anforderungen durch Ressourcenaustausch, erläutert am Beispiel der Interaktion eines Säuglings und seiner Mutter (Becker 2006, S. 109)

Eine zu bewältigende Problemsituation stellt in diesem Beispiel der hungrige Säugling dar, der sein Bedürfnis durch Schreien und motorische Unruhe anzeigt. Beide Interaktionspartner stellen wechselseitige Anforderungen; der Säugling benötigt Zuwendung und Sättigung, die Mutter erwartet einen stillen, zufriedenen Säugling. Die Bewältigung der Problemlage wird durch den Ressourcenaustausch ermöglicht – die Mutter stellt Milch und Zuneigung zur Verfügung, der Säugling wird still und zufrieden. Die Interdependenz von Systemen lässt sich an vielfältigen Beispielen zeigen, z.B. bei Mieter*in/Vermieter*in, Arbeitgeber*in/Arbeitnehmer*in. Aber auch biologische Systeme tauschen Ressourcen aus, so z.B. die Verarbeitung und der Transport von Sauerstoff zwischen Lunge und Atemmuskulatur (vgl. Becker 2006, S. 110). Die Bewältigung von Anforderungen durch Ressourcen (wie es im Gesundheitsverständnis von Becker zum Ausdruck kommt) wird also in der Interaktion zwischen Individuum und seiner Umwelt nicht durch einseitige Beziehungen, sondern durch wechselseitige Austauschprozesse beschrieben und konstruiert. Dementsprechend hängt der Gesundheitszustand eines Individuums davon ab, wie gut es diesem gelingt, interne und externe Anforderungen mithilfe interner und externer Ressourcen zu bewältigen (vgl. ebd.). Die Bestimmungsmerkmale des SAR-Modells (interne und externe Anforde-

DAS SALUTOGENESEMODELL ALS ERKLÄRUNGSMODELL SEELISCHER
GESUNDHEIT

rungen, interne und externe Ressourcen) sowie deren Fördermöglichkeiten werden in der folgenden Tabelle schematisch erfasst.

5. KAPITEL

BESTIMMUNGSMERKMALE DES SAR-MODELLS	AUSDIFFERENZIERUNG	FÖRDERMÖGLICHKEITEN
<p>Interne Anforderungen:</p> <p>Interne Anforderungen beziehen sich auf Anforderungen aus der Innenwelt bzw. dem eigenen psychophysischen System, die eine Person zu bestimmten Reaktionen oder Aktivitäten veranlassen (vgl. Becker 2006, S. 111).</p>	<p>Angeborene Bedürfnisse:</p> <p>Becker versteht angeborene Bedürfnisse als „lebensnotwendige Bedingungen menschlicher Existenz“ (Becker 2006, S. 111). Sie werden dem Individuum zugänglich als interne Anforderung oder Mangelzustand. Die Befriedigung von Bedürfnissen erzeugt positive Emotionen und trägt zu Gesundheit und Wohlbefinden bei. Die (langfristige) Deprivation von Bedürfnissen führt zu negativen Emotionen und macht Menschen psychisch und körperlich krank. In Anlehnung an Maslow (1981) benennt Becker sechs zentrale Bedürfnisse (vgl. Becker 2006, S. 113 ff.):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Physiologische Bedürfnisse 2. Explorationsbedürfnis 3. Selbstaktualisierungsbedürfnis 4. Bedürfnis nach Orientierung, Sicherheit und Kontrolle 5. Bedürfnis nach Bindung und Liebe 6. Bedürfnis nach Achtung und Wertschätzung <p>Erworbene Sollwerte:</p> <p>Erworbene Sollwerte werden in zwei Kategorien unterteilt.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ziele, Wünsche, Projekte, Ich-Ideal. Sie sind das Resultat vergangener persönlicher Zustimmungen und haben den Charakter von Wünschen (vgl. Becker 2006, S. 121). 2. Soziale Werte, Normen, Regeln und Vorschriften hingegen entsprechen eher dem Charakter einer Verpflichtung zu einem bestimmten Verhalten oder eines Verbotes (vgl. 	<p>1. Förderung der Bedürfnisbefriedigung durch Psychotherapie</p> <p>Nach Grawe hängt der Therapieerfolg maßgeblich davon ab, wie hoch das Ausmaß bedürfnisbefriedigender Erfahrungen in der Therapie ist (vgl. Becker 2006, S. 239). Hierzu ist eine vertrauensvolle, verständnisvolle und akzeptierende Beziehungsgestaltung zu den Patient*innen ebenso wichtig wie Transparenz über die geplanten therapeutischen Maßnahmen sowie das Wahrnehmen und Stärken von Ressourcen (vgl. Becker 2006, S. 239).</p> <p>2. Förderung der Bedürfnisbefriedigung durch Veränderungen von Zielsetzungen und Lebensstil</p> <p>Nach Becker birgt ein Lebensstil, „der auf die Befriedigung nur weniger Bedürfnisse und auf das Erreichen sehr hoch gesteckter Ziele ausgerichtet ist, gesundheitliche Risiken“ (Becker 2006, S. 240). Interventionen können Änderungen</p>

DAS SALUTOGENESEMODELL ALS ERKLÄRUNGSMODELL SEELISCHER
GESUNDHEIT

BESTIMMUNGSMERKMALE DES SAR-MODELLS	AUSDIFFERENZIERUNG	FÖRDERMÖGLICHKEITEN
	<p style="text-align: center;">Becker 2006, S. 121).</p> <p>Beide Kategorien erworbener Sollwerte basieren auf persönlichen Erfahrungen und spielen eine wesentliche Rolle für die Handlungsmotivation. In beiden Kategorien kann die Handlungsmotivation in zwei Richtungen streben – in Richtung Annäherung oder in Richtung Vermeidung. Seelisch Gesunde orientieren sich häufiger an Annäherungs- und Wachstumsmotiven während sich Menschen mit psychischen Störungen häufiger an Vermeidungsmotiven orientieren (vgl. Becker 2006, S. 123 f.).</p>	<p>anregen bezüglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Reduktion überhöhter Ziele • Der Intensivierung und Verbesserung von Kontakten zu wichtigen Bezugspersonen • Des verbesserten Zeitmanagements zur Einplanung wichtiger Erholungsphasen • Einer Freizeitgestaltung mit hohem Erholungswert • Der Beachtung körperlicher Beschwerden und Symptome
<p>Externe Anforderungen</p> <p>Externe Anforderungen gehen von der Umwelt aus und verlangen dem Individuum Anpassungsleistungen ab. Sie beziehen sich nicht nur auf „äußere Reize, die auf ein (passives) Individuum einwirken und es zum Reagieren zwingen, sondern [auch] auf Hindernisse, die sich einem (aktiven) Individuum bei seinen Versuchen einer Einflussnahme auf die Umwelt in den Weg stellen“ (Becker 2006, S. 127).</p>	<p>Soziale Werte, Normen, Regeln, Vorschriften</p> <p>Soziale Werte umfassen zum einen kulturübergreifende Werte wie beispielsweise Freundschaft, Gesundheit, Liebe – sie resultieren aus allgemein menschlichen Bedürfnissen. Zum anderen können soziale Werte auch das Ergebnis von sozialen Lernprozessen sein und beziehen sich auf das von einer bestimmten Gesellschaft für wesentlich und wünschenswert Gehaltene – beispielsweise Reichtum, Erfolg (vgl. Becker 2006, S. 128 f). Sie nehmen in Gestalt von Idealen, Normen oder Rollenvorschriften Einfluss auf das Verhalten der Mitglieder einer Gesellschaft, indem sie „(1) dem Einzelnen Orientierung und Entscheidungshilfen geben, und (2) sein Verhalten mehr oder weniger streng vorschreiben („normieren“) und damit in Gren-</p>	<p>1. Analyse und Veränderung beruflicher Anforderungen</p> <p>Maßnahmen können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduktion von Belastungen aus der physikalischen Arbeitsumgebung • Begrenzung von Nacht- und Schichtarbeit • Beseitigung von zu hohen Anforderungen, von chronischem Zeit- und Termindruck, Informationsüberlastung oder unklaren Aufgaben

5. KAPITEL

BESTIMMUNGSMERKMALE DES SAR-MODELLS	AUSDIFFERENZIERUNG	FÖRDERMÖGLICHKEITEN
	<p>zen vorhersagbar machen“ (Becker 2006, S. 129).</p> <p>Entwicklungsaufgaben</p> <p>Bestimmte Lebensspannen eignen sich für bestimmte, typische Lernerfahrungen. Sie sind in die Entwicklungsperioden mittlere Kindheit, Adoleszenz, frühes Erwachsenenalter unterteilt. Die Anforderungen beziehen sich v.a. auf externe, gesellschaftliche Erwartungen wie den Erwerb von Kulturtechniken oder eines Rollenverhaltens und das Ausüben von Verantwortung als Staatsbürger (vgl. Becker 2006, S. 129 f.).</p> <p>Externe Anforderungen in verschiedenen Lebensbereichen</p> <p>Externe Anforderungen lassen sich wichtigen Lebensbereichen zuordnen (vgl. Becker 2006, S. 127 f.):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arbeit, Beruf und Ausbildung 2. Kernfamilie und Partnerschaft 3. Verwandtschaft und Freundeskreis 4. Sonstige Bereiche (Freizeit, Gruppenzugehörigkeit) 	<p>(vgl. Becker 2006, S. 242)</p> <p>2. Reduktion familiärer Anforderungen</p> <p>Hier sind gesellschaftspolitische Maßnahmen erforderlich, die Ressourcen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf bereitstellen helfen (Becker 2006, S. 245).</p> <p>3. Verbesserung der Balance von Beruf und Familie</p> <p>Hier sind verbesserte Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz (z.B. flexible Arbeitsplatzgestaltung) und in der Gemeinde (gesicherte Kinderbetreuung) angezeigt.</p>
<p>Interne Ressourcen</p> <p>„Unter internen Ressourcen verstehen wir psychosoziale und physische Merkmale einer Person, die sich als vorteilhaft erweisen, weil sie es erleichtern, externe und interne Anforderungen zu bewältigen und externe Ressourcen zu</p>	<p>Kognitive Ressourcen</p> <p>Kognitive Ressourcen beziehen sich auf (vgl. Becker 2006, S. 138 f.):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wissen (z.B. berufliches Wissen, Allgemeinwissen) 2. Intelligenz (z.B. allgemeine, berufsbezogene, soziale Intelligenz) 3. Spezifische Fertigkeiten (z.B. spezielle, berufliche Fertigkeiten, soziale Fertigkeiten) 	<p>1. Förderung psychosozialer Kompetenzen</p> <p>Die Förderung psychosozialer Kompetenzen kann erfolgen durch (vgl. Becker 2006, S. 251 ff.):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stressbewältigungsprogramme

DAS SALUTOGENESEMODELL ALS ERKLÄRUNGSMODELL SEELISCHER
GESUNDHEIT

BESTIMMUNGSMERKMALE DES SAR-MODELLS	AUSDIFFERENZIERUNG	FÖRDERMÖGLICHKEITEN
<p>erwerben oder zu bewahren“ (Becker 2006, S. 137).</p>	<p>Persönlichkeitseigenschaften</p> <p>Becker vertritt die Auffassung, dass sich Indikatoren für eine Persönlichkeitseigenschaft auf die Wahrscheinlichkeit des Auftretens bestimmter prototypischer Verhaltensmuster in bestimmten Klassen von Situationen beziehen (vgl. Becker 2006, S. 141). Er identifiziert vier relevante Persönlichkeitseigenschaften (Big Four), die für die Bewältigung externer und interner Anforderungen vorteilhaft sind und sowohl für die Beschreibung von „normaler“ als auch „gestörter“ Persönlichkeit angewandt werden können (vgl. Becker 2006, S. 140 ff.):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Niedriger Neurotizismus: Allgemeine Tendenz, negative Emotionen wie z.B. Angst, Traurigkeit, Ärger, Schuldgefühle zu erleben. 2. Extraversion/Offenheit: „Bereitschaft des Individuums, sich gegenüber Umwelteinflüssen zu öffnen und sich aktiv und spontan der (sozialen) Umwelt zuzuwenden“ (Becker 2006, S. 155). 3. Gewissenhaftigkeit/Kontrolliertheit: Diese Persönlichkeitseigenschaft bezieht sich auf das Maß an Selbstdisziplin, Willensstärke und Pflichtbewusstsein einer Person (vgl. Becker 2006, S. 156). 4. Verträglichkeit: Bei „Verträglichkeit“ (vs. Unverträglichkeit) handelt es sich um eine sozial erwünschte Charakterisierung. Sie bezieht sich auf: Fehlende Arroganz, Bescheidenheit, zwischenmenschliches Vertrauen, Menschenliebe, geringe verbale Aggressivität, Friedfertigkeit, Kritik anderer unter- 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenprogramme zur Förderung der Selbstregulationskompetenzen (in den Bereichen Ess- und Trinkgewohnheiten, Medikamentenkonsument, körperliche Bewegung, Massenmedienkonsum, soziales Kontaktverhalten und Umgang mit Belastungssituationen) • Programme zur Förderung paarbezogener Kompetenzen • Elterntrainings zur Förderung von Erziehungskompetenzen <p>2. Förderung der körperlichen Fitness</p> <p>Ansatzpunkte zur Förderung der körperlichen Fitness (die u.a. mit psychischem Wohlbefinden korreliert) sind: Zielgruppenorientierte Programme zur sportlichen Aktivierung, Werbekampagnen, Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Aktivierung/Motivierung durch den hausärztlichen Rat (vgl. Becker 2006, S. 265 f.).</p>

5. KAPITEL

BESTIMMUNGSMERKMALE DES SAR-MODELLS	AUSDIFFERENZIERUNG	FÖRDERMÖGLICHKEITEN
	<p>lassen, Aufrichtigkeit, Rücksichtnahme, Verzicht auf Dominanz, eigene Bedürfnisse nicht auf Kosten anderer befriedigen, Gelassenheit, Kritik ertragen können, geringes Streben nach Bewunderung und Aufmerksamkeit (vgl. Becker 2006, S. 159).</p> <p>Neben den Big Four ist im Zusammenhang mit seelischer Gesundheit auch die Emotionale Intelligenz (EI) als wichtige Persönlichkeitseigenschaft und interne Ressource zu nennen. EI als Fähigkeit ermöglicht das Identifizieren von Emotionen (bei sich und anderen), das Nutzen von Emotionen, das Verstehen von Informationen und den Umgang mit Emotionen (vgl. Becker 2006, S. 162).</p> <p>Rollen, Ämter und Positionen</p> <p>Berufliche Positionen oder Ämter beeinflussen das Selbstkonzept und das Selbstwertgefühl einer Person positiv und ermöglichen ihr zudem soziales Ansehen oder den Erwerb weiterer Ressourcen (vgl. Becker 2006, S. 166).</p> <p>Physische Ressourcen</p> <p>Personen mit einem guten körperlichen Gesundheits- und Fitnesszustand erholen sich schneller nach einer Stressexposition und sind weniger anfällig für chronische Stressreaktionen (vgl. Becker 2006, S. 167).</p>	

DAS SALUTOGENESEMODELL ALS ERKLÄRUNGSMODELL SEELISCHER
GESUNDHEIT

BESTIMMUNGSMERKMALE DES SAR-MODELLS	AUSDIFFERENZIERUNG	FÖRDERMÖGLICHKEITEN
<p>Externe Ressourcen</p> <p>In Bezug auf die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung seiner Gesundheit, ist der Mensch als bedürftiges Wesen auf Ressourcen aus der Umwelt angewiesen (vgl. Becker 2006, S. 133).</p>	<p>Externe Ressourcen (oder Ressourcendefizite) in verschiedenen Lebensbereichen</p> <p>Externe Ressourcen (oder Ressourcendefizite) sind in den wichtigen Lebensbereichen einer Person zu finden, ihre Relevanz bezieht sich vor allem auf ihr Potential zur Bedürfnisbefriedigung. Bedürfnisse liegen dem Menschen als zu bewältigende, innere Anforderungen vor. Antizipierte Ressourcenverluste oder -defizite führen dementsprechend zu Stressreaktionen (vgl. Becker 2006, S. 135).</p> <p>Wichtige Lebensbereiche und Beispiele für Ressourcen¹³ (vgl. Becker 2006, S. 134):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arbeit, Beruf und Ausbildung (sicherer Arbeitsplatz, angemessene Entlohnung, Wertschätzung durch Kolleg*innen und Vorgesetzte) 2. Kernfamilie und Partnerschaft (Soziale Unterstützung durch Familienmitglieder) 3. Verwandtschaft und Freundeskreis (Sport treiben mit Freunden, vertrauensvolle Beziehungen zu Verwandten) 4. Sonstiges, z.B. Gesellschaft, Umwelt und Freizeit (Rechtsstaat, effizientes Gesundheitssystem, intakte Umwelt) 	<p>1. Ressourcen am Arbeitsplatz</p> <p>Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz sollte sich auf Ressourcen beziehen, die eine verbesserte Bedürfnisbefriedigung ermöglichen. Zum Beispiel: Gelegenheiten geben zu Kontakt und Austausch, Übertragung von Verantwortung, Gelegenheit zur Mitbestimmung und Partizipation, klare Aufgaben und Zuständigkeiten, gutes Betriebsklima ergonomische Arbeitsplätze (vgl. Becker 2006, S. 248).</p> <p>2. Ressourcen in Partnerschaft und Familie</p> <p>Maßnahmen zur Förderung der Partnerschaft und Prävention von Beziehungsstörungen und Scheidungen (vgl. Becker 2006, S. 249).</p> <p>3. Ressourcen in der Gemeinde</p> <p>Bereitstellung von externen Ressourcen in der Gemeinde kann hier zur Gesundheitsförderung beitragen, z.B. in</p>

13 Zur Übersicht externer Ressourcen und Ressourcendefizite, geclustert nach Bedürfnissen und Lebensbereichen vgl. Becker 2006, S. 134.

5. KAPITEL

BESTIMMUNGS- MERKMALE DES SAR-MODELLS	AUSDIFFERENZIERUNG	FÖRDERMÖG- LICHKEITEN
		Form von Einrichtungen des Gesundheitsdienstes, Beratungseinrichtungen, Sporteinrichtungen, Selbsthilfegruppen für Kranke und ihre Angehörigen (vgl. Becker 2006, S. 250 f.).

Tabelle 3: Bestimmungsmerkmale des SAR Modells nach Becker und ihre Fördermöglichkeiten (vgl. Becker 2006)

Das SAR-Modell begründet, wie das Salutogenesemodell auch, eine Theorie allgemeiner Gesundheit. Antonovsky konzentriert sich bei seinem Modell vor allem auf die Erklärung von körperlicher Gesundheit, zu darüber hinaus gehenden Annahmen äußert er sich sehr zurückhaltend (vgl. Bengel et al. 2001, S. 43). Ein Zusammenhang zwischen dem SOC und psychischer Gesundheit wurde sozusagen erst nachträglich empirisch herausgearbeitet und gestützt. Demgegenüber operationalisiert Becker bewusst seelische Gesundheit anhand von Indikatoren und integriert sie in seine Gesundheitstheorie. Zunächst fasst er das Konstrukt „seelische Gesundheit“ unter dem Terminus „Seelische Gesundheit als Eigenschaft“ zusammen (vgl. Becker 1995). Auf Grund von Abgrenzungsproblemen zu dem etablierten Konstrukt des Neurotizismus, erweitert Becker sein Konstrukt und benennt die Persönlichkeitseigenschaft, die als wesentliche **interne Ressource** zur Bewältigung von Anforderungen dient und maßgeblich der Genese von seelischer Gesundheit zuträglich ist, „Neurotizismus vs. seelische Gesundheit“ (vgl. Becker 2006, S. 9 f.). Die klassische Definition von Neurotizismus besagt:

„Es handelt sich um eine stabile Disposition zum Erleben negativer Emotionen und starker Gefühlsschwankungen, die nach den Ergebnissen der verhaltensgenetischen Forschung in erheblichem

Ausmaß (d.h. zu etwa 35% der Gesamtvarianz) genetisch determiniert ist“ (Becker 2006, S. 146).

Becker erweitert dieses Verständnis um zwei empirisch untermauerte Facetten. Zum einen umfasse Neurotizismus neben negativer Affektivität noch weitere bisher unbeachtete Aspekte (vgl. Tabelle 3). Zum anderen bestehe der Unterschied dieser erweiterten Neurotizismuskonzeption im Vergleich zu den primär biologisch orientierten Konzeptionen darin,

„dass der individuelle Neurotizismuswert nicht ausschließlich als unabhängige Variable und Prädiktor zukünftiger Effekte (z.B. psychischer oder physischer Störungen) betrachtet wird, sondern als Bilanz und Spiegelbild bisheriger Erfahrungen bei der Bewältigung von Anforderungen bzw. Stressoren und als Bilanz dabei eventuell auftretender psychischer und physischer Symptome“ (ebd., S. 148).

D.h., der genetischen Komponente wird in dieser Konzeption nach Becker weniger Vorhersagbarkeit auf zukünftige Effekte zugeschrieben angesichts der Betonung der biografischen Lerngeschichte als Einflussgröße auf individuellen Neurotizismuswerte. Dementsprechend können z.B. Erfahrungen der Nicht-Bewältigung, chronische Stressoren und ein Mangel an Bedürfnisbefriedigung „neurotisierend“ wirken (vgl. ebd.). Becker gesteht auch eine mögliche positive Einflussnahme auf die Persönlichkeitseigenschaft „Neurotizismus“ zu, allerdings lediglich dann, wenn lebensrelevante Rahmenbedingungen langfristig verändert (z.B. durch berufliche oder private Lebensumstellungen) oder initiiert werden (durch Psychotherapie) (vgl. ebd., S. 149). Eine Gegenüberstellung von Personen mit hohem und niedrigem Neurotizismus veranschaulicht folgende Tabelle:

5. KAPITEL

HOHER NEUROTIZISMUS	NIEDRIGER NEUROTIZISMUS (HOHE SEELISCHE GESUNDHEIT)
1. Kognitionen (Wahrnehmung, Denken, Einstellungen)	
1.1 Selbstkonzept und selbstbezogenes Verhalten	
Geringes Selbstwertgefühl, Selbstabwertung	Hohes Selbstwertgefühl
Starke Selbstkritik	Selbstakzeptanz
Geringe Selbstwirksamkeitsüberzeugung	Hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung; Selbstvertrauen
Geringe internale Kontrollüberzeugung Instabiles Selbstkonzept; unsichere Identität	Hohe internale Kontrollüberzeugung Stabiles Selbstkonzept; sichere Identität
1.2 Einstellungen zum Leben und zur Zukunft	
Ungerechtigkeitsgefühl, tiefes Enttäuscht sein	Gerechtigkeitsgefühl
Zweifel am Lebenssinn oder Verlust des Lebenssinns	Sinnerfülltheit des Lebens
Schwaches Kohärenzgefühl	Starkes Kohärenzgefühl
Pessimistisch-verneinende Sicht des Lebens und der Zukunft	Optimistisch-bejahende Sicht des Lebens und der Zukunft
Geringe Lebenszufriedenheit	Hohe Lebenszufriedenheit
1.3 Kontakt zur Realität/Realitätssinn	
Kognitive Verzerrung; geringer Realitätssinn	Guter Realitätssinn
Depersonalisation, Derealisation	Keine Depersonalisation, Derealisation

DAS SALUTOGENESEMODELL ALS ERKLÄRUNGSMODELL SEELISCHER
GESUNDHEIT

2. Verhalten und emotionales Erleben in Stress- und Belastungssituationen sowie im Alltag	
Geringe Belastbarkeit; geringe Widerstandskraft gegenüber Stressoren; Nervosität	Hohe Belastbarkeit; ausgeprägte Widerstandskraft gegenüber Stressoren; Gelassenheit
Geringe Tenazität und Flexibilität	Hohe Tenazität und Flexibilität
<p>Starke Gefühlsschwankungen; häufige, starke oder lang andauernde negative Emotionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ängstlichkeit • Depressivität; Suizidalität • Gereiztheit; verbale Aggressivität • Scham- und Schuldgefühle • Launenhaftigkeit; emotionale Labilität 	<p>Geringe Gefühlsschwankungen; innere Harmonie und Ausgeglichenheit; seltene, schwache oder kurz andauernde negative Emotionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geringe Ängstlichkeit • Geringe Depressivität; keine Suizidalität • Geringe Gereiztheit; innere Ruhe • Seltene Scham- und Schuldgefühle • Geringe Launenhaftigkeit; emotionale Stabilität
Grübeln	Selbstvergessenheit; geringe Neigung zum Grübeln
Häufige körperliche Beschwerden	Seltene körperliche Beschwerden
Häufige Verspanntheit	Seltene Verspanntheit
Konzentrationsstörungen	Konzentriertheit
Rasche Ermüdung	Voller Energie
3. Sozialverhalten, Einstellungen zu und Umgang mit anderen Menschen	
Minderwertigkeits- und Unterlegenheitsgefühl	Selbstbewusstsein
Selbstunsicherheit; Befangenheit	Selbstsicherheit; Unbefangenheit

5. KAPITEL

Soziale Vermeidungstendenz; Rückzugstendenz	Keine Vermeidungs- und Rückzugstendenz
Ablehnungssensibilität	Geringe Ablehnungssensibilität
Gier nach Lob und Bestätigung	Geringe Gier nach Lob und Bestätigung
Abhängigkeit/Unselbstständigkeit/mangelnde Entscheidungsfähigkeit	Autonomie/Selbstständigkeit/Entscheidungsfreude/ Bereitschaft, Verantwortung zu tragen
Verlassensangst; unsichere Bindung	Geringe Verlassensangst; sichere Bindung
Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt	Geringe Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt
Mangelnde Selbstbehauptung; Unterwürfigkeit	Selbstbehauptung; geringe Unterwürfigkeit
Nachgiebigkeit, Nicht-Nein-Sagen-Können	Nein-Sagen-Können
Gehemmte Gefühle	Gefühls Offenheit
Misstrauen; Feindseligkeit; Ablehnung anderer	Vertrauen
Nachtragendsein	Bereitschaft zu vergeben

Tabelle 4: Gegenüberstellung von Personen mit hohem und niedrigem Neurotizismus (Becker 2006, S. 152 f.)

Becker begreift Neurotizismus als übergeordnete Persönlichkeitsdimension; das Konzept wird im klinischen Bereich zur Diagnostik gestörter Persönlichkeit genutzt, ist aber auch zur Beschreibung der normalen Persönlichkeit geeignet. Auffällig ist, dass in der Subkategorie „Einstellung zum Leben und zur Zukunft“ auf das Kohärenzgefühl verwiesen wird. So bezeichnet Becker das Neurotizismuskonzept auch als ein integrierendes Konzept, das bisher getrennt betrachtete Modelle und Konzepte – so auch das Kohärenzgefühl – einbezieht (vgl. Becker 2006, S. 154). In der Diskussion um das Salutogenesemodell wurde angesichts des signifikanten Zusammenhangs zwischen dem SOC und der psychischen Gesundheit immer wieder auch die Frage aufgeworfen, ob das Konstrukt andere

Messinstrumente zur psychischen Gesundheit ablösen sollte (vgl. Bengel et al. 2001, S. 44). Bengel et al. konnten hierzu 2001 keine abschließende Position formulieren. Angesichts der neueren, übergreifenden Arbeit von Becker zum Neurotizismuskonzept ist jedoch davon auszugehen, dass letzteres Konzept vor allem in Bezug auf die Beschreibung und Diagnostik psychischer Störungen mit entsprechenden Instrumenten eine breitere Anwendung findet als Messinstrumente zur Erfassung des SOC und damit die empirische Erfassung erleichtert. An dieser Stelle sei jedoch darauf hingewiesen, dass Studien zum SOC auch andere Variablen des Neurotizismuskonzeptes abdecken und damit nicht nur – wie es im vorgestellten Neurotizismuskonzept von Becker den Anschein hat – auf den Punkt „Einstellung zum Leben und zur Zukunft“ reduziert bleibt, sondern auch andere Parameter beeinflusst. So gibt es beispielsweise signifikante Korrelationen zwischen SOC und Lebenszufriedenheit, Depressivität und Ängstlichkeit sowie zwischen SOC und individuell wahrgenommenem Stress, der sich auch auf physiologische Parameter günstig auswirkt, und der Bewältigung schwieriger Lebensereignisse (vgl. ebd., S. 47 f.).

Antonovsky konzipiert das Kohärenzgefühl als „generalisierte Orientierung gegenüber der Welt“ (Antonovsky 1997, S. 163) und spricht sich auch gegen eine Konzeption des Kohärenzgefühls als Persönlichkeitseigenschaft aus. Als Grund für diese Ausrichtung führt Antonovsky an, dass die endlosen Listen von Persönlichkeitseigenschaften zu sehr auf das Individuum fixiert bleiben und dabei möglicherweise

„den kulturellen und historischen Kontext der Entwicklung der Orientierung und den Bedeutungen der sozial strukturierten Situationen, in denen die Orientierung zum Ausdruck kommt, außer acht läßt. Stellt man die Frage in den Kontext der Theorie von Kultur und Persönlichkeit, denkt man in Begriffen von Gelegenheiten, Einschränkungen und Zwängen, die durch die Familie und andere sozialisierende Instanzen vermittelt werden. Man wird sensitiv gegenüber der Bedeutung der kulturellen, subkulturellen und soziostrukturellen Quellen solcher Persönlichkeitsorientierungen“ (ebd., S. 164 f.).

D.h., der Blick wird auf die prägenden Instanzen gerichtet, die sich aus einer sozialen (Familien-)Struktur und einem historischen Kontext her-

aus ergeben und bestimmte Erfahrungen (z.B. die Partizipation an wichtigen Entscheidungen) begünstigen oder eben nicht.¹⁴

Erwachsenenbildung ist weniger interessiert an der Beschreibung und Klassifizierung von Persönlichkeitseigenschaften, da diese vorrangig in der therapeutischen Arbeit von Bedeutung sind. Sie orientiert sich vielmehr an Prinzipien des Empowerment und der Erweiterung von Eigenverantwortung, sie stellt daher Reflexionsräume zur Verfügung: Einmal zur Reflexion des eigenen „Geworden-Seins“ und zum anderen zur Reflexion der beeinflussenden Lebensbedingungen, um sich hier als verantwortlicher, mündiger Bürger orientieren und behaupten zu können.

Im Kontext dieser Arbeit wird daher an dem SOC-Konzept als „flexibles Steuerungsprinzip“ (Bengel et al. 2001, S. 30), das den Einsatz von Ressourcen und Copingstrategien in der Bewältigungssituation moderiert, und als empirisch gestützten „Indikator“ von seelischer bzw. psychischer Gesundheit, festgehalten – nicht zuletzt auch auf Grund seiner Operationalisierbarkeit in Bezug auf Maßnahmen in der Gesundheitsförderung (und -bildung) und seiner breiten Akzeptanz im Bereich der Gesundheitsförderung. Dennoch lassen sich aus der Auseinandersetzung mit dem SAR-Modell wichtige Ergänzungen ableiten. Becker weist darauf hin, dass die Bewältigungsleistungen des Individuums nicht nur in der Konfrontation mit externen Anforderungen der Außenwelt angestoßen werden, sondern auch bzw. gerade durch interne Anforderungen in Form von Bedürfnismeldungen:

„Große theoretische und praktische Bedeutung kommt dem Ergebnis zu, dass es der Mangel an Bedürfnisbefriedigung und nicht der chronische Stress auf Grund hoher Anforderungen ist, der den Gesundheitszustand beeinträchtigt“ (Becker 2006, S. 11).

Becker spricht auch davon, dass die individuelle Bedürfnisbefriedigung eine gesundheitsrelevante Schlüsselvariable ist (vgl. ebd.). Dies hat Auswirkungen auf die Betrachtung des Salutogenesmodells, da sich die Rolle der Akteur*innen im Stressbewältigungsmodell verändert. Sie reagieren nicht nur auf äußere Umstände und fremdbestimmte Anforderung mit

14 Diese Argumentation kommt in der erweiterten Neoutizismuskonzeption von Becker (2006) weniger zum Tragen, da hier das SAR-Modell auf systemischen Wechsel- und Austauschbeziehungen zwischen Individuum und Umwelt aufbaut, sowie Neurotizismus weniger biologisch determiniert betrachtet wird, sondern als Bilanz von Lebenserfahrungen, die auch äußere Faktoren umspannen, wie der Verweis auf externe Anforderungen ersichtlich macht (vgl. ebd., S. 148).

dem Ziel der Spannungsreaktion, sondern erzeugen selbst auch Ist-Sollwert-Diskrepanzen – induzieren also Spannungen – in Gestalt von selbstgewählten Zielen, Projekten und Problemen, um danach Lösungen zu finden und Ziele zu erreichen (vgl. Becker 2006, S. 121), die die Befriedigung wichtiger Bedürfnisse bezwecken, beispielsweise das Explorations- oder Selbstaktualisierungsbedürfnis. Die Erweiterung um die Perspektive der Bedürfnisbefriedigung wird auch in anderen Konzeptionen, die eine „Verwandtschaft“ zum Salutogenesemodell dokumentieren, integriert. So bezeichnet Petzold (2013) es als einen salutogenen Weg zur psychischen Gesundheit, seine Bedürfnisse stimmig an die Umwelt kommunizieren zu können, während Meller (2008) besonders das Bedürfnis zur Selbstverwirklichung als zentrales Moment von Salutogenese in den Mittelpunkt rückt.

5.2.2.2 Salutogene Kommunikation nach Petzold

Betrachtet man das Salutogenesemodell in seinem Entstehungskontext, der Stressforschung, so wird im argumentativen Aufbau trotz der Fokussierung auf Ressourcen immer wieder ein implizites Vermeidungs- und Abwehrensinnen sichtbar. Das Aufbringen aller zur Verfügung stehender Ressourcen dient der Vermeidung, Verringerung und dem Abbau von Stress. Petzold fokussiert in seinem Konzept zur „Salutogenen Kommunikation“ nicht auf das Vermeidungssystem sondern auf das Annäherungssystem und stellt damit subjektiv attraktive und motivierende Gesundheitsziele in den Mittelpunkt. Mit Verweis auf Grawe (2004) und Elliot (2008) unterscheidet Petzold diese beiden motivationalen, neuropsychischen Systeme – das motivationale Annäherungssystem und das Abwendungssystem. Das Annäherungssystem sorgt

„über Dopaminausschüttung im Lustzentrum für eine innere Belohnung, mit einem Lustgefühl, dafür, dass wir weiter aktiv auf dem Wege der Annäherung an unseren Attraktor bleiben“ (Petzold 2013, S. 140).

Das Abwendungssystem wird aktiviert, wenn etwas als bedrohlich wahrgenommen wird, als natürliche Reaktion verhalten wir uns darauf mit Kampf oder Flucht. Der Stresspegel im Körper steigt an, die Wahrnehmung fokussiert auf potentielle Gefahren und es werden folglich auch mehr Stimuli als gefährlich wahrgenommen. Im Annäherungsmodus fokussieren wir uns automatisch auf förderliche, schöne, hilfreiche Dinge

5. KAPITEL

und Momente, hier sind Ressourcen zugänglich und abrufbar. Salutogene Entwicklung hin zu stimmigen Gesundheitszielen vollzieht sich hauptsächlich im Annäherungsmodus.

Auch wenn Petzold mit der Entwicklung der „Salutogenen Kommunikation“ keine explizite Weiterentwicklung des Salutogenesemodells anvisiert, so ist meines Erachtens der Fokus auf motivierende Ziele und nicht auf die Abwehr von Stressreaktion innerhalb des salutogenetischen Geschehens ein bisher vernachlässigter Aspekt im theoretischen Diskurs (vgl. auch Meller 2008). Die „Salutogene Kommunikation“ wird an dieser Stelle vorgestellt, da sie das Salutogenesemodell durch ihren Verweis auf „Attraktoren“ aus der Chaosforschung¹⁵ konzeptionell verfeinert und im Kontext von seelischer Gesundheit hilfreiche Konkretisierungen und Handlungsanregungen entwirft. Wichtig ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass es sich dabei um eine Gesprächsmethode handelt, die im Kontext von Therapie und Beratung entstand und angewandt wird. In einem dialogischen Prozess zwischen Therapeut*in/Berater*in und Klient*in sollen gesunde Entwicklungen angeregt werden, einmal durch eine methodische Hilfestellung und indem die Berater*innen in Resonanz zu den potentiellen Gesundheitszielen und Selbstheilungskräften ihrer Klient*innen gehen. Die innere Haltung der Berater*innen leitet sich aus der Orientierung an der Frage ab: „Was ist das größtmögliche Wohlbefinden mit der 'größtmöglichen Eigenaktivität', das zukünftig Bestmögliche für den betroffenen Patienten?“ (Petzold 2013, S. 131). Diese Frage wird nicht stellvertretend für die Klient*innen beantwortet, eröffnet aber einen Möglichkeitsraum für selbstregulierte und zielgerichtete Gesundheits- und Heilungsprozesse. In der „Salutogenen Kommunikation“ wird das prozessuale Geschehen nicht dadurch bestimmt, Stressoren zu identifizieren und ggf. Bewältigungsmöglichkeiten zu antizipieren und zu erproben. Das Denken und Handeln wird von einem inhärenten oder imaginierten Ziel bzw. von einer in der Zukunft erwünschte Entwicklung bestimmt (vgl. ebd.). Die für einen Organismus attraktiven Ziele erzeugen automatisch Hin-zu-Bewegungen auf biologischer Ebene wie auch auf der Ebene der Motivation und der Handlungen. Dieses Phänomen, das sich Beratung/Therapie zu Nutze machen, erklärt Petzold anhand der Ergebnisse aus der Chaosforschung:

15 Die Chaosforschung ist ein Teilgebiet der Systemtheorie und beschäftigt sich mit der Ordnung in dynamischen Systemen. Sie bestätigt wissenschaftstheoretische Axiome des Systemansatzes (vgl. Huschke-Rhein 2003, S. 230).

„Da die Chaosforschung als moderne Wissenschaft einige Antworten gefunden hat auf die Frage, wie aus Chaos Ordnung entsteht, und genau diese Frage auch die Frage von Gesundheit einschließt, liegt es nahe, bei der Chaosforschung nach passenden Modellen zu suchen. Für das Entstehen von Ordnung aus chaotischen Bewegungen haben Chaosforscher sog. Attraktoren verantwortlich gemacht, die als imaginäre Informationen dafür sorgen, dass die bewegten Teile sich in vielen Annäherungsschritten („Iterationen“) an die Ordnung des Attraktors annähern“ (Petzold 2013, S. 132).

Teilchen, die sich zunächst chaotisch zu bewegen scheinen, folgen letztlich doch der Information eines Attraktors. Übertragen auf Gesundheitsziele in Beratung/Therapie bedeutet dies laut Petzold, dass die Energie und Masse des Körpers den Informationen folgen kann, die zuvor im Gehirn als Vorstellung (Attraktor) gebildet und an die Muskeln weitergegeben wurden (vgl. ebd., S. 132). Im Beratungsprozess können dabei auch die Attraktoren von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen angeschaut werden. Hier käme die therapeutische Unterstützung in der Frage zum Ausdruck, wie sich gesundheitsschädliche Attraktoren dem Attraktor Gesundheit

„so unterordnen, dass es eine gesunde Entwicklung geben kann? Wie kann der Patient in nachhaltige Resonanz mit seinem motivierenden Gesundheitsattraktor kommen?“ (ebd., S. 133).

Petzold sieht in Antonovskys Kohärenzgefühl eine Art übergeordneten Attraktor, der durch das Erleben von „stimmiger Verbundenheit“ (ebd., S. 134) entsteht und sich in einem „Gefühl der Freude und des Wohlfühlens“ (ebd.) ausdrückt.¹⁶ Gesunde Selbstregulation bezeichnet damit die intuitive, unbewusst oder auch bewusst verlaufende Orientierung hin auf diesen übergeordneten Attraktor Gesundheit, der sich zeitweise im stimmigen Erleben manifestiert.

„Gesunde Selbstregulation ist ein ständiger Annäherungsprozess an Attraktoren, die ein Mensch allerdings nie dauerhaft stabil er-

16 Petzold verweist auf Erkenntnisse aus der Neuropsychotherapie, in der stimmiges Erleben auch als „Konsistenzregulation“ beschrieben wird: „Konsistenzregulation findet ganz überwiegend unbewusst statt und durchzieht so sehr das ganze psychische Geschehen, dass es angemessen erscheint, von einem obersten oder pervasiven Regulationsprinzip im psychischen Geschehen zu sprechen“ (Grawe 2004, S. 190 f.; In: Petzold 2013, S. 134).

5. KAPITEL

reichen kann (schon weil sie imaginär sind und weil der Organismus immer auch physikalischen u.a. Kräften ausgesetzt ist, die in Richtung Unordnung/Entropie gehen). So bleibt gesunde Entwicklung ein lebenslanger Prozess der Annäherung an Gesundheit – an stimmige Verbundenheit“ (Petzold 2013, S. 134).

Diese Annäherung bezeichnet Petzold als Kohärenzregulation. Sie vollzieht sich auf physischer, emotionaler, mentaler Ebene und ist dabei gleichzeitig immer auch auf die Interdependenz mit dem sozialen Umfeld bezogen. Der Annäherungsvorgang vollzieht sich in drei Phasen (vgl. ebd.):

1. Phase: Wahrnehmen und Bewerten

Der wahrgenommene Ist-Zustand wird in Zusammenhang mit dem Soll-Zustand gesetzt. Stimmigkeit entsteht in der Übereinstimmung von Ist- und Soll-Zustand. Diese Übereinstimmung stellt sich häufig auf Grund innerer oder äußerer Restriktionen/Faktoren nicht ein. Die aktuellen Abweichungen vom Soll-Zustand werden vom Individuum in ihrer Bedeutsamkeit bewertet – es nimmt folglich seine persönlichen, situativen Bedürfnisse wahr.

2. Phase: Aktivität

Das Individuum greift regulativ ein und gestaltet sein Verhalten und seine Kommunikation so, dass eine Annäherung an den Soll-Zustand ermöglicht wird und es vom sozialen Umfeld Verständnis und ggf. Unterstützung erhält.

3. Phase: Bilanzieren, Reflektieren und Lernen

Das Ergebnis der eingesetzten Verhaltensmuster wird bilanziert/reflektiert und auf ähnliche Situationen übertragen oder ggf. angepasst (lernen).

Nach Petzold stellt sich psychische Gesundheit dann ein, wenn es im wiederkehrenden Prozess der Kohärenzregulation gelingt, die wichtigsten eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und diese so an sein soziales Umfeld zu kommunizieren, „dass er hinreichend befriedigende Antworten erhält“ (ebd., S. 135). Störungen entstehen dann, wenn in der persönlichen Lern- und Sozialisationsbiografie Kommunikationsmuster entstanden sind, die ein stimmiges Kommunizieren mit der Umwelt behindern oder sogar Bedürfnisse und damit einhergehende Emotionen abgespalten wurden. Petzold hat praxiserprobte Modelle entwickelt, wie es in der dialogi-

schen Kooperation zwischen Therapeut*in/Berater*in und Klient*in gelingt, wichtige und kohärente Attraktoren zu aktivieren sowie geeignete Kommunikationsmittel zu finden.

„Bei langwierigen Erkrankungen scheinen salutogene Dialoge unter Berücksichtigung der kommunikativen Kohärenzregulation geeignet, erstarrte Kommunikationsmuster wieder derart zu dynamisieren, dass eine gesunde Entwicklung möglich wird. Dabei werden zur erfolgreichen Kommunikation von alten Bedürfnissen neue Möglichkeiten erschlossen. Dadurch wird mehr Kohärenzerleben in unterschiedlichen Lebensdimensionen wahrscheinlich“ (Petzold 2013, S. 143).

Meines Erachtens ist die **Aktivierung von Attraktoren**, die eine Hin-zu-Bewegung auf kohärente, stimmige Lebensziele ermöglicht sowie die **stimmige Kommunikation** der persönlichen Bedürfnisse an die Umwelt, ein wichtiger Baustein zur Förderung seelischer Gesundheit im Kontext von Gesundheitsförderung.

5.2.2.3 Das Triadische Konzept der Selbstverwirklichung nach Meller

Meller stellt ihre Vorstellung von Selbstverwirklichung in den Kontext konzeptioneller Arbeiten von Paulus (1994) und Jüttemann (2002, 2005, 2007) zum Thema Selbstverwirklichung. Sie führt dazu Überschneidung, Abgrenzung und Weiterentwicklung aus. Da ich Mellers triadisches Konzept der Selbstverwirklichung als eigenständiges und in sich schlüssiges Gesamtkonstrukt verstehe, werden die von Meller angeführten Verweise an dieser Stelle nicht aufgegriffen, sondern direkt die zentralen Eckpfeiler ausgeführt.

Meller versteht unter Salutogenese einen Prozess, in dem die in der frühkindlichen Entwicklung verloren gegangenen Selbstanteile wieder in das Bewusstsein geholt werden (Selbstwerdung) und diese im aktuellen Lebenszusammenhang realisiert werden können (Selbstrealisierung). Dieser Prozess wird als Selbstverwirklichung beschrieben und geht nach Meller mit (seelischer und körperlicher) Gesundheit einher. Dem gegenübergestellt werden Selbstentfremdungsprozesse, die sich dann vollziehen, wenn bestimmte Selbstanteile einer Person unterdrückt oder übersteigert werden (Selbstverkenntung) und diese Selbstanteile nicht im aktuellen Le-

5. KAPITEL

bensvollzug umsetzen kann (Selbstverleugnung). Selbstentfremdung geht nach Meller mit Krankheit einher.

Zunächst wird eine Unterscheidung zwischen wahrem und falschem Selbst vorgenommen. Das wahre Selbst umfasst alle psychischen Seinsqualitäten, zu denen der Mensch befähigt ist.

„Alles, was ein Mensch von sich selbst erfährt, macht sein Selbst aus. *Jede* sinnliche, emotionale, körperliche und kognitive Erfahrung“ (Meller 2008, S. 194).

Im Laufe seiner Lerngeschichte entwickelt der Mensch ein Selbstkonzept, in dem er alle Vorstellungen von sich selbst in einer subjektiven Theorie über sich selbst verdichtet. Diese enthält sowohl Vorstellungen von Ist-Zuständen („So bin ich“) als auch Vorstellungen von Selbstidealen bzw. Soll-Setzungen („So soll ich sein“) (vgl. ebd., S. 191). Ist das Selbstkonzept nun nicht flexibel genug angelegt, so können einige Seinsqualitäten (wie z.B. Ärger) nicht in das Selbstkonzept integriert werden („Ich bin ein netter Mensch“). D.h., das Selbst macht Erfahrungen, für die es keine Sprache hat, und die daher unangebunden bleiben an das bisher entwickelte Selbstkonzept.

„Ein solcher Mensch ist nicht *ganz*, denn ihm fehlt die Verbindung zu wesentlichen Teilen von sich selbst“ (ebd., S. 194).

Es kommt zur Ausbildung eines inadäquaten Selbstkonzeptes, „das die Person und ihre Umwelt (unabsichtlich) darüber täuscht, wer sie ist“ (ebd., S. 205). Das Selbstkonzept wird in der biografischen Lerngeschichte der Person schon frühzeitig angebahnt. An dieser Stelle führt Meller Überlegungen von Winnicott zur frühen Mutter-Kind-Beziehung an:

„Demnach kann sich das wahre Selbst eines Säuglings nur entfalten, wenn er von der Mutter (oder einer anderen Bezugsperson) gespiegelt wird, wenn er einerseits beschützt und begrenzt, andererseits Raum zum eigenen Wachstum hat. [...]Geschieht diese frühe Spiegelung nicht, muss sich der Säugling interaktionell so anpassen, dass überhaupt der lebensnotwendige Kontakt gehalten werden kann¹⁷“ (ebd., S. 206).

17 Die Erforschung der Spiegelneuronen bestätigt, wie sehr das Kleinkind um eine Abstimmung und Spiegelung durch seine Bezugspersonen bemüht ist „Werden sie nicht angemessen gespiegelt (Experimente zur ‚still face procedure‘), reagieren sie mit emotionalem Rückzug“ (Meller 2008, S. 206 f.).

Es entsteht ein falsches Selbst. Zum einen dadurch, dass das wahre Selbst verborgen bzw. unterdrückt wird, um es vor Misshandlungen durch die Umwelt zu schützen, oder indem nur bestimmte Selbsterfahrungen fokussiert werden, die den Bedürfnissen wesentlicher Bezugspersonen entsprechen (vgl. Meller 2008, S. 204 f.). Das „falsche Selbst“ ist eine unbewusste Reaktion auf die Erfahrung des Kindes, dass es so wie es ist, nicht richtig ist. Die Anpassung (an die Bezugsperson, einhergehend mit der Verleugnung von Selbstanteilen) stellt einen Lösungsversuch dar, die erhoffte Anerkennung durch die Bezugsperson doch noch zu bekommen.

In der Therapeut*in-Klient*in-Interaktion geht es nicht um eine objektive Beurteilung von Selbstanteilen, die Idee eines „wahren Selbst“ wird auf epistemischer Ebene herangezogen, um Prozesse der Selbstwerdung anzuregen:

„In der Praxis ist das wahre Selbst also eine Begrifflichkeit, die auf das eigentliche oder ursprüngliche Wesen eines Menschen verweist, das durch inadäquate Selbstkonzepte in seiner Zugänglichkeit verstellt sein kann. Ein Zuwachs an Authentizität geht im Laufe eines (phasenweise äußerst schmerzlichen) Entwicklungsprozesses meist mit Vitalisierung, Spontanität, Leichtigkeit etc. einher – weil eben sein darf, was ist“ (ebd., S. 206).

Die Annäherung an das wahre Selbst – hier als Zuwachs von Authentizität beschrieben – vollzieht sich in Kongruenz zum Selbstkonzept. Erfährt das Selbstkonzept eine Flexibilisierung und Erweiterung (z.B. „Ich kann meinen Ärger zulassen“), so dass dadurch die „pure“ Selbsterfahrung (z.B. Ärger) unbeschnitten ins Bewusstsein dringen kann, so kann von **Selbstwerdung** gesprochen werden. Eine Voraussetzung für Selbstwerdung ist die innere Freiheit, hier gemeint als innere Wahlmöglichkeiten. Diese inneren Wahlmöglichkeiten müssen manchmal schmerzhaft errungen werden und bedürfen dann einer liebevollen Begleitung z.B. im Setting einer Therapie oder auch im Rahmen von Gesundheitsförderung. Selbstverwirklichung meint darüber hinaus jedoch noch eine zweite Kongruenz, nämlich die Realisierung des im Selbstkonzept integrierten Erfahrens in den Lebensvollzug einer Person, durch das konkrete Handeln (der der Person zugängliche Ärger kann wahrgenommen werden und als Konsequenz beispielsweise in einem Konfliktgespräch mit einer anderen Person angebracht werden). Die hier stattfindende Kongruenz

5. KAPITEL

zwischen Selbstkonzept und Handlung einer Person wird als **Selbstrealisierung** bezeichnet und kann sich nur in äußerer Freiheit vollziehen. Die äußere Freiheit kann zum Beispiel durch (politische) Restriktionen und Gegebenheiten eingeschränkt sein, so dass die Selbstrealisierung behindert wird. In einem demokratischen Rechtsstaat ist das Recht auf Selbstbestimmung, so lange andere Menschen nicht in ihren Grundrechten eingeschränkt werden, im Grundgesetz verankert und ermöglicht damit Selbstverwirklichungsprozesse durch Setzung einer äußeren Freiheit. In vielen Teilen der Welt wird Menschen dieses Recht auf Selbstbestimmung verwehrt. Terror, Diktatur oder Krieg beschneiden Menschen in ihren Möglichkeiten der Selbstrealisierung. Einige Wenige folgen ihren inneren Werten und setzen sich trotz drohender Folter und Inhaftierungen dafür ein. Dies sind Beispiele von partieller Selbstverwirklichung. Trotz einer vordergründig aussichtslosen Lage entscheiden sich Menschen auf Basis ihrer inneren Freiheit zu mutigem Handeln. Meller zitiert den berühmten Psychiater Viktor Frankl, der als Jude Holocaust und Inhaftierung überlebte, als eindrucksvolles Beispiel für menschliche Freiheit:

„Wer von denen, die das Konzentrationslager erlebt haben, wüsste nicht von jenen Menschengestalten zu erzählen, die da über die Appellplätze oder durch die Baracken des Lagers gewandelt sind, hier ein gutes Wort, dort den letzten Bissen Brot spendend? Und mögen es auch nur wenige gewesen sein – sie haben Beweiskraft dafür, dass man dem Menschen im Konzentrationslager alles nehmen kann, nur nicht: die letzte menschliche Freiheit, sich zu gegebenen Verhältnissen so oder so einzustellen. Und es gab ein ‚so oder so‘“ (Frankl 1985, S. 171; In: Meller 2008, S. 201).

Selbstverwirklichung meint also eine zweifache Kongruenz auf der Basis innerer und äußerer Freiheit (vgl. Abbildung 2, Fall C). Demgegenüber steht die Selbstentfremdung, die gekennzeichnet ist durch zwei mögliche Formen der Inkongruenz. Zum einen ist gemeint die Inkongruenz zwischen einer Selbsterfahrung und dem Selbstkonzept (vgl. Abbildung 2, Fall A). Diese Form der Inkongruenz bezeichnet Meller als **Selbstverken- nung**. Hier besteht dann immer noch eine Kongruenz zwischen dem eingeschränkten Selbstkonzept und der daraus resultierenden Handlung (2. Ebene). Zum anderen besteht die Möglichkeit, dass ein Zugang zum wahren Selbst und dem authentischen Erleben besteht und auch im Selbstkonzept integriert ist, es aber nicht zu einer Realisierung im Han-

deln kommt (z.B. die Person erkennt ihren Ärger zwar an, kann diese aber im Konfliktgespräch nicht äußern oder für eine Lösung einstehen). Nun besteht Kongruenz auf der 1. Ebene und Inkongruenz auf der 2. Ebene (vgl. Abbildung 2, Fall B). Diese Form der Inkongruenz bezeichnet Meller als **Selbstverkennung**.

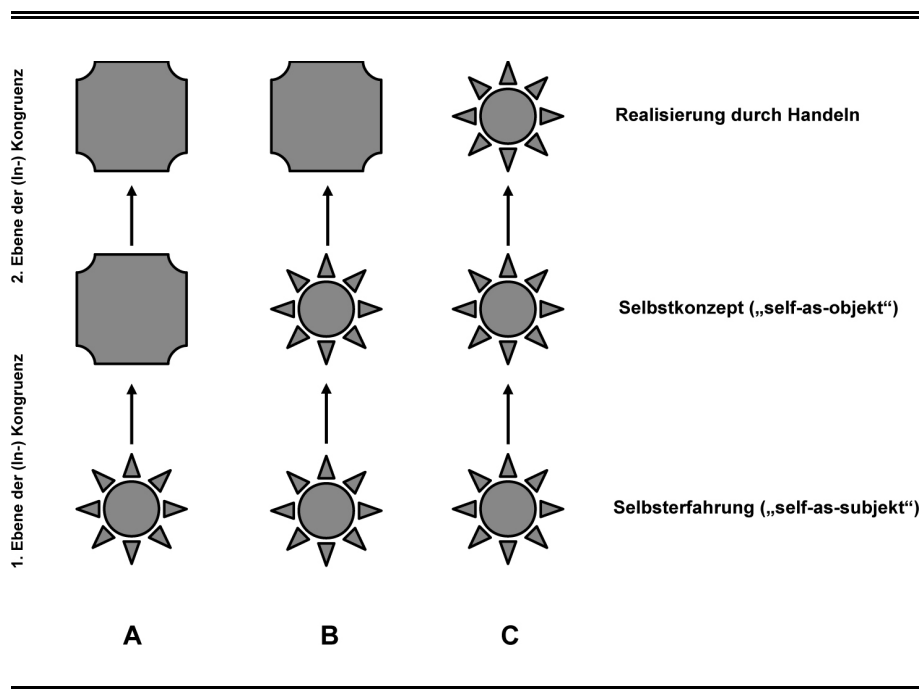


Abbildung 2: Zwei Ebenen der (In-) Kongruenz bei der Betrachtung von Selbstbestimmung in drei verschiedenen Konstellationen (Meller 2008, S. 212)

Aus didaktischen Gründen ist hier eine pointierte Darstellung und Abgrenzung gewählt worden; Meller weist auf die unzähligen Varianten und Mischformen der drei Konstellationen im Alltagshandeln. Darüber hinaus ist mit Selbstverwirklichung nicht das permanente und unkontrollierte Ausagieren innerer Seinszustände gemeint:

„Selbstverwirklichung bedeutet, sein wahres Selbst zu leben, und auf dieser Basis kommt es zu weiteren Wahlen. Erst der, der beispielsweise seine Wut zulassen und benennen kann, ist fähig, eine Haltung zu dieser Wut zu wählen. Wer seine Wut verkennt, trifft ebenfalls Entscheidungen, denen es jedoch an authentischer

5. KAPITEL

Selbstbezüglichkeit mangelt. Beobachten lässt sich dies an Menschen, die zu vergeben versuchen, indem sie ihre Wut überspringen und fortan in einer inkongruenten, heuchlerisch wirkenden Spannung leben“ (Meller 2008, S. 217).

In dem Zitat wird deutlich, dass auch die Formen der Selbstentfremdung auf der Basis von **Selbstbestimmung** fußen. Selbstbestimmung ist unausweichlich und wird in allen vier Formen (Selbstwerdung vs. Selbstverken- nung, Selbstrealisierung vs. Selbstverleugnung) sichtbar. Eine Vorhersage des Verhaltens ist daher nicht möglich, da die freie Entscheidung bei der Person selbst liegt. Die Einbeziehung des Konstruktes „wahres Selbst“ dient der Markierung, ab wann Selbstbestimmung zu Selbstverwirkli- chung führt – nämlich dann, wenn Selbstwerdung und Selbstrealisierung zusammentreffen. Entscheidungen in Orientierung hin auf Selbstver- wirklichung entziehen sich damit auch der Beurteilung und Normierung durch „Anderer“ – „es geht um das als persönlich stimmig erkannte“ (ebd., S. 203).

Das von Meller entwickelte Konzept der Selbstverwirklichung lässt sich demnach

„als Trias zusammenfassen, nämlich als **Selbstbestimmung unter permanenter Rekurrerung auf Prozesse der Selbstwerdung und Selbstrealisierung. Selbstverwirklichung bedeutet sein wahres Selbst zuzulassen und im Lebensvollzug zu realisieren**“ (ebd., S. 216).

Auf der Basis der hier skizzierten Theorie von Selbstverwirklichung als triadisches Konzept (vgl. Abbildung 3), kommt Meller auch zu einer eigenen Bedeutungsgebung von Gesundheit, Krankheit und Salutogenese als Prozesse der Selbstwerdung und Selbstrealisierung. (Seelische) Ge- sundheit wird konstruiert als Ergebnis kontinuierlicher und gelungener Selbstwerdung und Selbstrealisierung. Es wird keine „ungesunde“ Span- nung aufgebaut, weil die Person in Übereinstimmung mit sich selbst lebt und handelt. Krankheit wird konstruiert als das Ergebnis von Selbstent- fremdungsprozessen, in denen sich der Mensch verkennt und/oder verleugnet.

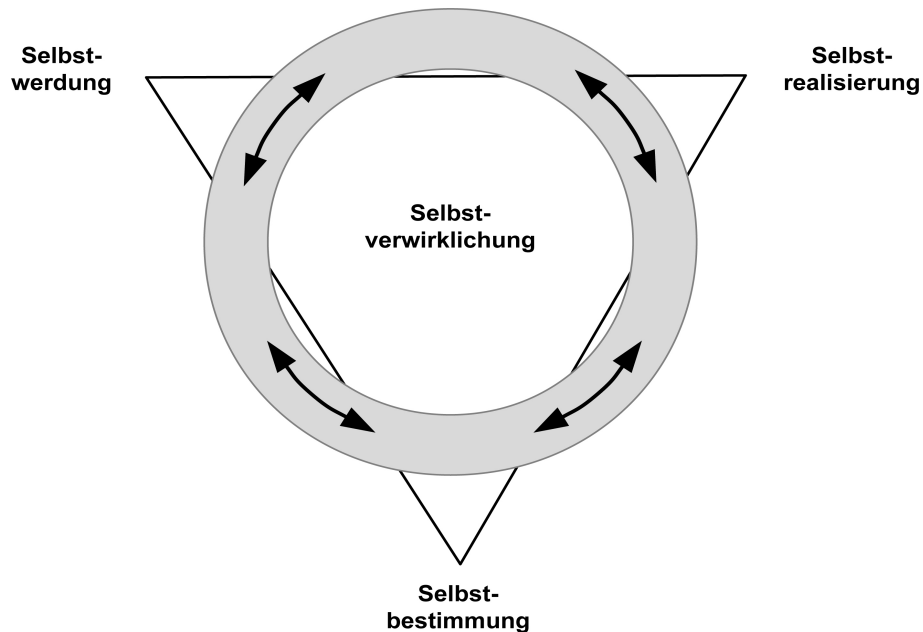


Abbildung 3: Triadisches Konzept der Selbstverwirklichung: Selbstbestimmung unter permanenter
Rekurrierung auf Prozesse der Selbstverwirklichung und Selbstrealisierung (Meller 2008, S. 217)

„Er trifft Entscheidungen und führt Handlungen aus, die seinem
eigentlichen Wesen zu wenig entsprechen“ (Meller 2008, S. 218).

Krankheit ist damit aber auch ein Weg zur Genesung, da sie Selbstentfremdungsprozesse markiert, Selbsttäuschungsprozesse aufdeckt und Wege zur Selbstverwirklichung und Selbstrealisierung notwendig werden lässt. Diese Beschreibungen haben grundlegende Auswirkungen auf eine Idee der Gesundheitsförderung.

Es sollte nach Meller nicht um die Perfektionierung von Stressbewältigung gehen, sondern um eine Unterstützung, damit Menschen in ihren alltäglichen Belangen selbstverwirklichend handeln, so dass Stress gar nicht erst entsteht.

In klassischen Modellen der Gesundheitsförderung (beispielsweise im Salutogenesemodell oder im SAR-Modell) erwächst die Gesundheit eines Menschen aus seinem Verhältnis von Schutz und Risikofaktoren,

5. KAPITEL

dementsprechend bedeutet Krankheit das seelisch-körperliche Zusammenbrechen auf Grund zu hoher Anforderungen. Meller formuliert hingegen:

„Menschen erkranken nicht mangels Ressourcen, sondern weil sie ihre Kräfte für das subjektiv falsche einsetzen. Diese Differenzierung ist von entscheidender Bedeutung für die Folgehypothese von Gesundheit. Wer davon ausgeht, dass zu hohe Anforderungen das Problem sind, wird Menschen dazu anleiten, ihre Bewältigungsfähigkeiten zu optimieren. Wer davon ausgeht, dass falsche Anforderungen das Problem sind, wird Menschen daran erinnern, dass sie selbst über ihr Leben entscheiden dürfen und sie zu einer aufrichtig sie selbst meinenden Lebensführung ermutigen“ (Meller 2008, S. 224).

Genesung und damit Salutogenese bedeutet für Meller in erster Linie sich mit der Inkongruenz zwischen Selbst, Selbstkonzept und Handeln auseinanderzusetzen. Die chronische bzw. erlernte Inkongruenz im Lebensvollzug des Menschen sei nicht durch Coping aufzulösen, sondern durch Selbstreflexion und Aufarbeitung. Krankheit wird als Möglichkeit zur Aufgabe der Selbsttäuschung und damit zur Selbstheilung angesehen. Auch Teegen sieht in Krankheit einen Rahmen, in dem die gewohnten aktiven Lebensmuster ausgeschaltet sind und Möglichkeiten der seelischen Entwicklung gegeben sind:

„So verstanden kann eine Krankheit für einen Menschen auch ein Gewinn sein, ein Anstoß, sich seinem Innern zuzuwenden, eine Chance, dem Leiden und der Unausweichlichkeit des Todes zu begegnen und zu erfahren, dass im Annehmen des bis dahin Unannehmbaren eine Möglichkeit liegen kann, zu einer anderen Wirklichkeit vorzudringen und im Kontakt mit ihr ein tieferes „Heilwerden“ zu erfahren. Krankheit, Schmerz und Leid können Situationen schaffen, die uns zur Verzweiflung bringen. Sie können uns aber auch bewegen, das Leid zu tragen, und in einem schmerzhaften Ablösungsprozess vom Bann alter Ziele, Ideale, Seh- und Lebensweisen zu befreien, um tiefgreifend zu wandeln und zu einer neuen Sinngebung zu gelangen“ (Teegen 1983, S. 151 f.; In: ebd., S. 236).

Der Bezug zum Kohärenzgefühl ist gegeben, da Handeln (Handhabbarkeit), das in Übereinstimmung mit den als wichtig erkannten und anerkannten Motiven (Verstehbarkeit) steht, als sinnvoll erachtet wird (Sinn-

haftigkeit). Diese Stimmigkeit geht mit angenehmen Gefühlen und Wohlbefinden einher, während unangenehme Gefühle und Krankheitszeichen auf eine mangelnde Passung im Lebensvollzug hinweisen. Meller vermutet, dass das Kohärenzgefühl abhängig ist vom Ausmaß der persönlichen Selbstverwirklichung (vgl. Meller 2008, S. 247) und nicht von einem universell wirksamen Persönlichkeitsmerkmal.

Das Salutogenesemodell stellt in seiner gesundheitswissenschaftlichen Auslegung Ressourcen und Bewältigungskompetenzen in den Mittelpunkt des psychophysiologischen Stressgeschehens. Krankheiten werden weiterhin als Angreifer interpretiert, die die Bewältigungsbalance stören. Meller „rehabilitiert“ das Verständnis von Krankheit als Möglichkeit, Selbstwerdungs- und Selbstrealisierungsprozesse zu initiieren.

„Deutlich zu machen ist, dass es nicht um das Vermeiden oder Ausmerzen, sondern um das Verstehen und Nutzen von Krankheit im Zusammenhang mit dem eigenen Leben geht. Gesundheitsförderung aus solch personenzentrierter Sicht steht dem Empowerment nahe, also der Selbstermächtigung des Menschen und seine Befreiung aus entfremdeten Lebensumständen“ (ebd., S. 250).

Ihre These ist, dass sich Selbstverwirklichung im Rahmen von Therapie und Gesundheitsförderung trainieren lässt. Ihr Verständnis eines solchen Trainings lässt sich in folgendem Zitat abbilden:

„Ziel eines solchen Trainings kann jedoch weder das Züchten einseitiger Kompetenzen noch die Vorgabe des weiteren Lebensweges sein. Vielmehr geht es darum, Diskrepanzen zwischen wahren und falschem Selbst zu vermindern und Hilfestellungen zu leisten beim Aufspüren solcher Inkongruenzen. Wegweisend sind dabei Krankheitszeichen, von Stresssymptomen bis hin zu ausgewachsenen Krankheitsbildern. Die Herausforderungen im Prozess der Selbstverwirklichung (z.B. Konflikte, schmerzliche Gefühle) sollten thematisiert werden. Selbstverwirklichung muss vom Klischee des „Töpfers in der Toskana“, vom Charakter des Elitären und des Vorwurfs des Egoismus befreit werden. In Form sokratischer Dialoge lässt sich dies gut bewerkstelligen. Oftmals scheint mir weniger der Aufbau als die Aktivierung von Ressourcen durch Ermutigung wesentlich zu sein. Diese Unterstützung ist deshalb so wichtig, weil sie ein Nachreifen der Bereitschaft ermöglicht, sich

5. KAPITEL

selbst an den Stellen anzunehmen, an denen Menschen in ihrer Geschichte ignoriert oder missachtet wurden“ (ebd., S. 252 f.).

Individuelle Interventionen der Gesundheitsförderung sollen nach Meller also den Charakter von Anregung, Ermutigung und Unterstützung haben. Sie verweist darauf, dass die Begleiter*innen solcher Interventionen das Lebensmuster und -interesse der Teilnehmer*innen mit deren Zustimmung reflexiv aufgreifen sollen und alternative Entwicklungsmöglichkeiten gemeinsam erarbeiten, um zerstörerische Lebensmuster zu beenden (vgl. Meller 2008, S. 253).

Zusammenfassung

Aus den exkursartig vorgestellten Ansätzen, die dem Salutogenese-modell ergänzend zur Seite gestellt wurden, sind für den Kontext dieser Arbeit folgende Erkenntnisse von Belang:

Die von Becker erarbeitete „Kurzformel“ von Gesundheit wird im Folgenden als Referenzpunkt auch für ein Verständnis seelischer Gesundheit angeführt:

„Der Gesundheitszustand eines Individuums hängt unter anderem davon ab, wie gut es diesem gelingt, interne und externe Anforderungen mithilfe interner und externer Ressourcen zu bewältigen“ (Becker 2006, S. 110).

Das Wechselspiel von Anforderungen bzw. Stressoren und Ressourcen wird nämlich auch im Bewältigungsprozess nach Antonovsky ähnlich beschrieben. Als Differenz zum SAR-Modell soll jedoch im Kontext der Arbeit der SOC als (übergeordnete) Ressource und weitere Referenz- und Orientierungsmarke bestehen bleiben. Dafür wird das Verständnis von Stressoren bzw. Anforderungen erweitert um die Perspektive der internen Anforderungen. Sie beziehen sich auf die lebenserhaltenden und persönlichkeitsentfaltenden Bedürfnisse. Die Anforderungen werden nicht nur reaktiv vom Menschen beantwortet, sondern können durch diesen auch bewusst in Form von Ist-Sollwert-Diskrepanzen erzeugt werden (sie manifestieren sich als motivierende Ziele oder Lebensprojekte).

Becker identifiziert verschiedenste Möglichkeiten der Förderung (seelischer) Gesundheit. Die häufig angewandte, reflexhafte Verengung auf therapeutische Interventionen wird hier überwunden. Auch Angebote der Erwachsenenbildung gelten der Reduktion überhöhter Ziele, der Intensivierung und Verbesserung von Kontakten zu wichtigen Bezugs-

personen, dem verbesserten Zeitmanagement zur Einplanung wichtiger Erholungsphasen und einer Freizeitgestaltung mit hohem Erholungswert. In Bezug auf Interventionen, die persönliche Zielsetzungen reflektieren und erarbeiten, kann auf die Ausführungen von Petzold zurückgegriffen werden. Um „Kohärenzerleben“ zu fördern, ist die Orientierung am „Annäherungssystem“ statt dem „Vermeidungssystem“ und an „Attraktoren“ für Petzold wesentlich. Darüber hinaus schreibt Petzold der Fähigkeit zur stimmigen Kommunikation von Bedürfnissen an wichtige Bezugspersonen eine zentrale Bedeutung zu. Zur Förderung dieser kommunikativen Fähigkeiten können meines Erachtens auch Angebote der Erwachsenenbildung herangezogen werden.

In den letzten Jahrzehnten wurde die Erforschung von gesundheitsrelevanten Ressourcen zu einem wichtigen Thema gesundheitswissenschaftlicher Forschung, nicht zuletzt stimuliert durch die Arbeiten von Antonovsky. Die Orientierung an den Forschungsergebnissen befördert in der Praxis von Gesundheitsförderung die oft unhinterfragte Annahme, man müsse die identifizierten Faktoren (Wissen oder Fähigkeiten) isoliert trainieren oder darüber informieren, um (seelische) Gesundheit zu fördern. Die Auseinandersetzung mit Meller zum Thema Selbstverwirklichung macht hingegen deutlich, dass als Zwischenschritt eine reflexive Auseinandersetzung erfolgen muss, um die Entwicklungsziele in Richtung Gesundheit an das subjektiv Richtige anzukoppeln. Die Förderung einer reflexiven Struktur in Bezug auf die biografische Entwicklung und die eigene Wissensstruktur sind wichtige Bausteine eines Bildungsverständnisses von Erwachsenenbildung und eines Verständnisses von Empowerment, bei dem es nicht um die Erfüllung fremdgesetzter Ziele geht, sondern um die Unterstützung in Richtung Selbstbestimmung. Dies stimmt überein mit der von der Weltgesundheitsorganisation in der Ottawa-Charta (1986) entwickelten Zielsetzung von Gesundheitsförderung:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. [...] Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können“ (WHO Ottawa Charter for Health Promotion, 1986).

5. KAPITEL

Selbstverantwortung bedeutet, die Reichweite von persönlichen (Lebens-) Entscheidungen abschätzen zu können, aber auch, über das Wissen zu verfügen, welche Ressourcen zur Problembewältigung führen können, welche Risiken man mit Entscheidungen eingeht oder welche Auswirkungen ein Nicht-Wissen (-Wollen) mit sich bringen kann. Angebote von Erwachsenen- und Gesundheitsbildung bieten Reflexions- und Erfahrungsräume an, damit die Teilnehmer*innen für sich überprüfen können, welche Kognitions- und Verhaltensmuster sie bisher für die Lebensbewältigung gewählt haben, aber auch neue Wege gesundheitsförderlichen Handelns ausprobieren können. Bei der Teilnahme an Erwachsenenbildungsveranstaltungen vollzieht sich persönliche Weiterentwicklung selbstbestimmt zwischen Kontinuität und Flexibilität.

Ein Blick auf die Angebote etablierter Erwachsenenbildungseinrichtungen (Volkshochschule) macht deutlich, dass hier zahlreiche der genannten Faktoren (seelischer) Gesundheit tangiert werden. Als Beispiel werden einige Veranstaltungstitel aus dem Programmbereich der Volkshochschule Köln (Winter 2015/2016) aufgeführt: „Menschen froher machen – sich selbst und andere“; „Raus aus dem Hamsterrad – Burnout-Prophylaxe für den beruflichen Alltag“; „Anti-Stress-Woche – Für mehr beruflichen Erfolg und persönliches Wohlbefinden“; „Der ‚Werkzeugkasten‘ zum Stressmanagement“; „Stress beginnt im Kopf – Wohlbefinden auch“; „Kommunikation kompakt – Erfolgreiche Kommunikation auf allen Ebenen“; „Wer bin ich? Was kann ich? Wie wirke ich?“; „Klar bleiben, wenn es schwierig wird“; „Hinfallen, Krone richten, aufstehen und lächelnd weiter gehen“ (Volkshochschule Köln, 2015). Die Liste ließe sich noch weiter ausführen. Klar ist, dass hier Wirksamkeitsstudien bezogen auf die (präventive) Wirkung solcher Veranstaltungen auf die seelische Gesundheit nicht angeführt werden können. Wünschenswert wäre jedoch, die Überschneidung zweier bisher getrennt betrachteter Systeme (Gesundheitssystem und Bildungssystem) mehr in das Blickfeld interdisziplinärer Forschungsprojekte zu rücken, um Chancen und Grenzen von „Bildung als Intervention von (seelischer) Gesundheitsförderung“ auszuloten.

5.2.3 Salutogenese, Lernen und seelische Gesundheit

Bisher wurden im Zusammenhang dieser Arbeit vornehmlich stabile globale Orientierungen und Persönlichkeitseigenschaften als Parameter see-

lischer Gesundheit aufgegriffen. Angesprochen wurde aber auch der Einfluss von Persönlichkeitsentwicklung auf salutogene Prozesse. Der Lernbegriff wird hier, wenn überhaupt, nur implizit berücksichtigt. Vielmehr besteht die Annahme, dass nach Abschluss eines bestimmten Lebensalters solche Lernerfahrungen (weitestgehend) ausgeschlossen werden, die tiefgreifende Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster verändern können. So weist Bengel et al. (2001) darauf hin, dass Antonovsky die Formung des Kohärenzgefühls, ohne dies explizit zu benennen, mit den Prinzipien von „Assimilation“ und „Akkommodation“ nach Piaget (1975) erklärt:

„Äußere Veränderungen beeinflussen und verändern die innere Einstellung. Andererseits werden aufgrund der bestehenden Überzeugungen gegenüber dem Leben auch bevorzugt vertraute Erfahrungswelten aufgesucht, so daß diese in der Regel die bereits vorhandenen Überzeugungen bestätigen“ (Bengel et al. 2001, S. 31).

Der hier beschriebene Vorgang kann als Lernen im Modus der Assimilation betrachtet werden: Neue Informationen werden auf der Basis ausgebildeter „Schablonen“ (Wahrnehmungsmuster) so in das kognitive System eingepasst, dass die vorhandenen kognitiven Strukturen nicht irritiert werden. Mit diesem „Automatismus“ kognitiver Systeme werden wichtige Komponenten des Kohärenzgefühls überhaupt erst ermöglicht, wie das Erleben von Konsistenz und die Vorhersagbarkeit von Reizen und Erfahrungen (Komponente Verstehbarkeit). Lernen meint aber auch die Integration neuer Erfahrungen – also die Veränderung kognitiver Strukturen als Anpassung an eine Umwelterfahrung (Akkommodation)¹⁸. Durch Antonovskys Verständnis einer stabilen Orientierung ab dem 30. Lebensjahr, werden jedoch Lernerfahrungen im Modus der Akkommo-

18 Becker hingegen interpretiert den Aspekt der „Verstehbarkeit“ als grundlegendes Bedürfnis, das nicht dazu führt die immer selben Interpretationen von „Welt“ abzurufen zu Gunsten eines Gefühls der Konsistenz. Es sei vielmehr als ein „Antizipationsbedürfnis“ (Becker 2006, S. 115) zu betrachten. Um ein Antizipationsbedürfnis zu befriedigen, werden Verhaltens- und Wahrnehmungsmöglichkeiten nicht eingeschränkt, sondern erweitert, um vorhersagbare Konsequenzen überhaupt abschätzen zu können. „Es wären Lernprozesse, die dafür Sorge tragen, dass Verhaltenskonsequenzen immer vollständiger und sicherer antizipiert werden, sodass das Verhalten immer gezielter eingesetzt werden kann, um diese Konsequenzen auch zu erreichen. Ein Organismus, ausgestattet mit einem Antizipationsbedürfnis, würde also, allein schon indem er dieses Bedürfnis befriedigt, lernen mit seiner Umwelt immer vollständiger und effektiver zu interagieren“ (ebd., S. 115 f.).

dation praktisch ausgeschlossen. Allerdings stellt die soziale Umwelt das Subjekt auch vor Herausforderungen, die es nicht mit den bisher ausgebauten (Wissens- und Handlungs-) Strukturen sinnvoll beantworten kann und die Veränderungsprozesse erzwingen, die eine Bewältigung danach erst ermöglicht. Die Bewältigung äußerer (und innerer) Anforderungen wurde ebenfalls mehrfach als Voraussetzung von (seelischer) Gesundheit angesprochen. Gesundheit bezieht sich eben nicht

„auf einen statischen, individuellen Besitzstand, sondern auf Qualitäten recht dynamischer, sich permanent vollziehender soziopsychosomatischer Regulationsprozesse“ (Scheuch/Schröder 1990, S. 121; In: Ducki/Greiner 1992, S. 185).

Regulations- und Anpassungsprozesse erfordern in bestimmtem Maße auch Veränderungen. Eine hier greifende Lerntheorie müsste erklären können, wie eine neue Information in ein kognitives System Eingang findet, das die Tendenz hat sich selbst zu bestätigen. Hierzu wird ein Artikel von Schöffter „Irritation als Lernanlass“¹⁹ (1997a) herangezogen (Kapitel 6.2).

Ansätze zur Verknüpfung von Lernen und Gesundheit finden sich als gesundheitswissenschaftliches Modell in der Handlungsregulationstheorie, einer speziellen Richtung innerhalb der Arbeitspsychologie. Besonders die Autoren Greif (1978), Hacker (1986), Hoff (1986) und Ulich (1991) aus der Arbeitspsychologie und der beruflichen Sozialisationsforschung heben die Fähigkeit, sich durch Lernen weiterzuentwickeln und dabei neue Lebens- und Handlungsbereiche zu erschließen, als maßgebliches Merkmal der entwickelten Persönlichkeit hervor (vgl. Ducki/Greiner 1992, S. 186). Die Verbundenheit des Menschen mit der Umwelt erfordert von ihm eine dauerhafte und lebenslange Entwicklungsfähigkeit, um die Umwelt zu gestalten und sein Handeln äußeren Veränderungen anpassen zu können. Lernfähigkeit und eine sich fortentwickelnde Handlungsfähigkeit wird nach Ducki und Greiner dementsprechend als „Gesundheitspotential“ (ebd., S. 185) bezeichnet, um sich in einer sich dynamisch verändernden Umwelt behaupten zu können

19 Derselbe Artikel wurde unter zwei unterschiedlichen Überschriften veröffentlicht – einmal als Onlinedokument unter der Überschrift „Irritation als Lernanlass“ (1997a) und als Artikel in dem Hauptdokumentationsband des 15. Kongresses der DGfE an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg unter dem Titel „Bildung zwischen Helfen, Heilen und Lehren. Zum Begriff des Lernanlasses“ (1997b). Beide Artikel werden in der Literaturliste aufgeführt.

und in Auseinandersetzung mit ihr die eigenen Potentiale voll ausbilden zu können. Unter Handlungsfähigkeit wird die Fähigkeit verstanden,

„zielgerichtet und bewußt zu handeln, damit die Umwelt zu verändern, aber auch Umweltveränderungen in das eigene Handeln zu integrieren“ (Ducki/Greiner 1992, S. 185).

Der gesundheitsrelevante Aspekt zeigt sich nach Ducki und Greiner in der Ausprägung stabil-flexiblen Handelns. Das stabil-flexible Handeln erfordert die Fähigkeit, sich langfristig Ziele setzen zu können und daran zu wachsen. Die Stabilität ergibt sich daraus, an diesen Zielen auch dann festzuhalten, wenn sich Veränderungen oder Barrieren im Lebenszusammenhang auftun. Die Flexibilität drückt sich darin aus, Handlungen auf Veränderungen abzustimmen und nicht starr an Plänen festzuhalten (vgl. ebd., S. 186). Psychische Erkrankungen zeigen sich folglich häufig darin, dass die Handlungsregulation zu Gunsten einer der Pole verschoben ist, langfristige Pläne und Ziele also vorschnell aufgegeben werden oder an diesen rigide festgehalten wird (vgl. ebd.).

„Gesund ist demnach, wer sich aktiv, planvoll und zielgerichtet in seiner Welt bewegt, wer sich weiterentwickelt und nicht auf seinem Entwicklungsstand verharrt. Gesund ist, wer sich vor dem Hintergrund langfristiger Zielsetzungen neue Handlungs- und Lebensbereiche durch Lernen erschließt“ (ebd.).

Dementsprechend offenbart sich Gesundheit unter dieser Perspektive darin, dass Menschen ihre Handlungspotentiale ausschöpfen und entfalten, während eine Beeinträchtigung von Gesundheit dadurch entstehen kann, dass diese z.B. durch restriktive Arbeitsbedingungen verkümmern (vgl. ebd., S. 185). Hier wird von einer Wachstumsdynamik ausgegangen, die nicht (wie beispielsweise im Salutogenesemodell) determiniert wird durch eine globale Orientierung oder einer Persönlichkeitseigenschaft. Wichtig erscheint den Autoren jedoch, dass dem Menschen überhaupt solche (Arbeits-) Bedingungen zur Verfügung gestellt werden, in denen er sich durch die Bildung von Zielen in seiner Persönlichkeit entwickeln kann, um das Erlernen und Erhalten der Handlungsfähigkeit zu gewährleisten. Auch hier sind Bildungs- und Lernkontexte m.E. von zentraler Bedeutung, da hier die Gewinnung von spezifischem Wissen und Können (vgl. Göhlich et al. 2007, S. 17) ermöglicht wird.

5. KAPITEL

Seelische Gesundheit im Reflexions- horizont der Pädagogik

6.1 Zum Bedarf einer lerntheoretischen Ergänzungen des Salutogenesemodells

6.1.1 Die „individuelle Lerngeschichte“ als Ausprägungsort des SOC

Das Kohärenzgefühl prägt sich nach Antonovsky in den drei ersten Lebensabschnitten – Säuglingsalter und Kindheit, Adoleszenz und die erste Dekade des Erwachsenenalters – aus und bleibt von da an stabil mit ggf. vorübergehenden Fluktuationen um einen Mittelwert (vgl. Antonovsky 1997, S. 118). Bestimmte „Muster von Lebenserfahrungen“ (ebd., S. 93) werden im Zusammenspiel mit Kultur, Schichtzugehörigkeit, Geschichte, Geschlecht, Genen und Glück zu einer individuellen Lerngeschichte verdichtet, in der sich die Teilkomponenten des SOC, Verstehbarkeit,

6. KAPITEL

Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (Sinnhaftigkeit), ausbilden. Die folgende Abbildung verdeutlicht, welche Erfahrungen die drei Komponenten des SOC stärken und welche sie schwächen:

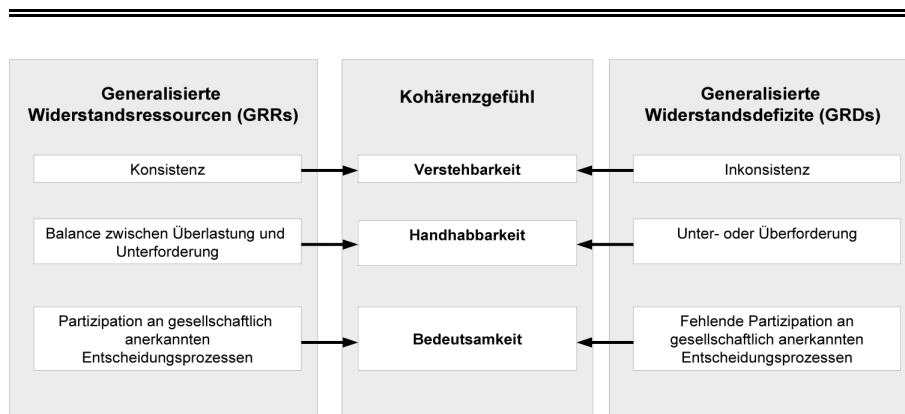


Abbildung 4: Der Einfluss der generalisierten Widerstandsressourcen/Widerstandsdefizite (GRR/GRDs) auf das Kohärenzgefühl (vgl. Lorenz 2005, S. 51)

Im Säuglingsalter und in der Kindheit vollzieht sich die Entwicklung des SOC maßgeblich durch die Erfahrungsmuster im Kontakt zu den wichtigen Bezugspersonen des Kindes. Verstehbarkeit entsteht durch die zunehmende Gewissheit, dass sich die soziale und physikalische Umwelt nicht ständig ändert (vgl. Antonovsky 1997, S. 96). D.h., äußere Stimuli und Reaktionen der Bezugspersonen sind verlässlich und vorhersagbar. Die Mutter wird zu einer „[...]inneren Gewißheit wie auch zu einer äußeren Vorhersagbarkeit“ (Erikson 1963, S. 247; In: ebd.). Die eigene Bedeutsamkeit wird erlebt bei der Teilhabe an Entscheidungsprozessen sozial anerkannter Aktivitäten – auch schon beim Säugling. Indem der Säugling erfährt, dass die erwünschten Ergebnisse (z.B. Sättigung, Zuwendung) wiederkehrend auf die eigenen Aktionen folgen, wird er sich beteiligt fühlen (vgl. Antonovsky 1997, S. 97).

„Spiel, Berührung, Zuwendung und Stimme drücken in unendlich kultureller Vielfalt aus: Du bist uns wichtig“ (ebd.).

Handhabbarkeit wird gefördert durch eine Balance zwischen Überlastung und Unterforderung. Auch das Kleinkind ist schon Herausforde-

rungen ausgesetzt, beispielsweise dann, wenn es auf eine Mahlzeit warten muss oder bestimmte Bedürfnisse zum Ausdruck bringen will. Wenn es Bezugspersonen gelingt, diese Zeichen wahrzunehmen und positiv zurück zu spiegeln, entsteht das Gefühl im Kind, den Anforderungen gerecht zu werden und diese handhaben zu können (vgl. Lorenz 2005, S. 47).

Die Adoleszenz ist gekennzeichnet durch eine hohe Vulnerabilität, die sich dadurch erklären lässt, dass dem Jugendlichen besondere Entwicklungsaufgaben aufgegeben sind, die er zu bewältigen hat. Antonovsky verweist auf Benedict (1938), der insbesondere auf die Diskontinuität zwischen dem Leben als Kind und dem Leben als Erwachsener und die daran gekoppelten Erwartungen aufmerksam gemacht hat:

„In der amerikanischen Gesellschaft wurde (zumindest in der Zeit) von dem Kind erwartet, daß es keine Verantwortung trug, daß es unterwürfig war und asexuell; als Erwachsener trägt man volle Verantwortung, ist dominant und hat eine klar definierte Geschlechterrolle. Die Adoleszenz ist das Schlachtfeld für solch revolutionäre Transformationen“ (Antonovsky 1997, S. 100).

Auch wenn sich seit 1938 gesellschaftlich einiges verändert hat, beispielsweise bei der Festlegung auf eine Geschlechterrolle, kann das Bild eines „Schlachtfeldes“ in Bezug auf die Pubertät heutzutage sicherlich immer noch angewandt werden, da nach wie vor Transformationsprozesse in der Adoleszenz durchgestanden werden. Lorenz weist zudem auf eine zunehmende Verschärfung der Schwierigkeiten hin bei der Bewältigung solcher Transformationsprozesse, da die traditionellen, orientierungsgebenden Supportsysteme wie Kirche und Kernfamilie immer mehr verloren gehen (vgl. Lorenz 2005, S. 49). Das Wesentliche bei der Ausbildung von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (Sinnhaftigkeit) in dieser Entwicklungsperiode scheint wiederum zu sein, dass das soziale Umfeld die Entwicklungen des Jugendlichen verstehen und wertschätzen kann. Hierzu referiert Antonovsky Erikson: Der Jugendliche aus jedem Kulturkreis sieht sich damit konfrontiert,

„eine umschriebene Persönlichkeit innerhalb einer sozialen Realität [zu werden], die man versteht, [...]einen belebenden Realitäts-sinn aus dem Bewußtsein zu entwickeln, daß sein individueller Weg, die Erfahrungen zu meistern, eine wertvolle Variante des Weges ist, mit dem die anderen Menschen um ihn herum ihre Er-

6. KAPITEL

fahrungen meistern und solches Können anerkennen“ (Erikson, 1959, S. 89; In: Antonovsky 1997, S. 101).

Im jungen Erwachsenenalter können die bisherigen Muster von Erfahrungen aus Kindheit und Jugendzeit noch einmal verstärkt oder auch korrigiert werden, bevor sie dann nach Antonovsky eine bestimmte Lokalisation auf dem SOC-Kontinuum festlegen (vgl. Antonovsky 1997, S. 105). Der Ort, der im jungen Erwachsenenalter den SOC maßgeblich prägt, ist das Arbeitsleben, besonders die zu vollziehende Tätigkeit und das Miteinander der Kolleg*innen spielen hier eine Rolle. Unterstützung, Partizipation, Freude und Stolz an der Arbeit, Ermessensspielraum sind beispielsweise Faktoren, die ermöglichen, dass man Erfahrungen der Konsistenz, der Ausgewogenheit zwischen Überlastung und Unterforderung sowie der Bedeutung im sozialen Miteinander macht (vgl. ebd., S. 108 f.). Hingegen können chronische Überlastungen, eindimensionale und monotone Tätigkeiten, wenig Anerkennung und geringe Partizipation an sozial anerkannten Entscheidungsprozessen schwächend für den SOC sein (vgl. ebd., S. 108 f.).

Im jungen Erwachsenenalter ist die Identität, die soziale Rolle und ein bestimmtes Weltverständnis so stark ausgebildet, dass die nachfolgenden Erfahrungen rigide in die bestehenden Strukturen eingepasst werden und sich stabilisierend auf das jeweilige SOC-Niveau auswirken. Die Person mit einem hoch ausgeprägten SOC wird voraussichtlich ihr Level halten können (vgl. ebd., S. 116), für denjenigen mit einem niedrigen SOC sehen die Prognosen laut Antonovsky jedoch schlecht aus:

„Für die Person mit einem schwachen SOC im frühen Erwachsenenalter wird das Leben zu einem Teufelskreis. GRDs spielen eine zunehmend wichtige Rolle, da eine Begegnung mit ihnen, eine nach der anderen, das SOC immer mehr schwächt. Der ‚Verlierer‘ verliert immer weiter, und das Leben wird immer chaotischer, weniger handhabbar und sinnlos“ (ebd., S. 117).

Eine Stärkung des Kohärenzgefühls ist nach Antonovskys Auffassung unwahrscheinlich, man bleibt dem einmal aufgebauten Muster an Lebenserfahrungen passiv ausgesetzt (vgl. ebd., S. 114). Veränderungen werden nur dann zugestanden, wenn externale Bedingungen und Lebensumstände (neues Land, neue Arbeit) ein neues Muster an Lebenserfahrungen langfristig ermöglichen können (vgl. ebd., S. 117).

Antonovskys Auffassung, dass der SOC sich bis zum dreißigsten Lebensjahr ausbilde und der Mensch dann sein Leben lang einer bestimmten Weltauffassung bzw. einem Muster von Lebenserfahrungen verpflichtet sei, erfährt in den Gesundheitswissenschaften durch Blättner zwei relativierende Überlegungen. Zum einen sei in seiner theoretischen Konzeption möglicherweise zu wenig formuliert worden, „dass auch jenseits der 30 noch selbstgewählte, grundsätzlich neue Orientierungen möglich sind, die zu einer Stärkung des SOC beitragen können“ (Blättner 2007, S. 72). Des Weiteren merkt Blättner an, dass es zu der These der Unveränderbarkeit ab dem dreißigsten Lebensjahr keine eindeutigen empirischen Ergebnisse gibt. D.h., in Langzeitstudien könne nicht belegt werden, dass das Kohärenzgefühl beim Älterwerden gleichbleibt oder in Kohorten tendenziell abnimmt (vgl. ebd.). Bengel et al. (1998) vermuten in ihrem Review sogar einen Anstieg des SOC, der mit dem Alter zusammenhängt, verweisen allerdings zur Untermauerung der Beobachtung auf fehlende Längsschnittstudien (In: Blättner 2007, S. 72). Zu dem gleichen Schluss kommen Franke und Witte (2009) und beziehen sich dabei auf Untersuchungen an unterschiedlichen Alterskohorten, die einen leichten Anstieg des SOC im Laufe des Lebens dokumentieren (Callahan et al. 1995, Frenz et al. 1993, Hannover et al. 2004, Sack et al. 1997, Schuhmann et al. 2003, Udris et al. 2000, Eriksson 2007). Eine eindeutige Attribution der gefundenen Veränderungen des SOC auf das Lebensalter sei jedoch mit den bisherigen Untersuchungen nicht zu zeigen, die Notwendigkeit von Längsschnittstudien besteht also weiterhin (vgl. Franke/Witte 2009, S. 9).

Antonovskys Stabilitätsannahme, gekoppelt an das dreißigste Lebensjahr, wird von unterschiedlichen Disziplinen kritisch diskutiert. Antonovsky beschreibt Emigration, Wohnortswechsel, Veränderungen im Familienstand oder des Beschäftigungsverhältnisses als seltene Ausnahmen, die durch ihre einschneidenden Veränderungen neue Muster an Lebenserfahrungen ermöglichen und sich somit auch auf den SOC auswirken können (vgl. Antonovsky 1997, S. 117). D.h., in den Annahmen zum Salutogenesemodell spiegeln sich die derzeitigen gesellschaftlichen Verhältnisse wieder. Was als Ausnahme galt, wird in einer „Transformationgesellschaft“ (Schäffter 2001b; vgl. Kapitel 6.2.2.1) zu einer Alltäglichkeit, die immer wieder – auch im höheren Alter – neue Anpassungsleistungen vom Individuum erfordern sowie transformierender Identitäts- und Lernprozesse bedürfen. So kommentiert Höfer aus identitätstheoretischer Perspektive:

6. KAPITEL

„Zum anderen widersprechen die gesellschaftlichen Entwicklungen dem Bild, daß Erfahrungsräume über längere Zeit gleich bleiben und Individuen nur kontinuierliche Erfahrungen machen können. Dies zeigt sich in allen wesentlichen Lebensbereichen. [...] Individuen müssen so versuchen, permanent mit diesen Veränderungen zurechtzukommen. Sie müssen, wie die neuere Identitätsforschung zeigt, permanent ‚Identitätsarbeit‘ leisten“ (vgl. Höfer 2000a, S. 104).

Aus lerntheoretischer Perspektive kann hier ein Zitat Schöffters angeführt werden. Die Stabilität des SOC speist sich aus der Organisation sich wiederholender Erfahrungen, die die eigene Weltsicht bestätigen und potentiell andere Erfahrungen (möglicherweise) schon auf der Wahrnehmungsebene herausfiltert. Eine solche Reduktion des Erlebens auf Bekanntes, wird von Schöffter in einer, sich immer mehr ausdifferenzierenden, Gesellschaft als „gefährliche“ Einseitigkeit beschrieben:

„Eine eigenheitszentrierte Weltsicht mit geringer Perzeptionsfähigkeit für bislang unzugängliche Fremderfahrungen wird im Zuge komplexer Entwicklungsverläufe nicht nur unrealistischer, sondern auch für alle Beteiligten zunehmend gefährlich. [...] In einer Krisengesellschaft kann man es sich nicht mehr leisten, offenkundige Divergenzen innerhalb der eigenen Gesellschaft und im Weltmaßstab bereits auf der Ebene des Wahrnehmungsprozesses auszufiltern“ (Schöffter 1997b, S. 698).

Die hier aufgeführten Zitate verdeutlichen noch einmal die Notwendigkeit einer Erweiterung des Salutogenesemodells um lerntheoretische Konzepte, wie sie aus dem Vergleich des Salutogenesemodells und Theorien zum Lernen Erwachsener angestrebt werden.

Wie in der Einleitung bereits angeklungen ist, widerspricht es dem Bildungsverständnis der Andragogik, von einem Menschen auszugehen, der sich bereits in seinen ersten dreißig Jahren auf ein Weltverständnis bzw. eine Lebensorientierung festlegt und sich nicht darüber hinaus zu entwickeln vermag. Im Gegenteil: Auch dem älteren Erwachsenen werden noch Möglichkeiten für tiefgreifende Veränderungen zugestanden. Relevant sind in dem Zusammenhang auch die Aussagen aus dem sechsten Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, in dem gerontologische Befunde ausgewertet wurden:

„Das körperliche Altern folgt anderen Entwicklungsgesetzen als das seelische oder geistige Altern. Das körperliche Altern ist mit einem Rückgang der Anpassungsfähigkeit des Organismus und mit einer Zunahme des Krankheitsrisikos verbunden, wohingegen das seelische und geistige Altern von Wachstumsprozessen geprägt sein kann“ (Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010, S. 165).

Empirisch gestützt wird diese Annahme auch durch Ergebnisse der psychologischen Altersforschung. Lehr resümiert in ihrem Werk „Psychologie des Alterns“:

„Eine Übersicht über neuere Ergebnisse amerikanischer Längsschnittuntersuchungen, welche teils Fragebogenmethoden, teils Interviews verwendeten, zeigt, dass die These von der Unveränderlichkeit der Person im mittleren und höheren Erwachsenenalter nicht so unbestritten ist, wie dies Vertreter einer Eigenschaftstheorie behaupten (ALDWIN & LEVENSON 1994). [...] Studien über Persönlichkeit und Alter zeigen, dass Veränderungen bis ins hohe Alter möglich sind. Diese Veränderungen können nicht alle als solche in Richtung auf Abnahme oder auf Zunahme, bzw. auf größere Reife und Integration hin gedeutet werden, sondern als qualitative Umstrukturierungen“ (Lehr 2003, S. 134).

Veränderungen und Persönlichkeitsentwicklung bedürfen in Teilen auch ein entsprechendes Setting, das diese Prozesse begleitet. Solche „Lernorte“ sind nicht nur in der Therapie aufzufinden, sondern sind auch als wesentliche Aufgaben in der Erwachsenenbildung heimisch:

„Ja, der Erwachsene kann über sich hinaus wachsen, aus dem Schatten seiner Vergangenheit treten und sein Leben selbstbestimmt gestalten. Wer davon ausgeht, dass mit dem Abschluss der Pubertät der Erwachsene in seiner ‚Endform‘ erscheint, legt den Erwachsenen an die Kette seiner Kindheit, die dann den Radius seiner Entwicklungsmöglichkeiten bestimmt. Erst der Erwachsene verfügt jedoch über die notwendigen Freiheitsgrade, die es ihm ermöglichen, sich von seiner Vergangenheit zu lösen und sich – wo nötig sogar entgegen seiner Kindheitserfahrungen – in weitgehender Selbstbestimmung zu entwickeln. Diese Weiterentwicklung begreife ich als eine der wichtigsten Bildungsleistungen des Erwachsenen und deren Begleitung und Förderung als eine der

6. KAPITEL

wichtigsten Aufgaben der Erwachsenenbildung“ (Wolf 2014, S. 13).

6.1.2 Lernprozesse als Voraussetzung für seelische Gesundheit

Die Aussagen von Antonovsky verdeutlichen, dass der Prozess der Salutogenese bzw. die Bewältigung externer und interner Anforderungen sowohl vom Ausmaß des SOC-Niveaus abhängt, als auch von den bis dato entwickelten und verfügbaren Generalisierten Widerstandsressourcen. Die spannungsinduzierende Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass keine sofortige, automatische Reaktion abgerufen werden kann. In den beschriebenen Bewertungsschritten gelingt es aber vor allem demjenigen mit einem ausgeprägten SOC-Niveau, die Emotion zu regulieren und eine problemlösende Verarbeitung und Handlung anzustoßen. Es scheint – auf der theoretischen Ebene – so zu sein, dass ein hohes SOC-Niveau dazu befähigt, **immer wieder neue Probleme mit „alten“ Ressourcen zu bewältigen**. Zur Verdeutlichung werden einige Textpassagen aufgeführt:

„Bei der Lösung einer schwierigen Aufgabe ist der Mensch im Grunde genommen mehr oder weniger unbewusst und unentwegt damit beschäftigt, wie er in der Vergangenheit ähnliche Situationen gemeistert, wie er seine Ressourcen zur Lösung des Problems vormals aktiviert hat“ (Lorenz 2005, S. 61).

Das Maß des SOC Niveaus entscheidet über die emotionale Verfassung gegenüber einem Stressor. Das Umdefinieren eines Stressors in eine Herausforderung bewirkt die Spannungsreduktion, die dann die emotionale Basis schafft für die instrumentelle Problemlösung. Auch hier ist immer wieder die Rede von der Auswahl und Aktivierung von vorhandenen Ressourcen. Ressourcen sind „das Wissen, die Fertigkeiten, die Materialien und das zur Verfügung stehende Rüstzeug“ (Antonovsky 1997, S. 109), die auch außerhalb des Individuums sein können oder kollektiv verfügbar sind (vgl. ebd.).

Das Kohärenzgefühl verhilft dazu, aus einem vorhandenen Repertoire verschiedener Ressourcen die passende auszuwählen:

„Sie [die Person mit einem starken SOC] ist zum Coping motiviert, und nachdem sie Art und Dimension des Problems und die

Realität, in der es auftritt, geklärt hat, befindet sie sich auf dem richtigen Weg, indem sie die besten Ressourcen aussucht, die sie für das bestehende Problem zur Verfügung hat“ (ebd., S. 135).

Und weiter:

„Die Person mit einem starken SOC wählt die bestimmte Coping-Strategie aus, die am geeignetsten scheint, mit dem Stressor umzugehen, dem sie sich gegenüber sieht. Oder, wie ich es lieber ausdrücken möchte, sie wählt aus dem Repertoire generalisierter und spezifischer Widerstandsressourcen, die ihr zur Verfügung stehen, die Kombination aus, die am angemessensten zu sein scheint“ (Antonovsky 1997, S. 130).

Die Aufrechterhaltung eines Stressors, der in den angegebenen Bewältigungsschritten Bestand behält, ist entweder Merkmal einer Person mit einem niedrigen SOC oder wird als Gefährdung für das aktuelle SOC-Niveau beschrieben, was eine entsprechende Schwächung bedingen kann.

Eine aus pädagogischer Sicht naheliegende Bewältigungsmöglichkeit, nämlich der Aufbau neuer Ressourcen als Reaktion auf innere und äußere Anforderungen, die nicht automatisch oder auch nach Reflexion des vorhandenen Bewältigungsrepertoires beantwortet werden können, wird im Salutogenesemodell nicht explizit erwähnt²⁰. Dabei ist durchaus vorstellbar, dass aktuelle Lebensumstände den eigenen Ressourcenhorizont übersteigen. Denn die abschließende Entwicklung geeigneter Fähigkeiten und Ressourcen zur Vorbereitung (aller) späteren Bewältigungsaufforderungen können nicht in der Kindheit und Jugendzeit gänzlich vorweggenommen werden. Kennzeichnend für solche Lebenssituationen sind solche, in denen:

- die vorhandenen Kompetenzen und Fähigkeiten nicht zur Problemlösung ausreichen oder unzureichende Lösungen produzieren,

²⁰ Diese Feststellung kann Irritation hervorrufen, da das Salutogenesemodell im Bereich der Gesundheitswissenschaften gerade mit Ressourcenförderung assoziiert wird und dies auch als Abgrenzungsmerkmal zur Prävention gilt. Die hier diskutierten Textpassagen orientieren sich bisher ausschließlich an den von Antonovsky beschriebenen Bewältigungsprozessen (und nicht an der gesundheitswissenschaftlichen Auslegung des Salutogenesemodells).

6. KAPITEL

- die eingeübten und bewährten Sichtweisen zu unbefriedigenden Interpretationen führen,
- bewährte Bewältigungsstrategien nicht das gewünschte, erwartete Ergebnis zeigen,
- die persönlichen Lebensziele und Lebensprojekte nicht mehr mit Sinn unterlegt werden können,
- die aktuelle Situation als Stagnation erlebt wird und neue, sinnstiftende Projekte fehlen.

Solche Situationen können schmerzhaft sein und sind per Definition nach Antonovsky „Stressoren“, da sie Lebenserfahrungen erzeugen, die den SOC potentiell schwächen. Aus Sicht der Erwachsenenbildung wäre es allerdings verfrüht, hier automatisch eine Schwächung des SOC anzunehmen, da gerade solche Situationen, die die aktuellen Ressourcen überfordern, vom Erwachsenen vielfältige Lernprozesse einfordern und zugleich Entwicklungsmöglichkeiten eröffnen (vgl. Wolf 2014, S. 12). Entwicklungen erfordern tiefgreifende Veränderungs- und Lernprozesse, so dass im Bewältigungsgeschehen nicht mit einer zeitnahen Spannungsreduktion zu rechnen ist, aber langfristig nachhaltige Lösungen geschaffen werden könnten bzw. das Bewältigungsrepertoire um Ressourcen erweitert werden könnte²¹. Diese Weiterentwicklung folgt nicht immer auf einem harmonisch fortschreitenden Lernprozess (vgl. Fischer 2011, S. 148), sondern kann sich tatsächlich auch an eine krisenbehaftete Irritation anschließen. Hier zeigt sich ein „wahres salutogenetisches Potential“ im Menschenbild der Pädagogik, da dem „Stressor“ auch dann eine entwicklungsförderliche Wirkungsfähigkeit zuerkannt wird, wenn die ersten Bewältigungsversuche scheiterten.

Dies wird im Folgenden lerntheoretisch verifiziert durch die Auseinandersetzung mit Schäffters Artikel „Irritation als Lernanlass“ (1997a). Systemisch-konstruktivistische Lerntheorien zeigen auf, wie eine Adaption an die Umwelt erfolgen kann, was im Rahmen der Stresstheorie als Bedingung für Gesundheit betrachtet wird.

21 Der verwendete Konjunktiv verweist auf die Potentialität eines solchen Veränderungsprozesses. In der Erwachsenenbildung ist man sich durchaus im Klaren darüber, dass Menschen sich auch gegen Entwicklungen entscheiden oder Entwicklungsoptionen nicht wahrnehmen können.

„Im Gegensatz zu der Suche nach Lösungen nach Art der Wunderwaffe müssen wir nach allen Quellen der negativen Entropie suchen, die die aktive Adaption des Organismus an die Umwelt erleichtern können“ (Antonovsky 1997, S. 30).

Adaption erfolgt jedoch nicht ausschließlich durch den Rückgriff auf vorhandene Ressourcen, sondern auch durch die lernende Selbstveränderung, um eine Passung zwischen dem Subjekt und seiner Umwelt neu aufzubauen. „Adaption“ ist ein geläufiger Begriff in der Pädagogik, der dem Forschungsansatz zur kognitiven Entwicklung des Schweizer Psychologen Piagets entlehnt ist. Als Biologe hatte dieser sein Anpassungsverständnis an der Evolutionstheorie orientiert. Adaption bzw. Anpassung des Organismus an die Umwelt erfolgt nach Piaget aus einem Erhaltungsmotiv heraus:

„Anpassung geschieht dann, wenn der Organismus sich in Abhängigkeit von seiner Umwelt umgestaltet und wenn diese Umgestaltung eine Verstärkung der Austauschbeziehungen zwischen Umwelt und Organismus zur Folge hat, die zu seiner Erhaltung beitragen“ (Piaget 1989, S. 15; In: Wolf 2014, S. 72).

Adaption umfasst dabei zwei komplementäre Prozesse: Zum einen die **Assimilation**, bei der die Wahrnehmung der Umwelt in die vorhandenen Schemata eingepasst werden. Unter Schemata versteht man individuell ausgebildete Kategorien bzw. Kognitions- und Verhaltensmuster, in die Objekte oder Situationen (wie in eine Art Schablone) eingeordnet werden. Piaget unterscheidet dabei zwischen Vorstellungsschema und Handlungsschema.

„Das Vorstellungsschema ist eine vereinfachte, statische Repräsentation eines Gegenstandes oder einer Handlung. Ein Handlungsschema ist ein überdauerndes, wiederholbares und koordiniertes Verhaltensmuster mit einer Logik“ (Scharlau 2007, S. 83).

Lernen im Modus der Assimilation erfolgt, wie dies auch im Bewältigungsprozess der Salutogenese beschrieben wird, indem vorhandene Handlungsschemata auf die neue Situation angewendet werden. Zum anderen gibt es den Prozess der **Akkommodation**, bei der die vorhandenen Handlungsschemata verändert werden, um sich der Umwelt anzupassen:

6. KAPITEL

„Die Assimilation ist konservativ und möchte die Umwelt dem Organismus [...] unterordnen [...], während die Akkommodation Quelle von Veränderungen ist und den Organismus den sukzessiven Zwängen der Umwelt beugt“ (Piaget 1975, S. 339; In: Scharlau 2007, S. 89).

Im Stressbewältigungsmodell kann in dieser ersten Differenzierung von Adaption nach Piaget, also „lediglich“ von Assimilationsprozessen die Rede sein, da hier vorhandene, ausgebildete Handlungsschemata in Form von Bewältigungsstrategien auf neue Handlungsaufforderung aus der Umwelt oder aus innerpsychischen Anforderungen heraus zur Anwendung kommen. Akkommodation – dies wird noch darzustellen sein – kann eine weitere, auf Assimilationsprozessen aufbauende Form der Adaption sein, die eine Reflexion der eigenen Strukturen vornimmt und diese zur Disposition stellt. D.h., die vorhandenen Schemata werden reflektiert und ggf. aufgegeben bzw. neue Strukturen werden aufgebaut, um eine Passung zur Umwelt zu gewährleisten.

„Piaget betrachtete die kognitive Entwicklung als Ereignis des ständigen Wechselspiels von Assimilation und Akkommodation. Die Assimilation bewahrt und erweitert das Bestehende und verbindet so die Gegenwart mit der Vergangenheit, und die Akkommodation entsteht aus Problemen, die die Umwelt stellt, also aus Informationen, die nicht zu dem passen, was man weiß und denkt“ (Krech et al. 1992, S. 41).

Assimilation und Akkommodation werden im Kontext dieser Arbeit noch differenziert behandelt werden (vgl. Kapitel 6.2), an dieser Stelle soll der kurze Ausblick ausreichen, um darzustellen, dass eine Passung zwischen dem Subjekt und seiner Umwelt auch durch Akkommodation, d.h., durch Selbstveränderungsprozesse bzw. Lernprozesse, aufgebaut wird.

Exkurs zum Deutungsmusteransatz als ein Prinzip didaktischen Handelns in der Erwachsenenbildung

Die im vorherigen Kapitel aufgeführten Lebenssituationen, die anzeigen, dass die individuellen Bewältigungsressourcen überschritten werden, werden im Kontext konstruktivistischer Theorien zur Erwachsenenbildung als subjektive Anlässe für ein „Deutungslernen“ (Siebert 1997, S. 113)

beschrieben. Das Bedürfnis nach einem Deutungslernen entsteht dann, wenn Erwachsene mit ihren Deutungen der Realität nicht zufrieden sind:

„Man empfindet die eigenen Wirklichkeitsinterpretationen als widersprüchlich, unbefriedigend oder einschränkend. [...] Die gewohnten Deutungsmuster erweisen sich nicht mehr als brauchbar (»viabel«) oder werden durch Bezugspersonen infrage gestellt, so daß die Bereitschaft für eine »Um-Deutung«, ein »Reframing« besteht“ (Siebert 1997, S. 113).

Bei Deutungsmustern handelt es sich um biografisch gewachsene Strukturen, „die Matrizen, die »Skripts« unserer Realitätswahrnehmung und Problemlösung“ (ebd., S. 112). Deutungsmuster werden subjektiv mit Sinn unterlegt und ermöglichen Orientierung durch die Reduktion der Komplexität von Informationen sowie ein routiniertes Alltagshandeln (vgl. ebd., S. 111 f.). Siebert weist darauf hin, dass Deutungsmuster nicht nur auf kognitive Interpretationen beschränkt sind, sondern auch tief verwurzelte, emotional besetzte Bestandteile der Identität umfassen (vgl. ebd., S. 113). Daher weisen sie eine „»gewisse Stabilität und Beharrungstendenz« auf“ (ebd., S. 111). Ähnlich wie das Kohärenzgefühl haben auch Deutungsmuster einen stabilisierenden Charakter, da durch sie Informationen geordnet werden (Verstehbarkeit), Handlungen ermöglicht werden (Handhabbarkeit) und die individuellen Realitätsdeutungen mit Sinn unterlegt werden (Sinnhaftigkeit).

Siebert stellt im Kontext des Deutungsmusteransatzes die Frage, ob Bildungsarbeit überhaupt Deutungsmuster problematisieren sollte, da sie ja gerade Alltagsbewältigung ermöglichen. Eine Reflexion würde ggf. mit einer Verunsicherung oder Desorientierung im alltäglichen Handeln einhergehen (vgl. ebd., S. 112). Der Deutungsmusteransatz als didaktisches Prinzip in der Erwachsenenbildung wird in der Bildungsarbeit daher sehr sensibel gehandhabt und zielt auch nicht unbedingt auf eine Veränderung der Deutungsmuster ab (vgl. ebd., S. 113). Es kann den Teilnehmer*innen aber ein „»Reservoir neuer Deutungen ihres Welt- und Selbstbildes«“ (ebd., S. 114) angeboten werden; Erwachsenenbildung kann einen Raum zur Verfügung stellen zum »Probedenken« neuer Deutungen. Die Deutungsangebote sind Angebote²², Erwachsenenbildung ist

22 Schmidt hat im Bereich der hypnosystemischen Beratung und Therapie die Metapher des „Realitätenkellners“ (Schmidt 2011, S. 31) entwickelt, die ich auch im Kontext der Erwachsenenbildung für sinnvoll erachte: „»Realitätenkellner« deshalb, weil ich ja, wenn ich so vorgehe, quasi vielfältige Menüvorschläge aus diversen Rea-

6. KAPITEL

nicht befugt „»falsche« Deutungen durch »richtige« zu ersetzen“ (Siebert 1997, S. 114)²³. Dies würde sich auch schwierig gestalten, da Informationen zu den eigenen Bedingungen, also selbstorganisiert, verarbeitet werden.

„Erwachsene ändern ihre Deutungsmuster nur dann, wenn sie es wollen, nicht, wenn sie es sollen“ (ebd.).

Eine normative Zurückhaltung ist auch im Salutogenesemodell vorgesehen. Antonovsky verzichtet hier bewusst auf eine Definition von Gesundheit, da er nicht an absoluten oder idealistischen Konzepten interessiert ist und diese eine Festlegung von Normen beinhalten würde, die immer auch eine Gefahr der Ausgrenzung oder Zuschreibung mit sich bringt (vgl. Bengel, et al. 2001, S. 28). Er betont dabei:

„eine salutogenetische Orientierung macht keine Vorschläge für ein gutes Leben im moralischen Sinne, sie kann nur das Verständnis von Gesundheit und Krankheit erleichtern“ (Antonovsky 1993, S. 14).

Bei dem Anliegen einer Förderung seelischer Gesundheit kann also nicht davon ausgegangen werden, eine globale Orientierung durch eine andere zu „ersetzen“. Eine globale Orientierung reflexiv in den Blick zu nehmen, kann an der Thematisierung von Deutungsmustern ansetzen. Hier muss jedoch ein sensibles Vorgehen beachtet werden, um nicht ungewollte Verunsicherungen zu provozieren, die sich dann als Schwächung des Kohärenzgefühls auswirken:

litäten anbiete, wie ein Kellner, der von einem Gast beauftragt wird, ihm Speisen zu empfehlen. Dabei würde sich ein guter Kellner ja auch nicht weigern, dies zu tun, schon gar nicht mit der Begründung, er könne ja sonst vielleicht den Gast stören oder manipulieren. Der Kellner würde aber auch nicht den Gast nötigen wollen, etwas vom Empfohlenen nun auch zu essen, sondern würde höflich und respektvoll die Entscheidung des Gastes würdigen. Wenn gute Kellner das können (und ich kenne viele solche), sollten wir als Berater uns nicht minder kompetent darin zeigen und so dann auch unseren »Gästen« als wertschätzbare Autoritäten in einer interessanten Kooperationspartnerschaft begegnen“ (Schmidt 2011, S. 31).

- 23 Deutungen können auch unmenschlich, unsozial oder (selbst-)zerstörerisch sein. Sich in der Bildungsarbeit lediglich auf einen Austausch im Gespräch zu beschränken, würde sich nach Siebert als unbefriedigend auswirken: „Zumindest müssen die Kriterien der Reflexion, die Maßstäbe der Überprüfung von Deutungsmustern erörtert werden“ (Siebert 1997, S. 113).

„nicht alle Themen und Lernziele sind in jeder Lebensphase »verträglich«, auch Bildungsziele müssen psychohygienisch zumutbar sein, denn – so Thomas Ziehe: »wer lehrt beglückt nicht nur, er bedroht auch« (Ziehe 1982, S. 175)“ (Siebert 1997, S. 155).

Ein Angebot an alternativen Deutungsmustern sollte es ermöglichen, irritierende Erfahrungen so verarbeiten zu können, dass sie mit Sinn aufgeladen werden können oder Verstehbarkeit und Handhabbarkeit vermitteln können, damit sich ein Gefühl von Stimmigkeit – sprich Kohärenz – einstellen kann. Politische oder religiöse Ideologien, die einen solchen Effekt ebenfalls auszulösen vermögen, sind kein Bestandteil der Erwachsenenbildung. Erwachsenenbildung versucht nicht, durch den Rückzug auf einfache Antworten „heilsame“ Komplexitätsreduktion zu erwirken, sondern schafft Orientierung durch Aufklärung, Information und Reflexion. Kohärenzstiftend wirkt Erwachsenenbildung nach Schüßler dann, wenn es gelingt

„neues Wissen an biographische Sinnressourcen anzuschließen und sich mit diesem Wissen neu zu assoziieren (vgl. Alheit 1990, S. 66). Erst dies ermöglicht ein Erleben von Kohärenz und innerer Stimmigkeit“ (Schüßler 2008, S. 7).

6.2 „Irritation als Lernanlass“ – Erweiterung des Salutogenesemodells um lerntheoretische Überlegungen Schöffers

Das Kapitel widmet sich der Frage, wie die von Antonovsky formulierten Bewältigungsprozesse im Zusammenspiel mit dem Kohärenzgefühl lerntheoretisch ausdifferenziert werden können. Ausgangspunkt für die Zusammenführung von systemisch-konstruktivistischen Ansätzen und dem salutogenetischen Modell sind die folgenden Überlegungen.

Die Beschäftigung mit dem Salutogenesemodell als Erklärungsmodell für seelische Gesundheit konnte zeigen, dass (seelische) Gesundheit als Ergebnis von gelungenen Bewältigungsprozessen lebensweltlicher (innerer und äußerer) Anforderungen immer wieder neu hergestellt wird.

Hierbei ist das Ausmaß des Kohärenzgefühls von besonderer Bedeutung. Damit gemeint ist der Level an Erfahrungen, welches das Subjekt im Laufe seiner bisherigen Lebens- und Lerngeschichte ausgeprägt hat, die Welt als verstehbar, handhabbar und sinnhaft wahrzunehmen. In der konkreten Bewältigungssituation spielen neben dieser übergeordneten Orientierung bzw. Sicht auf die Welt (die Aussagen darüber macht, mit welcher inneren Haltung, Einstellung und emotionalen Verfasstheit das Subjekt einer Herausforderung begegnet) auch verfügbare, innere und äußere Ressourcen eine maßgebliche Rolle.

Das Individuum wird konfrontiert mit zahlreichen Erfahrungen, die als Einschnitte zum bisherigen Lebensfluss wahrgenommen werden – also krisenhafte Lebensereignisse, Übergänge in andere Lebensphasen etc., denen in der heutigen, modernen und pluralen Gesellschaft nicht mehr mit vorgefertigten Handlungsentwürfen und tradierten Lebensformen begegnet werden kann. Das Entwickeln eigener Orientierungs- und Sinnzusammenhänge wird zur zentralen Handlungsaufgabe des/der Einzelnen.

Belastende Erfahrungen sind dementsprechend solche, in denen dem Individuum auf diese äußeren Anforderungen keine adäquate „Passung“ zur Verfügung stehen – also ausgebildete Deutungs- und Interpretationsmuster von Welt an ihre Grenzen kommen sowie hilfreiche Ressourcen fehlen. Es gelingt dem Subjekt zunächst nicht, dem Stressor mit geeigneten Bewältigungsmustern beizukommen und somit die damit verbundene Spannung aufzulösen. Schmitz (vgl. Kapitel 2.1) formulierte dies ähnlich: So kommt seines Erachtens das Subjekt an seine Grenzen, wenn es Handlungen nicht mehr mit den, in seiner Biografie aufgeschichteten, Handlungsentwürfen und damit verbundenen impliziten Geltungsregeln vereinbaren kann (vgl. Schmitz 1983, S. 64). Aus der Belastungs- Bewältigungsperspektive bzw. der Perspektive der Stressforschung, in deren Tradition Antonovsky sich verorten lässt, ist hierin der Auslöser von krankmachendem Stress begründet, der dem Subjekt (langfristig) auch als psychische Belastung/Störung angezeigt werden kann (z.B. in Form von Überforderungsgefühlen, Hilflosigkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, Burnout). Die an eine Krise/Irritation anschließenden Operationen des Individuums können sowohl als Bewältigungsanstrengungen als auch – unter einer lerntheoretischen Perspektive – als Lernprozess bezeichnet werden.

Lernen, aus einem systemisch-konstruktivistischen Verständnis heraus, bezeichnet solche Vorgänge, in denen sich Menschen in Konfronta-

tion mit Irritationen (also neuartige Sichtweisen; fremdes Wissen; Erfahrungen, die nicht zu den geübten Deutungsmustern passen) dem Neuen stellen und ihm in Prozessen lernender Selbstveränderung annähern. „Lernen erhält den Deutungsrahmen von Grenzüberschreitungen“ (Schäffter 1997b, S. 694). Nicht auf jede Irritation erfolgt notwendigerweise ein Lernprozess, es gibt alltäglichere und wahrscheinlichere Reaktionsweisen:

1. Signale (Irritation) werden nicht wahrgenommen oder unterdrückt.
2. Auf Irritation wird mit Bestätigungslernen geantwortet: „Dieser Begriff bezeichnet Aneignungsprozesse, in denen ‚neue‘ Informationen assimilativ (PIAGET) den eigenen Wissensstrukturen und Deutungsmustern unterworfen und so paßgenau ‚zugerichtet‘ werden, daß sie das bisherige Weltbild sichern und eben nicht irritieren“ (Schäffter 1997b, S. 697).

Im Salutogenesemodell und im Bereich der Identitätsforschung sind solche Reaktionsweisen ebenfalls beschrieben worden, die hier im Sinne einer vergleichenden Analyse dargestellt werden:

1. Menschen mit einem niedrigen Kohärenzgefühl reagieren auf Anforderungen eher mit „Resignation und Flucht im Sinne des Unterlassens von Aktivitäten und des ‚Aus-dem-Felde-Gehens‘ mit Merkmalen der Selbstbeschuldigung, der sozialen Abkapselung, mit gedanklicher Weiterbeschäftigung (Grübeln), Selbstmitleid und mit allgemeiner Vermeidungstendenz“ (Schmitz/Hauke 1999, S. 42).
2. Das, was in lerntheoretischer Begrifflichkeit als Bestätigungslernen gefasst wird, kommt in überspitzter Weise in der Beschreibung eines rigiden Kohärenzgefühls zum Ausdruck: „Die Person mit einem schwachen Selbst und schwacher Identität wird natürlich ein schwaches SOC haben. Aber, wie Kohut zeigt, kann sich eine Person mit schwachem Selbst wie verblendet in rigider Weise an einer vorgegebenen Identität festbeißen [...]“ (Antonovsky 1997, S. 42). Auch identitätstheoretische Betrachtungen verweisen auf solche Vorkommnisse:

6. KAPITEL

„In diesem Fall wird Kohärenz in die defensive Gestalt einer geschlossenen und in sich widerspruchsfreien Sicht von sich und der Welt gebracht. Diese Konstruktion braucht Feindbildkonstruktionen, muß einen Tunnelblick entwickeln, der nur Welterfahrungen zuläßt, die das eigene Selektionsmuster bestätigen“ (Keupp 2006, S. 57).

Bei den beiden beschriebenen Bewältigungsversuchen wird zwar kurzfristig eine Stressminimierung bewirkt (z.B. durch das Ignorieren, durch Bagatellisierung und Bagatellisierung des Neuen), langfristig bringt sich das Subjekt jedoch um Entwicklungserfahrungen.

Aus systemisch-konstruktivistischer Perspektive bedeutet Entwicklung, dass für die erfolgreiche Bewältigung einer Ausnahme- bzw. Krisensituation eine **lernende Aneignung** stattgefunden haben muss. Zur Beschreibung dieses Prozesses werden die zwei Begriffspaare „Assimilation“ und „Akkommodation“ (nach Piaget) weiter ausdifferenziert.

Menschen – auch mit einem hohen Kohärenzgefühl gesegnete – können ihre Lernerfahrungen nicht nur im Modus der „Assimilation“ organisieren. Von Glaserfeld bezeichnet einen Vorgang, in Anlehnung an die Terminologie Piagets, als „assimilierendes Lernen“,

„wenn ein kognitiv aktiver Organismus eine Erfahrung in die konzeptionelle Struktur einpasst, über die er jeweils verfügt“ (von Glaserfeld 1994, S. 27).

Das bedeutet, dass die vorhandene, kognitive Struktur ausreichend ist, um neue Erfahrungen daran anzuschließen. Der Lernbedarf ist gering. Hier ist die Komfortzone gesichert und es ist gewährleistet, dass vorhandene Ressourcen zur Bewältigung externer oder interner Herausforderungen aktiviert werden können und diese auch ausreichen. Dies wurde, unter gesundheitswissenschaftlicher Perspektive, (vgl. Kapitel 5.2) als ein Bestimmungsmerkmal seelischer Gesundheit herausgearbeitet. Der Lebensfluss ist jedoch nicht immer im eigenen „Ressourcenhorizont“ zu planen. Überraschende Ereignisse in Form von biografischen Krisen oder Veränderungsprozesse in einer schnelllebigen, modernen Gesellschaft können auch Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl an die Grenzen bringen, wo altes Wissen obsolet wird und eine neue „Passung“ zur Umwelt aufgebaut werden muss. Hier wird Lernen durch Selbstveränderung, im Modus der „Akkommodation“, notwendig.

Schäffter bezeichnet es als eine besondere Stärke eines „kognitiven Systems“ (Schäffter 1997b, S. 698), wenn es sich als „irritationsfähig“ (ebd.) erweist, d.h., wenn sich Menschen irritieren lassen und bereit sind, darauf mit Lernprozessen zu reagieren.

„Irritationsfähigkeit ist die Grundlage für strukturelle Intelligenz. Dies gilt im Lebenslauf personaler Systeme, wenn sie sich in „kritischen Lebensereignissen“ neue Erfahrungsbereiche und ihre fremdartigen Relevanzen anzueignen vermögen“ (Schäffter 1997b, S. 698).

Die lernende Selbstveränderung ist aber keineswegs der nächste, automatisch erfolgende, Schritt. Lernverweigerung, Lernungeübtheit oder Lernunfähigkeit sind im pädagogischen Kontext durchaus nicht unbekanntere Phänomene. Im Folgenden wird daher das Zustandekommen lernender Selbstveränderungen beschrieben und dann als Möglichkeit einer kohärenzstimulierenden Bewältigungsform modellhaft ausgearbeitet. Als Referenzpunkt einer systemisch-konstruktivistischen Lerntheorie dienen maßgeblich die Überlegungen Schäffters (1997a) zur „Irritation als Lernanlass“ im gleichnamigen Artikel und seine Rezeption der systemisch-konstruktivistisch zu verordnenden Schriften Niclas Luhmanns.

Exkurs zu systemisch-konstruktivistischen Grundbegriffen: Selbstorganisation, Autopoiese und Perturbation

Es ist sinnvoll, sich in diesem Zusammenhang mit den Grundannahmen systemisch-konstruktivistischer Ansätze und deren Begrifflichkeiten vertraut zu machen. Leitbegriffe sind beispielsweise Selbstorganisation, Autopoiese und Perturbation, die im Wesentlichen die systemisch-konstruktivistische Grundannahmen bestimmen. Hierdurch wird verständlich, dass das Lernen bzw. die Veränderung für ein „psychisches System“ (als ein autopoietisch organisiertes, menschliches System) der natürlich verlaufenden Tendenz zur Selbstbestätigung entgegenläuft und dieser Prozess nicht von der Außenwelt steuerbar ist sondern lediglich perturbiert werden kann. Zur Erläuterung:

Luhmann identifiziert drei basale menschliche Systemtypen, die auf der Grundlage von Selbstorganisation in jeweils spezifischer und unterschiedlicher Weise operieren: biologische, psychische und soziale Systeme. Dabei operieren biologische Systeme auf der Ebene der Zellen und des Stoffwechsels, psychische Systeme organisieren sich selbst durch an-

6. KAPITEL

einander anschließende Gedanken und soziale Systeme durch aneinander anschließende Kommunikation. In seinem Verständnis von Selbstorganisation baut Luhmann auf dem Theorem der operationalen Geschlossenheit auf:

„Es gibt im System nichts anderes als eigene Operationen und zwar für zwei verschiedene Dinge, nämlich zum einen für die Bildung eigener Strukturen: Die Strukturen eines operational geschlossenen Systems müssen durch die eigenen Operationen aufgebaut werden. Anders ausgedrückt, es gibt keinen Strukturimport. Das heißt ‚Selbstorganisation‘“ (Luhmann 2002, S.101).

Maturana zeigte am Beispiel der Zelle auf, dass es sich bei der Autopoiesis um eine spezifische Form der Selbstorganisation handelt. Hier konnte beobachtet werden, dass die einzelnen Bestandteile der Zelle sich so organisieren, dass sie genau dieselben Bestandteile sowie ihrer wechselseitigen Beziehungen selbst fortwährend hervorbringen. Maturana bezeichnet die Zelle bzw. lebende Systeme als strukturdeterminiert, da sie auf Grund ihrer internen Organisation selbst bestimmen, inwiefern sie mit ihrer Systemumwelt in Kontakt gehen:

„Als strukturdeterminierte Wesen sind wir von außen prinzipiell nicht gezielt beeinflussbar, sondern reagieren immer im Sinne der eigenen Struktur“ (Maturana 1997, S.36).

Luhmann stimmt hier in Bezug auf das Verständnis von autopoietischen Systemen überein:

„Als autopoietisch wollen wir Systeme bezeichnen, die die Elemente, aus denen sie bestehen, selbst produzieren und reproduzieren“ (Luhmann 1995, S. 56).

Systeme entscheiden also autonom, welche Außenkontakte für sie „bekömmlich“ sind und die Selbsterstellung ihres eigenen Systems nicht gefährden. Das System ist daher energetisch offen für Informationen, Energie und Materie, aber strukturell geschlossen, da es die Maßstäbe für die interne Verarbeitung selbst setzt (vgl. Huschke-Rhein 2003, S.195). D.h., Interventionen von außen (z.B. in einem Lehr-Lern-Setting) können nicht steuernd in ein autopoietisches System eingreifen, sondern es lediglich dazu anregen, mit sich selbst in Kontakt zu kommen, um Infor-

mationen in die Logik der inneren Prozesse und der eigenen Wirklichkeit zu übersetzen.

Das Modell der Selbstorganisation nur auf biologische Systeme anzuwenden wäre nach Maturana selbst eine einseitige Verkürzung, da er das Theorem der Selbstorganisation aus der wissenschaftstheoretischen Form des Konstruktivismus her entworfen hat und dieses eher als Modell der Weltanschauung anbietet. Daher kann das Modell der Selbstorganisation auch auf psychische, kognitive und soziale Systeme übertragen werden und ist vor allem für die Pädagogik attraktiv geworden, die es zur Interpretation von Lern- und Entwicklungsprozessen heranzieht (vgl. Huschke-Rhein 2003, S. 196 f.).

In Abgrenzung zu natürlichen, biologischen Systemen sind die psychischen und sozialen Systeme selbst geschaffen und organisieren sich über Bedeutungszuschreibungen – Soziolog*innen sprechen auch von Sinnsystemen (vgl. ebd., S. 211). Auch Luhmann unterscheidet in seiner Systemdefinition zwischen natürlichen Systemen und Sinnsystemen:

„Als System würde ich einen Komplex von Operationen definieren, der die Fähigkeit hat, sich selbst durch die eigene Reproduktion von der Umwelt abzugrenzen. Also eine Operation, die in der Sequenz des Anschließens weiterer Operationen an zufällig entstandenen Anfangsoperationen die Fähigkeit hat, eine Differenz zwischen System und Umwelt zu produzieren. Das mag man in der Biologie mit räumlichen Vorstellungen machen, in der Soziologie oder der Psychologie mit Sinn“ (Luhmann et al. 1988, S.95).

Wie am Beispiel der Zelle verdeutlicht werden konnte, bildet ein autopoietisches System durch die in ihm ablaufenden Operationen fortwährend seine spezifische innere Struktur aus und erschafft damit eine Wirklichkeit, auf die es sich in seinen folgenden Operationen ständig bezieht (Selbstreferenz), mit dem Ziel, den Fortbestand der Selbstorganisation aufrecht zu erhalten (vgl. Belschner 2002, S. 22).

Autopoietische Systeme sind Systeme, die ihren eigenen operativen Gesetzen, d.h., ihrer inneren Logik, folgen. Dadurch wird auch eine Innen-Außen-Differenz geschaffen. Das Ausgeschlossene wird zur Umwelt.

„Es gibt selbstreferentielle Systeme. Das heißt zunächst nur in einem ganz allgemeinen Sinne: Es gibt Systeme mit der Fähigkeit, Beziehungen zu sich selbst herzustellen und diese Beziehungen zu differenzieren gegen Beziehungen zu ihrer Umwelt.“ (Luhmann 1993, S. 31).

6. KAPITEL

In diesem Zitat weist Luhmann auf das Vermögen von Systemen hin, zwischen inneren und äußeren Beziehungen zu unterscheiden. Dies geschieht bei autopoietischen Systemen durch Beobachtung. Dadurch entwickelt das System ein systeminternes Konstrukt bzw. eine Landkarte dieser System-Umwelt-Differenz.

„[...]eine Umwelt unterscheidet sich von einem autopoietischen System, das die Fähigkeit besitzt, eine eigene, systeminterne Version dieser Differenz (von System und Umwelt) als Orientierungs- bzw. als Beobachtungsmaßstab zu benutzen“ (Kleve 2006, S.139).

Dieser intern gesetzte Maßstab ist wichtig für die kontinuierliche Selbstorganisation in sich verändernden Systemkontexten, da er die Registrierung und Weiterverarbeitung von Unterschieden in der Systemumwelt ermöglicht.

Zu Umweltkontakten kommt es allerdings nur dann, wenn die Reproduktion der Einheit des Systems gewährleistet ist. Umweltereignisse können daher nur als Irritation, Perturbation oder Störung des Systems verstanden werden.

„Das System profiliert, mit anderen Worten, selbst, was es aus der Umwelt aufnimmt, indem es laufend Kontraste substituiert und damit Informationen produziert“ (Luhmann 1995, S. 74).

Die im System durch den internen Abgleich produzierte Form hat zwar kein direktes Umweltkorrelat, würde aber ohne die Umwelt auch nicht entstehen. In Bezug auf psychische Systeme bezeichnet Luhmann deren Auseinandersetzung mit der Umwelt als Erwartung. Das System richtet durch den Abgleich mit seiner persönlichen Bewusstseinsgeschichte eine bestimmte Erwartung an seine Umwelt und ermöglicht dadurch selektiv das aufzunehmen, was das System verstehen und operativ verwenden kann. Es findet folglich eine Projektion statt, gefolgt von einem Registrieren, ob die Erwartung eintritt (vgl. Luhmann 1984, S. 362 ff.).

Wird die Erwartung nicht erfüllt, entsteht eine Irritation in Bezug auf die Zweckmäßigkeit der eigenen Deutungsmuster und Konstruktionen. Das autopoietische System wird pertubiert. Perturbation kann definiert werden als „Einwirkungen der Umwelt, die kognitive Prozesse auslösen aber nicht determinieren“ (Arnold et al. 1999, S. 115). Hier entsteht eine Interaktion zwischen dem geschlossenen System und seiner Umwelt, wobei das jeweilige autopoietische System immer noch ent-

scheidet, inwieweit es die Irritation zulässt und seine Selbstorganisation dementsprechend anpasst. Nach dem Lernverständnis von Luhmann kann also nicht von einer Informationsübertragung die Rede sein, Lernen wird vielmehr als Eigenleistung eines autopoietischen Systems angesehen. Lernen wird zwar durch einen äußeren Anstoß in Gang gesetzt, indem die aus Erfahrungen gewonnene Erwartung ausbleibt und es zu einer Differenzerfahrung kommt, aber der daran anschließende Prozess der Restrukturierung bleibt eine interne Operation. Ziel des Organismus sei dabei nicht das Wiederholen einer vertrauten Handlung, wie dies andere Lerntheorien nahelegen, sondern das immer neue Anschließen neuer Elemente, um damit das Überleben des autopoietischen Systems (in seiner Systemumwelt) zu gewährleisten (vgl. Luhmann 1984, S.61 f.).

6.2.1 Irritation und Lernen

Lernen kann zunächst nicht als natürlich und automatisch gegebene „Tatsache“ angenommen werden, Lernen ist eine Strategie, sich mit widerständigen Ereignissen auseinanderzusetzen und bezeichnet daher (unter einem systemtheoretischen Blickwinkel) ein spezifisches System-Umwelt-Verhältnis (vgl. Schäffter 2001a, S. 1).

In Bezug auf kognitive Systeme bezeichnet Luhmann deren Auseinandersetzung mit der Umwelt als Erwartung (vgl. Luhmann 1984, S. 362 ff.). Das System richtet durch den Abgleich mit seiner persönlichen Bewusstseinsgeschichte eine bestimmte Erwartung an seine Umwelt, gefolgt von einem Registrieren, ob die Erwartung eintritt:

„Die Wirklichkeit eines kognitiven Systems lässt sich als Gesamtheit seiner Erwartungsstrukturen und eingeschliffenen Antizipationsmuster auffassen, die sich ontogenetisch im Lebenslauf und soziogenetisch im Zuge gesellschaftlicher Entwicklungsprozesse ausdifferenziert haben (Schäffter 1997b, S. 696).

Diese gewohnten, erprobten und gefestigten Erwartungsstrukturen stehen dem kognitiven System als normal erscheinende, unbewusste „Basisüberzeugungen“ (vgl. ebd.) zur Verfügung. Die Wahrnehmung der Außenwelt erfolgt also über Operationen der Antizipation und des Mustervergleiches. Irritation bedeutet nun zunächst nichts anderes, als dass die bestehenden Erwartungsstrukturen enttäuscht werden, indem die Strukturen der äußeren Welt den bisher aufgebauten Antizipationsmustern

6. KAPITEL

Widerstand leisten und damit eine automatisch sich regulierende Adaption unterbinden (vgl. Schöffter 2001a, S. 3). Der Kontakt mit neuen Wissens- und Bedeutungsstrukturen wirkt wie eine Störung des Gewohnten und drückt sich spürbar als Überraschung oder Enttäuschung aus (vgl. Schöffter 1997b, S. 695). Die Irritation hat nun für das sich lernend verändernde, kognitive System zweierlei Bedeutung. Zum einen markiert die Irritation den Punkt, an dem das kognitive System an seine Grenzen kommt.

„Irritation ist ein Signal für die Überschreitung von Sinnzusammenhängen und bietet hierdurch überhaupt erst Anschlußmöglichkeiten für kontextübergreifende Aneignungsprozesse“ (Schöffter 1997b, S. 695).

Schöffter beschreibt dies an anderer Stelle auch als das Erscheinen eines „weißen Fleckes“ auf der kognitiven Landkarte, der zum Entdecken animiert (vgl. Schöffter 2001a, S. 3). Zweitens werden nun die markierten Grenzflächen als die eigenen erkannt und damit ins Bewusstsein geholt. Somit werden die bisher latent vorhandenen Erwartungsstrukturen reflexionsfähig.

„Erst durch Erwartungsenttäuschung wird in einem kognitiven System thematisierbar, daß und welche Erwartungen bislang als Normalform erfolgreich unterstellt wurden. Irritation bietet daher in ihrer reflexiven Funktion wichtige Anschlussmöglichkeiten zur Überprüfung der sich beiläufig herausgebildeten Erwartungsstrukturen. Sie kann daher auch als Ausgangspunkt von Selbstveränderung genutzt werden“ (Schöffter 1997b, S. 696).

Dort, wo keine Erwartungsstrukturen ausgebildet wurden, kann auch keine Irritation in Form von Diskrepanzerleben zwischen Erwartung und dem Nicht-Eintreffen der Erwartung erzeugt werden (vgl. ebd.). Hier besteht ein Mangel an Wahrnehmungsfähigkeit. Ebenso bei diffus ausgeprägten Erwartungsstrukturen: Hier ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass neue Informationen nicht als solche „spürbar“ werden, sondern in die vorhandene Struktur eingepasst werden (vgl. ebd., S. 697). Enttäuschungsfähige, kognitive Strukturen sind der Nährboden lernender Veränderung, die Störung des Gewohnten kann hier als „relevantes Nichtverstehen“ erfahrbar werden (vgl. Schöffter 2001a, S. 4).

Erfolgt eine Erwartungsenttäuschung, so melden sich zunächst lediglich die eigenen Kontextgrenzen. Das Neue kann nicht sofort kognitiv

erfasst werden, sonst „wäre das Fremde nicht fremdartig und das neue Wissen im Grundsatz bekannt“ (Schäffter 1997b, S. 695). Es müssen zunächst neue Grenzflächen zwischen dem kognitiven System und der Systemumwelt aufgebaut werden. Die Irritation ist der Anlass zu dieser Art von Grenzüberschreitung der bisherigen kognitiven Struktur.

Nun gibt es mehrere Möglichkeiten mit einer Irritation umzugehen, Lernen ist die eine. Zu einem der Merkmale (kognitiver) Systeme gehört jedoch ihre strukturelle Geschlossenheit und die Angewohnheit, sich selbst immer wieder zu reproduzieren. Daher nimmt das kognitive System selektiv nur die Informationen auf, die es zur Reproduktion benötigt und die die eigene Struktur immer wieder bestätigen. Eine gängigere, den Systemeigenschaften näherliegende, Reaktion auf Irritation ist dementsprechend, sich der Fremdheit zu entziehen. Die Diskrepanz wird registriert, erhält jedoch keine Bedeutung. Dewe spricht in diesem Zusammenhang auch von einer „Vergewöhnlichung des Neuen“ (Dewe 1988, S. 247; In: Schäffter 1997b, S. 697), die Abweichungen auf der Wahrnehmungsoberfläche werden bagatellisiert und die Aufmerksamkeit auf das Bekannte und zu Erwartende fokussiert (vgl. ebd.):

„Die Normalität kognitiver Systeme läßt sich daher definieren als eine recht gewaltsame Beobachtungsstrategie von Welt, die einer frühzeitigen Ausfilterung irritierender Differenzenerfahrungen dient. Ihre unverzichtbare Stärke liegt im Aufrechterhalten eingeschliffener Selektionsmuster in Verbindung mit Wahrnehmungsbarrieren gegenüber Nicht-Passungsfähigem. Lernen heißt in diesem Zusammenhang ‚Bestätigungslernen‘“ (ebd.).

Bestätigungslernen als assimilatives Lernen unterwirft die neue Information der vorhandenen Struktur und passt diese so an, dass eben keine neuen Deutungsmuster aufgebaut, sondern die vorhandenen bestärkt werden.

Die Irritationsfähigkeit eines kognitiven Systems ist dann gegeben, wenn „deren Erwartungsstrukturen enttäuschungsfähig – deren Grenzflächen mit einer starken Auflösefähigkeit für Differenz ausgestattet sind“ (ebd., S. 702). Werden die Erwartungen überwiegend erfüllt, bewegt sich das kognitive System im Modus assimilierenden oder auch basalen Lernens.

Erwartungsenttäuschungen fordern nun eine Entscheidung, ob die Erwartungen weiter aufrechterhalten oder aufgegeben werden: „Lernen oder Nichtlernen, das ist die Frage“ (Luhmann 1984, S. 437). Lernen

knüpft sich also an zwei Bedingungen: Bei **Erfüllung vs. Enttäuschung von Erwartungen** entscheidet sich, wie ausdifferenziert das kognitive System die Grenzflächen zu seiner Umwelt ausgebildet hat. Das Maß an Irritationsfähigkeit bzw. Enttäuschungsfähigkeit bestimmt darüber, ob sich eine neue Information in Form einer Irritation im kognitiven System bemerkbar macht. Erwartungserfüllung geht einher mit dem nicht registrieren können einer neuen Information – sie erhält im kognitiven System somit auch keine Relevanz.

Beim **kognitiven vs. normativen Erwarten** entscheidet sich, ob die Erwartungen aufgegeben werden können (und damit veränderbar bzw. lernbereit sind) oder beibehalten werden. Im letzteren Fall wird das Neue unter das vorhandene, kognitive Ordnungsraster subsumiert:

„Der undifferenzierte Lernbegriff ist somit [...] als assimilative Einordnung von Umweltereignissen unter ein enttäuschungsfestes Wahrnehmungsmuster normativer Erwartungen zu kennzeichnen“ (Schäffter 1997b, S. 702).

Bei dem kognitiven Erwartungsstil wird das vorhandene Erwartungsschema selbst durch lernende Aneignung im Sinne einer Akkommodation verändert (vgl. ebd.). Im normativen Erwartungsstil werden Irritationen mit dem Differenzschema **konform/ abweichend** codiert, während dem kognitiven Erwartungsstil das Schema **Wissen/ Nicht-Wissen** zu Grunde liegt (vgl. ebd.).

Im letzteren Fall kann von einer Irritation als Lernanlass ausgegangen werden. Dass eine kognitive (oder auch emotionale) Irritation zum Ausgangspunkt von Lernprozessen wird, wird auch in anderen erwerbspädagogischen Lernkonzepten ausgeführt. Dazu gehört das „Expansive Lernen“ nach Holzkamp (1993), das „Transformative Lernen“ nach Mezirow (1997), das „Deutungslernen“ nach Schüßler (2000), das „Signifikante Lernen“ nach Rogers (1974) und das „Emotionslernen“ nach Arnold (2008). Eine Übersicht über die verschiedenen lerntheoretischen Grundlagen gibt Schüßler (vgl. Schüßler 2008, S. 4). Sie resümiert:

„Allen Modellen liegt somit die Vorstellung zugrunde, dass über Dilemmata-Erfahrungen Lernprozesse ausgelöst werden, die zu einer nachhaltigen Transformation von kognitiven und emotionalen Schemata und Perspektiven führen“ (ebd.).

Die Lernkonzepte können an dieser Stelle nicht weiter ausdifferenziert werden. Ausgeführt werden soll im Folgenden, wie die Differenzerfahrungen in einen Lernprozess münden und auch in ein pädagogisches Setting Eingang finden.

6.2.2 Inszenierung von Irritation als Lernanlass in pädagogischen Kontexten

Auf Diskrepanzerleben, dem das Differenzschema konform/abweichend zugeschrieben wird, haben sich gesellschaftliche Reaktionsmuster herausgebildet: Das inhaltlich noch unbestimmte Diskrepanzerleben wird mit einer Bedeutung ausgestattet, an die sich unmittelbare Aktivitäten anschließen. Schöffter bezeichnet solche Aktivitäten als „Mobilisierungsergebnisse“ (Schöffter 1997b, S. 699.), da die Irritation nicht über die Mechanismen von Banalisierung, Trivialisierung oder Ignorieren außer Kraft gesetzt wurde, sondern zum Anlass wird für bestimmte gesellschaftsspezifische Routinen (vgl. ebd.). Einige typische Reaktionsmuster auf Irritationen sind beispielsweise:

„Heilen:

Deutung der Irritation als Funktionsstörung bei sich oder bei anderen. Die Erwartungsenttäuschung im Diskrepanzerlebnis wird in das ‚diagnostische‘ Schema ‚gesund‘ versus ‚krank‘ oder in den Gegensatz ‚funktionsfähig‘ versus ‚funktionsgestört‘ gestellt und mit therapeutischen Interventionen beantwortet. [...]

Helfen:

Deutung der Irritation als Ausdruck von Unselbständigkeit und Autonomieverlust. Befremdliches Erleben und Verhalten bei sich und bei anderen wird als Hilflosigkeit und Unfähigkeit zur eigenständigen Aufgabenbewältigung aufgefasst. Die Verweigerung, sich an fremde Sinnstrukturen und Ordnungen anzupassen, wird nicht als Fähigkeit zur konfrontativen Selbstbehauptung wahrgenommen, sondern als impliziter Hilferuf interpretiert“ (ebd., S. 699 f.).

Lernen (im Kontext von Lehren und Lernen, beispielsweise in pädagogischen Settings) kann nun ebenfalls als eigenständiges Mobilisierungsergebnis bezeichnet werden, als eine legitime Reaktion auf Irritation. Hier wird jedoch das Diskrepanzerleben nicht mit dem Differenzschema kon-

6. KAPITEL

form vs. abweichend erfasst, sondern als Wissen vs. Nichtwissen. Besonders an diesem Reaktionsmuster ist, dass die anderen Reaktionsmuster im Modus von konform/abweichend unterbunden werden,

„man hält inne in dem impulsiven Drang zu helfen, zu heilen und Sicherheit zu bieten und thematisiert zunächst seine Irritation“
(ebd., S. 701).

D.h., dem Lernmodus wird eine Selbstklärung vorangestellt, in der die Irritation zum Anlass genommen wird „das Eigene“ zu untersuchen. Die Codierung Wissen/Nichtwissen führt im Gegensatz zu der Codierung konform/abweichend zu einer reflexiven Wissensstruktur (vgl. Schöffter 1997b, S. 704). Das Differenz erleben selbst wird reflektiert, die eigenen Erwartungen (in Form von Routinen und Selbstverständlichkeiten) werden überprüft – nun entscheidet sich erst, ob gelernt werden soll oder nicht. Das „zu Lernende“ wird dem kognitiven System daher zunächst als „Nichtwissen“ präsent.

„Neue Wissenshorizonte erscheinen auf der Grenzfläche kognitiver Systeme daher zunächst als Entdeckung von ‚Nichtwissen‘, das es sich anzueignen lohnt“ (ebd., S. 703).

Unter „Wissen“ fallen hier sowohl gesellschaftlich verfügbare Bestände von Wissen als auch das individuell und kulturell vorhandene Repertoire an Orientierungswissen und Problemlösefähigkeiten (vgl. ebd.). Wobei Schüßler den Erwerb fachlich-inhaltlichen Wissens für leichter erachtet, da bestehende Wissensstrukturen bestätigt werden, während sich der Aufbau oder die Erweiterung von Kompetenzen schwieriger gestaltet, da vorhandene Werte und Einstellungen hinterfragt werden (vgl. Schüßler 2008, S. 19).

Wissen kann demnach „als Antwort auf wahrgenommenes Nichtwissen verstanden werden [...] (vgl. von Hentig 1999)“ (Schüßler 2008, S. 1) und setzt sowohl die Bereitschaft als auch die Fähigkeit zur Reflexion des bestehenden Wissens voraus. Irritationen markieren erst die Grenzflächen, in denen die Chance besteht, die basalen Schichten von Aneignungsprozessen (Wissen, Erfahrungen, Routinen) ins Bewusstsein zu heben und thematisieren zu können. Zu nachhaltigem Lernen werden Differenz- und Irritationserfahrungen erst dann, wenn sie reflexiv verarbeitet werden (vgl. ebd., S. 2). D.h. Sie müssen vom Einzelnen erst einmal als „Mobilisierungsereignis für Lernen“ (ebd., S. 7) gedeutet werden.

Diese Prozesse können zunächst unabhängig von einem pädagogischen Zugriff bzw. einer pädagogischen Interaktionsbeziehung (vgl. Schäffter 2001a, S. 2) stattfinden. Wird die Irritation mit dem Differenzschema konform/abweichend erfasst, wird die „Behebung“ der Irritation klassischerweise Funktionskontexten zugeordnet, die sich beispielsweise aufs „Heilen“ oder „Helfen“ verstehen. Der Funktionskontext ist in dem Fall also üblicherweise das Gesundheitssystem. Hier wird das Diskrepanzerleben als „Funktionsstörung“ wahrgenommen; daraus ergibt sich die klassische Rollenverteilung von Therapeut*in und Patient*in (vgl. Schäffter 2009, S. 71).

Irritationen können auch als Lernanlässe aufgefasst werden und im Funktionskontext von Erwachsenenbildung bearbeitet werden. Hier wird das Diskrepanzerleben in Form von Unsicherheit, Erstaunen und Verblüffung²⁴ aufgegriffen, die im Funktionskontext von Bildung mit einer Reflexion auf die Irritationserfahrung und einer Entwicklungsbegleitung beantwortet wird. Eine Aufgabe von Erwachsenenbildung wäre laut Schäffter dann so zu verstehen, dass sie

„gesellschaftliche Irritationen und Divergenzen als Passungsprobleme zwischen sich und verschiedenen Umweltbereichen so zur Inszenierung zu bringen vermag, dass sich derartige ‚Störungen‘ über den ‚binären Code‘ Wissen-Nichtwissen als Lernprobleme umformulieren und bearbeiten lassen“ (Schäffter 2003, S. 15).

Das Zitat ist nicht so zu verstehen, dass Erwachsenenbildung in ein Konkurrenzverhältnis zu therapeutischen Angeboten gestellt wird und es allein eine Sache der Umbenennung von Symptomen wäre, um Irritationserlebnisse in der Erwachsenenbildung zu bearbeiten. Vielmehr liegt hierin der Anspruch an Institutionen der Erwachsenenbildung begründet, überhaupt passende Angebote auf individuelle (oder auch institutionelle) Irritationserfahrungen zur Verfügung zu haben. Schüßler versteht Erwachsenenbildung als eine Art „Schonraum“ (Schüßler 2008, S. 2), der es den Teilnehmer*innen ermöglicht, sich von einem alltäglichen Hand-

24 Schüßler verweist darauf, dass erst in labilen Phasen eine wirkliche Bereitschaft gegeben ist, sich alternativen Denk- und Handlungsmöglichkeiten zu öffnen (Schüßler 2008, S. 13 f.). Auch Siebert formuliert, dass Lernangebote der Erwachsenenbildung einen indirekten Beitrag zu der Bewältigung existentieller Krisen leisten. Jedoch seien Lernprozesse nicht in einer unmittelbaren Belastungssituation zu erwarten, da hier zu viel „psychische Energie »gebunden«“ (Siebert 1997, S. 155) sei.

lungszwang zu distanzieren und mit Distanz auf die vorliegenden Handlungsproblematiken und Irritation zu schauen (vgl. ebd. S. 2).

Ein fiktives Fallbeispiel:

*Eine Mitarbeiterin hat sich in ihrer Lernbiografie angeeignet, ihr eigenes Verhalten und das Verhalten anderer als zuvorkommend/hilfsbereit oder egoistisch/unfreundlich bzw. als harmonisch oder unharmonisch zu bewerten. Diese basalen Leitprinzipien dienen ihrem „psychischen System“ als Orientierung und identitätsstiftende Werthaltung. Ihr ist ein harmonisches Umfeld wichtig, sie ist hilfsbereit und tut viel dafür von anderen gemocht zu werden und sie ist der Überzeugung, dass sich (unternehmerischer und subjektiver) Erfolg aus diesen Werten generiert. Auf Grund ihres guten Anpassungsverhaltens, ihres Fleißes und ihrer guten Leistungen bekommt sie im Unternehmen eine Führungsposition angeboten. Ihre Kolleg*innen, die schon länger in dem Unternehmen arbeiten und ebenfalls Führungsverantwortung haben, organisieren ihr Verhalten jedoch auf der Basis organisationsrelevanter Einstellungen des Unternehmens. Beispielsweise setzen die Kolleg*innen in der Beziehungsgestaltung eher auf Konkurrenzbewusstsein und eine verdeckte Kommunikation, um individuelle Ziele zu erreichen. Die inadäquate Passung zwischen dem (neuen) Systemkontext und den subjektiven Leitorientierungen der frisch gebackenen Führungskraft führen zu einigen Irritationen mit Folgewirkungen. Da sie ihre eigenen Erwartungen und Überzeugungen zur Norm erhoben hat und weiter aufrechterhält, kommt es zu keiner strukturellen Kopplung zwischen ihr und dem Systemkontext (Kolleg*innen, Unternehmenskultur etc.). Das zeigt sich beispielsweise daran, dass ihre Annäherungsversuche abgeblockt werden, ihre freundliche Informationsweitergabe ausgenutzt wird. Die Erwartungsenttäuschung führt jedoch zunächst nicht zum Umlernen, es entsteht eine dauerhafte Diskrepanz gekoppelt mit negativen Emotionen (Schuldzuweisungen, Zweifel, Traurigkeit, Beklemmung etc.). Das Problem wird sich nicht durch assimilatives Lernen lösen lassen, da die bestehenden Erwartungen aufgegeben werden müssen und ein neues Funktionsmuster erlernt werden muss, um mit den neuen Systemanforderungen zurecht zu kommen. Es werden also akkommodative Lernprozesse erforderlich.*

Je nachdem, wie die Irritation betrachtet wird, können verschiedene Lösungswege in verschiedenen Funktionssystemen angegangen werden. Werden beispielsweise die situativ auftretenden Symptome (z.B. Schlaflosigkeit, Ängste etc.) in den Blick genommen, können diese zum „Mobilisie-

rungsereignis“ für eine Intervention im Gesundheitswesen werden. Hier sind unterschiedliche Interventionen denkbar, von einer Medikation der Symptome, einer therapeutischen Begleitung der auftretenden Ängste bis hin zu Angeboten der Stressreduktion im Bereich der präventiven Leistungen. Im Rahmen von Erwachsenenbildung kann die Irritation auch als Lernanlass gedeutet werden, mit der neuen Aufgabe konstruktiv zurecht zu kommen. Beispielsweise empfiehlt die zuständige Personalentwicklerin ein Seminar „Vom Mitarbeiter zur Führungskraft“ oder ein „Souveränitätstraining für Frauen“ oder ein berufsbegleitendes Coaching. Hier werden eigene Wahrnehmungsmuster und Irritationen thematisiert und Lösungswege gemeinsam entwickelt. Ggf. kann auch die Entscheidung getroffen werden, den Kontext zu wechseln, um in Kongruenz zu den einmal entwickelten Werthaltungen zu bleiben.

Die Bearbeitung von Irritationen in Kontexten der Erwachsenenbildung stellt diese jedoch vor die Aufgabe einer institutionellen Weiterentwicklung. So können individuelle Problemlagen und Diskrepanzerlebnisse nicht immer sinnvoll über inhaltliche und curriculare Qualifizierungs- und Instruktionsverfahren bearbeitet werden, wie dies beispielsweise in der beruflichen Qualifizierung üblicherweise der Fall ist (vgl. Schäffter 2009, S. 62).

Im Bereich der „Altenbildung“ als „didaktisierter Lernkontext lebensbegleitenden Lernens“ wurde bereits umfangreich darüber diskutiert, dass eine situativ zu bewältigende Aufgabe als Lerngegenstand nicht mehr traditionell als Inhalt oder Lehrstoff gefasst werden kann (vgl. Schäffter 2000, S. 76). Der Lerngegenstand kann sich beispielsweise auch in Form biografischer Reflexion auf den eigenen Lebenslauf beziehen (vgl. ebd.).

„Derartige reflexive oder prozeßförmige ‚Lerngegenstände‘ haben einen völlig anderen Charakter als curricularisierte Bildungsinhalte der Schule, als der fachliche Lehrstoff systematischer Qualifizierung oder als viele der thematischen Angebote in der institutionalisierten Erwachsenenbildung“ (ebd.).

Im Bereich der Geragogik, der Bildungsarbeit mit älteren und alten Menschen, wird dementsprechend von einer „differentiellen Bildung“ (Bubolz-Lutz et al. 2010, S. 129) ausgegangen, in der die individuellen Voraussetzungen der Lernenden, ihre Bedürfnisse und Motivationslagen auf besondere Art und Weise in den Lernarrangements berücksichtigt

werden (vgl. ebd.). Hier wird Schäffters didaktischer Ansatz des „Transformativen Lernens“ konsequent in den theoretischen Diskurs um eine alterssensible Didaktik einbezogen.

6.2.2.1 Erläuterung zum Ansatz des „Transformativen Lernens“

Bei transformativen Lernprozessen handelt es sich um spezielle Lernformen, die sich im Zuge gesellschaftlicher Bedingungen als sinnvoll herausgestellt haben. Diese gesellschaftlichen Bedingungen werden in dem Begriff „Transformationsgesellschaft“ von Schäffter pädagogisch ausgedeutet (vgl. Schäffter 2001b, S. 39 ff.). Der Begriff „Transformationsgesellschaft“ ist einer der vielen Versuche, moderne Gesellschaften zu beschreiben. Sie ist gekennzeichnet durch einen permanenten Strukturwandel und komplexe Veränderungsprozesse mit einer eigenen Entwicklungslogik, so dass die Veränderungsrichtung nicht mehr durch eine/n Beobachter*in antizipiert werden kann (vgl. ebd., S. 42 ff.). Dies wird am Beispiel des Strukturwandels der globalen, europäischen und innerstaatlichen Gesamtordnung verdeutlicht, der mit der politischen Einigung Deutschlands und der Auflösung der DDR einherging. Die gesellschaftspolitische „Transformation“ vollzog sich hier nicht in Richtung einer einfachen Adaption an westliche Standards. Die Transformationsgesellschaft findet eben hierin ein besonderes Merkmal – Entwicklungen sind nicht mehr plan- und steuerbar, sondern führen in eine offene Zukunft. Da Institutionen der Erwachsenenbildung und die Gesellschaft in einem „dialektischen Verhältnis“ (ebd, S. 41) zueinander stehen, muss die Erwachsenenbildung solche gesellschaftliche Veränderungen aufgreifen:

„Gesellschaftspolitische Veränderungen werden als Aufbruch, Ausbruch und Umbruch aus obsolet gewordenen Verhältnissen wahrgenommen und mit Konzepten beruflicher Weiterbildung, sozialpolitischen Hilfen und personenbezogener Erwachsenenbildung beantwortet. Strukturelle Transformation wurde und wird – gerade am Modell der deutschen Vereinigung – als individueller wie kollektiver Lernanlass gedeutet und [...] in Form institutionalisierter Lernarrangements in einer öffentlich finanzierten Maßnahmenkultur mit hohem Ressourcenaufwand kleingearbeitet“ (ebd., S. 46).

Die Gesellschaft braucht also eine Erwachsenenbildung, die auf permanente gesellschaftliche Umbrüche und eine normative Unbestimmbarkeit

der Zukunft (vgl. ebd., S. 48) mit passenden Angeboten reagieren kann und diese gleichzeitig mit gestaltet. Bisherige Strategien der Pädagogik in Form von beständiger Qualifizierung, um mit den Entwicklungen „mit-halten“ zu können, oder in Form von Bildungsangeboten, die bestimmte Ziel- und Zukunftsvorstellungen vorwegnehmend einschließen wollen, verlieren ihre Wirksamkeit (vgl. ebd., S. 46). Angesichts der strukturellen Unbestimmtheit und den damit einhergehenden Verunsicherungen, begründet Schöffter eine Neubestimmung der Funktion von Erwachsenenbildung: Nämlich von der „Reproduktionsfunktion“ hin zu einer „Reflexionsfunktion“ (vgl. Schöffter 2001b, S. 47). Die Reproduktion von Wissen sicherzustellen reicht nicht mehr aus, Erwachsenenbildung soll persönliche und gesellschaftliche Transformationsprozesse reflexiv begleiten:

„Die Dynamik der strukturellen Transformation speist sich [...] aus einer enormen Steigerung an Möglichkeiten, aus einer dramatischen Freisetzung von Optionen, zu deren Bestimmung gerade Bildung beizutragen hat. Lernen soll neue ‚Möglichkeitsräume‘ erschließen, weil ‚Zukunft‘ in der Transformationsgesellschaft nicht mehr als standardisierter Lernweg, sondern als ein selbststeuerungsbedürftiger Entscheidungsverlauf realistisch zu ‚bewältigen‘ ist“ (ebd., S. 51).

Was soll Erwachsenenbildung also leisten? Sie muss solche Kompetenzen fördern, die das Individuum dazu befähigen „ambivalente und offene Situationen auszuhalten und produktiv zu nutzen“ (ebd., S. 53) als auch solche Kontexte anbieten, in denen eine ständig neu zu gewinnende Identität über den Modus „Lernen“ gesichert wird (vgl. ebd., S. 49). Dies ist nicht hinreichend durch die klassischen Lernstrukturen von Schule und Weiterbildung umzusetzen. Es muss eine neue Lernorganisation geschaffen werden, die den Bedingungen der Transformationsgesellschaft gerecht wird. Hieraus erschließen sich verschiedene didaktische Modelle. Beim „**Qualifizierungsmodell**“ handelt es sich um klassische Weiterbildungsangebote, in denen der „Zielwert“ im Lernsetting bekannt ist und damit die Transformationsrichtung klar vorgegeben ist. Erwachsenenbildung hat hier die Aufgabe, die individuelle/kollektive Ausgangslage zu erfassen, die von den Beteiligten als Rückstand wahrgenommen wird, den gewünschten Sollzustand zu ermitteln sowie den entsprechenden Qualifizierungsprozess didaktisch aufzubereiten (vgl. ebd., S. 55). Ähnlich bei dem „**Aufklärungsmodell**“. Hier ist der Zielzustand ebenfalls bekannt, in

Form eines attraktiven Vorbildes, das an die Stelle von Orientierungslosigkeit und Unwissen treten soll und sich sinnstiftend auf den Lernenden auswirkt. Anders als im Qualifizierungsmodell ist hier nicht von einer klaren, defizitären Ausgangslage auszugehen, die mit Prozessen des Verlernens einhergehen, sondern von einer unbestimmten, diffusen Ausgangslage, die von Pädagog*innen extern nicht erfasst werden kann (vgl. ebd., S. 57). Problematisch an diesen beiden didaktischen Modellen ist, dass in Transformationsgesellschaften der „Sollzustand“, als eindeutig zu ermittelndes „Heilmittel“ auf einen Lernbedarf, nicht mehr jederzeit bestimmbar ist. Daher können die Weiterbildungsformate, die auf diesen Modellen beruhen, nicht mehr als Normalform von Weiterbildung gelten und flächendeckend umgesetzt werden (vgl. Schäffter 2001b, S. 56). Schäffter führt zwei didaktische Modelle ins Feld, die dem Charakter von Transformationsgesellschaften eher entsprechen. Bei den Modellen handelt es sich um die Lernorganisation von „zieloffenen Transformationen“ (ebd., S. 54), in denen der Zielwert zunächst unbestimmt bleibt. D.h., auf einen Problemzustand können keine vorgefertigten Lösungen vorgegeben werden, sondern diese müssen vom Lernenden selbsttätig erarbeitet werden. Das Besondere an dieser Form der Lernorganisation ist,

„dass in einem zieloffenen Entwicklungsprozess das angestrebte Ergebnis nicht im Bildungsangebot vorweggenommen werden darf, zum einen, weil es die Bildungsanbieter aus ihrer externen Position heraus nicht wissen können, und zum anderen, weil selbst durch gut gemeinte curriculare Vorgaben die Lernenden geradezu daran gehindert werden zu tun, was als Problembewältigung eigentlich ansteht: sich auf die subjektzentrierte Bewegung eines suchenden Klärungsprozesses einzulassen“ (ebd., S. 59).

Im sogenannten „**Suchbewegungsmodell**“ wird also eine Lernform gewählt, in der genau diese individuellen Suchbewegungen angeregt werden und standardisierte Lösungen vom Lehrenden zurückgehalten werden. Der/die Lernende begibt sich aus einem bestimmten, nicht mehr tragfähigen Zustand heraus in eine zieloffene Transformation und generiert selbsttätig eine neue Ordnungsstruktur innerhalb seines Möglichkeitsraumes (vgl. ebd.). Der/die Lehrende begleitet diesen persönlichen Klärungs- und Entscheidungsprozess. Beispiele für didaktische Konzeptionen, basierend auf dem Suchbewegungs-Modell, sind: Zukunftswerkstatt, Zielfindungsseminare, Lebenslauf- und Karriereplanung, biographisches Lernen (vgl. ebd., S. 63). Das letzte didaktische Modell – das soge-

nannte „**Selbstvergewisserungs-Modell**“ – geht ebenfalls von einer zieloffenen Transformation aus, allerdings muss hier zunächst eine Analyse der Ausgangssituation auf Grund ihrer Uneindeutigkeit vorgenommen werden. Aus diesem Grund handelt es sich um eine „reflexive Transformation“ (ebd., S. 60). Auf der Basis reflexiver Bemühungen um Situationsklärung, werden nun ebenfalls Suchbewegungen angestoßen. Diese münden allerdings nicht wie in Modell 3 beschrieben in einen passenden, abgeschlossenen Ordnungszustand, sondern die erreichte Ordnung ruft wiederum den Bedarf nach einer abermaligen Selbstvergewisserung und Neuorientierung hervor (vgl. ebd., S. 61). Bei diesem Modell geht es um eine unabschließbare Transformation, die von Seiten der Erwachsenenbildung nur mit einer Lernorganisation beantwortet werden kann, die Prozesse reflexiver Selbstvergewisserung unterstützt. Beispiele hierfür sind: Supervision, kollegiale Praxisberatung, Qualitätszirkel, Selbsthilfegruppen, lernförderliche Entwicklungsbegleitung (vgl. Schöffter 2001b, S. 63).

Die Anforderung an eine moderne Erwachsenenbildung ist, dass sie ein entwicklungsbegleitendes Supportsystem zur Verfügung stellt, in denen solche reflexiven Prozesse stattfinden können:

„Im Sinne dieses funktionalen Erfordernisses und nicht allein aus ethischer Begründung heraus müssen dabei die Lernenden notwendigerweise anerkannt werden als eigensinnige und eigenverantwortliche Subjekte ihrer eigenen Lebenspraxis, die sich vor dem Hintergrund ihrer Lebensgeschichte, ihrer aktuellen Lebenssituation und ihrer Zukunftsentwürfe mit den Zwängen und Möglichkeiten auseinandersetzen, die sie in Form alltäglicher Lernanlässe vorfindet“ (Schöffter 2007, S. 172; In Bubolz-Lutz et al. 2010, S. 134).

Am Beispiel der Bildungsarbeit mit Älteren lässt sich aufzeigen, dass hier zieloffene Transformationen notwendig sind, da der Erwerb von Verwertungswissen immer weniger relevant wird. Wichtiger werden solche Lernprozesse, die Orientierung ermöglichen besonders in Bezug auf das Verhältnis zu sich selbst (vgl. Bubolz-Lutz et al. 2010, S. 131). Dementsprechend müssen die Bildungsangebote auf Identitätsfindung, Stärkung von Selbstvertrauen, Sinnstiftung, Selbstbejahung und die Förderung von Kommunikation und Kontakten abzielen (vgl. ebd.).

Kritisiert werden herkömmliche Bildungsarrangements, die in Form von vorgefertigten Modulsystemen selbsttätiges Entdecken und Lernen

behindern. Sie setzen nicht an den Lebensfragen der Teilnehmer*innen an und transportieren eine asymmetrische Kommunikationskultur, die Selbsttätigkeit und Selbstvertrauen verhindert (vgl. ebd., S. 135). Vielmehr sollten Lernarrangements der Entwicklungsberatung und Entwicklungsbegleitung in den Vordergrund gestellt werden. Diese seien zwar ökonomisch aufwendiger, können aber optimal an den individuellen Kompetenzen und sozialen Ressourcen ansetzen sowie Empowermentprozesse anregen (vgl. ebd.). Gefordert wird der/die Geragog*in in der Hinsicht, als dass er auf normative Einflussnahme und Zuschreibung von Hilflosigkeit verzichtet sowie die Autonomie des/der Lernenden anerkennt (vgl. Bubolz-Lutz et al. 2010, S. 135).

Im Bereich der Förderung der seelischen Gesundheit ist ebenfalls davon auszugehen, dass individuelle Problemlagen aus einem Irritationserleben resultieren und ggf. mit der Begleitung von Lernprozessen beantwortet werden können, falls eine Überführung in den Funktionskontext der Erwachsenenbildung erfolgt. „Seelische Gesundheit“ mutet dabei möglicherweise als ein fest umrissener Lerngegenstand an, der evtl. auch über Modelle, wie das Salutogenesemodell und seinen Teilkomponenten (SOC, Generalisierte Widerstandsressourcen), didaktisch klein gearbeitet werden kann. Eine curriculare Herangehensweise an das Thema als zielbestimmte Transformation findet sich beispielsweise bei den salutogenetisch orientierten Gruppenkonzepten wieder (vgl. Kapitel 3.2). Eine zu überprüfende Hypothese wäre, ob durch eine solche didaktische Herangehensweise eine Förderung seelischer Gesundheit erfolgen kann oder ob nicht oben genannte Suchbewegungen beim Lernenden unterbunden werden, die individuell passende Lösungen ermöglichen. „Seelische Gesundheit“ wird im Kontext dieser Arbeit jedoch nicht als „Gut“, sondern als permanent herzustellender Prozess beschrieben, der sich jeweils hoch individuell anhand persönlicher (externer und interner) Anforderungen und (externer und interner) Ressourcen konsolidiert. Möchte man hier förderliche Lernarrangements anbieten, so scheint es sinnvoll, auch die didaktischen Modelle der „Suchbewegung“ und „Selbstvergewisserung“ anzubieten. Sie finden sich beispielsweise in den lösungsorientierten Beratungsansätzen (vgl. Kapitel 3.3) wieder. Schöffter ordnet das Format „Beratung“ einer zielgenerierenden Entwicklungsbegleitung zu (vgl. ebd., S. 134). Der Vorteil einer solchen zielgenerierenden Entwicklungsbegleitung in Bezug auf „seelische Gesundheit“ ist (ähnlich wie am Beispiel der Altenbildung verdeutlicht wurde), dass zunächst die Problemlage bzw. die Irritation (als Ausgangspunkt) reflexiv erfasst und formuliert wird.

Dies umfasst sowohl die mit der Irritation verbundenen (internen und externen) Anforderungen als auch die Erfassung individueller Ressourcen. Die daran anschließende Organisation des Lernprozesses orientieren sich dann nicht an dem Erwerb eines Verwertungswissens sondern an einem Prozess, der Sinnstiftung, Handlungsfähigkeit und Verstehbarkeit generiert, damit sich die Irritation nicht als Schwächung des Kohärenzgefühls auswirkt.

Exkurs zur methodischen Ausgestaltung von Reflexionsimpulsen in der Erwachsenenbildung

Im Vorangegangenen wurde deutlich, dass die Irritation (auch als Anlass diese im Setting von Erwachsenenbildung zu thematisieren) nur dann in nachhaltige Lernprozesse münden:

- „wenn sie als Unterbrechung von Routinen und Selbstverständlichkeiten gedeutet und als „Nichtwissen“ erkannt wird.
- wenn die Verstörung im Eigenen gesucht wird, d.h. einen inneren Dialog (Introspektion) sowie eine Reflexion und Versprachlichung (Explikation) der in den Lernsituationen aktivierten Deutungs- und Emotionsmuster umfasst“ (Schüßler 2008, S.15).

Diskrepanzerleben ist also nur dann lernförderlich, wenn die Irritation reflexiv verarbeitet wird. Schöffter hat hier zwar adäquate didaktische Modelle entwickelt, diese bleiben allerdings abstrakt und bieten für das didaktische Handeln und die methodische Ausgestaltung wenig Orientierung. Schüßler hat verschiedene Ebenen, auf denen sich reflexives Lernen vollziehen kann, herausgearbeitet und ordnet diesen auch Reflexionsimpulse zu, die Anregungen für eine methodische Ausgestaltung geben:

6. KAPITEL

REFLEXIONS- EBENE	REFLEXIONS- INHALTE	REFLEXIONS- IMPULSE
Selbstreflexion	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexion des eigenen Denkens und Lernens (routinierte Deutungsmuster, Lernstrategien, -stile und -schwierigkeiten) • Reflexion von Gefühlen (routinisierte Wertmuster, Ängste, Rekonstellierungen, Affekte) 	<ul style="list-style-type: none"> • Innerer Dialog (begleitet durch den Lehrenden oder in Form einer Alter-Ego-Übung) • Angeleitete Selbstevaluation des eigenen Lernprozesses (z.B. Lerntagebuch)
Prozess-/ Gruppenreflexion	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexion von Störungen im Lernprozess auf der Sach- und Beziehungsebene • Reflexion (Evaluation) des gemeinsamen Lernprozesses 	<ul style="list-style-type: none"> • Metakommunikation (z.B. angeregt durch ein Blitzlicht) - Gruppendynamische Übungen • Evaluation und Feedback des Lernprozesses
Problemreflexion	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexion subjektiver Handlungsprobleme in ihrem individuellen und gesellschaftlichen Kontext 	<ul style="list-style-type: none"> • Fallarbeit • Initiierung konkreter Handlungsaufgaben und deren Bearbeitung auf mehreren Handlungsebenen

Tabelle 5: Formen reflexiven Lernens (Schüßler 2008, S. 14)

Diese Reflexionsimpulse können angereichert werden durch die Methoden aus dem konstruktivistischen Methodenpool von Reich (vgl. Reich 2007) und die Methoden, die Reich aus der systemischen Beratung für die Pädagogik aufbereitet hat (vgl. Reich 1996). Als Methoden zur Erhöhung der Selbstreflexion eignen sich beispielsweise die „Biografiearbeit“, die „Tagebuchmethode“ (vgl. Reich 2007), oder auch das „zirkuläre Fragen“, „Reframing“, Elemente aus dem „Psychodrama“ und „Skulpturen“ (vgl. Reich 1996). Zur Erhöhung der Prozess- und Gruppenreflexion eignen sich beispielsweise „Rollenspiele“ (vgl. Reich 2007), das „sokratische Gespräch“ (vgl. Siebert 1997) oder das „reflecting Team“ und „Systemaufstellungen“ (vgl. Reich 1996). Zur Problemreflexion kann beispielsweise die Methode des „Metalernens“ (vgl. Reich 2007) hilfreich sein. Die Methoden werden umfangreich beschrieben und können im Einzel-

nen nachgelesen werden. An dieser Stelle soll ein Beispiel ausgeführt werden, wie eine dieser Methoden zur Anwendung kommen kann:

Weiterführung des Beispiels von S. 189:

*Die Mitarbeiterin beschließt ein externes Seminar „Vom Mitarbeiter zur Führungskraft“ zu besuchen. Die Erwachsenenbildnerin gibt ihr (nachdem die Teilnehmer*innen sich kennen gelernt haben und ggf. auch inhaltliche Inputs erfolgt sind) die Möglichkeit, ihre derzeitige Teamsituation in einer „Skulptur“ aufzustellen (vgl. Reich 1996, S. 242). Dazu erhält die Teilnehmerin den Auftrag, die anderen Teilnehmer*innen aus der Gruppe zu nutzen und als Stellvertreter*innen für sich selbst und ihre Kolleg*innen im Raum so zu platzieren, dass das Beziehungsgeflecht sichtbar wird. Hier gibt es diverse Gestaltungsmöglichkeiten: die räumlichen Abstände dienen als Zeichen für Nähe und Distanz. Oben-unten-Anordnungen symbolisieren hierarchische Strukturen und Mimik und Gestik drücken bestimmte Gefühlszustände aus (vgl. Schweitzer/ Weber 1982; In: ebd., S. 243). Hieraus ergeben sich vielfältige Anschlussmöglichkeiten, um hilfreiche Informationen zu gewinnen, auch für zukünftige Lösungen. Die Erwachsenenbildnerin könnte die Skulpturbildnerin bitten, mit etwas Distanz auf die Skulptur zu schauen um emotionalen Abstand zu gewinnen. Die Stellvertreter*innen in der Skulptur können ihre Gefühle und Eindrücke aus ihrer Position heraus beschreiben. Es können auch Lösungsbilder entwickelt werden, die wiederum auf ihre gefühlsmäßigen Auswirkungen auf die Stellvertreter*innen überprüft werden können. Wichtig ist dabei, dass ein Diskurs über das Beziehungsmuster angeregt wird, das zuvor bei der Skulpturgeberin als emotional aufgeladenes oder unstrukturiertes „Problem“ vorlag und nun aus der Einseitigkeit einer subjektiven Beschreibung herausgelöst wird (vgl. ebd., S. 244). Hier kann Verstehbarkeit erhöht werden, indem Informationen über einzelne Teammitglieder zum Vorschein kommen, aus denen auch ein Verständnis erwachsen kann. Dazu ist es nicht wichtig, dass die Informationen den realen Personen entsprechen, da es sich um eine innere Repräsentation der Skulpturgeberin handelt. Handhabbarkeit kann ermöglicht werden, indem beispielsweise Lösungsmöglichkeiten und Handlungsvorschläge im Seminar entwickelt und erprobt werden. Sinnhaftigkeit kann langfristig darüber erwachsen, dass diese neuen Erkenntnisse dazu führen, die Arbeitsbedingungen besser bewältigen und die neue Rolle besser ausgestalten zu können.*

In dem Beispiel wird deutlich, dass durch die methodische Anleitung innere Glaubenssätze und die aktiven Gefühlsmuster (in Bezug auf die Teamsituation) versprachlicht werden können. Da die subjektiven Bewertungen und Gefühlsmuster unbewusst ablaufen, ist es für das Individuum schwierig, sich die Gründe der eigenen Befindlichkeiten zu vergegenwärtigen (vgl. Schüßler 2008, S. 15). Nach Schüßler braucht es auch in der Erwachsenenbildung diese didaktisch inszenierten „Versprachlichungshilfen“ (Müller 1999; In: ebd.), um Glaubenssätze und emotionale Muster aufzuspüren und reflexiv erfassen zu können sowie „diesen iterativen Prozess von Introspektion (innerer Dialog) und Explikation (äußerer Dialog) zu ermöglichen“ (Schüßler 2008, S. 17). Daher sollte sich auch die Erwachsenenbildung laut Schüßler mehr als bisher mit körperorientierten Verfahren und Methoden der Achtsamkeit befassen, da hier die Wahrnehmung für innere Phänomene geschult wird (vgl. ebd., S. 16). Hierauf wird auch in Kapitel 6.3.3 vertiefend eingegangen.

6.2.3 Lerntheoretische Ausdifferenzierung des Salutogenesemodells I

Wie bereits mehrfach festgestellt, wird der Prozess hin zu seelischer Gesundheit in den Gesundheitswissenschaften codiert als die erfolgreiche „Tilgung“ äußerer oder innerer Anforderungen mit äußeren oder inneren Ressourcen. In einer lerntheoretischen Betrachtung werden innere und äußere Anforderungen als widerständige Ereignisse und Erfahrungen in Auseinandersetzung mit der inneren und äußeren Umwelt (Irritation) aufgefasst; Lernen wird dementsprechend als Strategie bezeichnet, mit dieser Widerständigkeit umzugehen (vgl. Meyer-Drawe 1982; In: Schäffter 2000, S. 79).

Das Individuum kann durch Lernprozesse einen Stressor konstruktiv beantworten lernen, wenn ihm dies nicht schon durch vorhandene Ressourcen geglückt ist.

Lernprozesse im Sinne der Akkommodation stellen dabei eine andere Qualität von Bewältigung in den Fokus der Betrachtung, als dies im gesundheitswissenschaftlichen Modell der Salutogenese der Fall ist. Hier wird davon ausgegangen, dass die Bewältigung der Anforderungen maßgeblich durch den Rückgriff auf **bereits vorhandene** Ressourcen und eine einmal aufgebaute globale Orientierung erfolgt, die mit dem 30. Lebensjahr festgelegt ist. Aus einer lerntheoretischen Perspektive ist es auch im

späteren Erwachsenenalter noch möglich, Ressourcen in jeglicher Form aufzubauen, die Bewältigungserfahrungen ermöglichen. Dazu sind Irritationen sogar hilfreich und notwendig, wenn es die Möglichkeit gibt, diese reflexiv zu verarbeiten. Eine Ausdifferenzierung des Salutogenesemodells um die Dimension lernender Selbstveränderung könnte schematisch gefasst folgendermaßen aussehen:

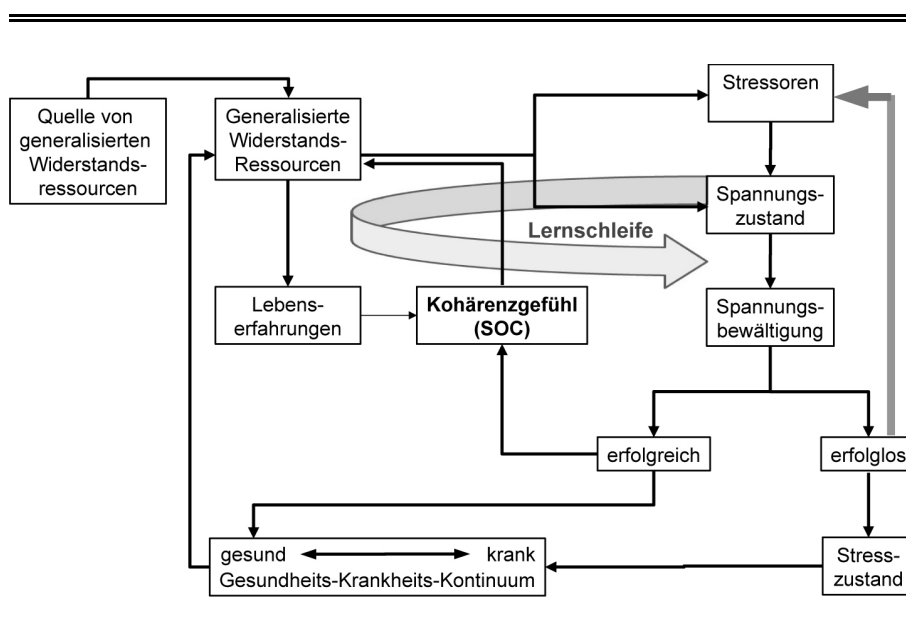


Abbildung 5: Erweiterte Darstellung des Modells der Salutogenese (vgl. Bengel et al. 2001, S. 36)

Die hier dargestellte Erweiterung des Salutogenesemodells (ursprüngliche Fassung vgl. Bengel et al. 2001, S. 36) bezieht sich zum einen auf die Rückkopplungsschleife von einer erfolglosen Spannungsbewältigung hin zu einem Aufrechterhalten des Spannungszustandes, wodurch eine Lernschleife initiiert werden kann. Die eingefügte Lernschleife ist, einer Ausholbewegung gleich, zwischen Spannungszustand, Generalisierten Widerstandsressourcen und Spannungsbewältigung positioniert. Durch lernende Selbstveränderung werden neue generalisierte Widerstandsressourcen in das individuelle Bewältigungsrepertoire aufgenommen, die eine zuvor erfolglose Spannungsbewältigung nun erfolgreich bewerkstelligen helfen. Wie anhand von Akkommodationsprozessen beschrieben wurde, geht diese Lernschleife mit reflexiven Bewusstwerdungsprozessen

einher, die es dem Menschen ermöglichen, sich anders zu verhalten als üblich, um so eine neue Passung zur Umwelt herzustellen. In erster Linie soll das hier erweiterte Verständnis der Salutogenese zu einer Verlebendigung des bisherigen Bewältigungsverständnisses führen, in dem es auch Erwachsenen noch möglich ist, ihr Kognitions-, Emotions- und Verhaltensrepertoire zu erweitern²⁵. Anhand von lernender Selbstveränderung kann sich der Mensch auch Erfahrungen verschaffen, die negative Kreisläufe durchbrechen oder einer bestimmten Disposition entgegenwirken und damit potentiell auch ein Mehr an Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit generieren können. Dementsprechend ist die Pädagogik nicht gänzlich pessimistisch angelegt, was die Veränderbarkeit einer Weltorientierung angeht, wie sie im SOC-Konzept beschrieben wird. In ihrem Menschenbild wird, darauf verweist Wolf, eine prinzipielle Veränderbarkeit durch Lernen angenommen:

„Im Menschenbild, welches der Pädagogik eignet, ist der Mensch grundlegend durch seine Lernfähigkeit bestimmt. Lernen beschreibt hier das Vermögen, im Wechselspiel mit innerer und äußerer Welt Erfahrungen zu machen, die das Verhalten bzw. entsprechende Dispositionen sowie Denkprozesse (die auch als Verhalten definiert werden) langfristig verändern“ (Wolf 2014, S. 63).

Gestützt wird diese Haltung durch die Ergebnisse aus der psychologischen Altersforschung, in der Befunde zur Veränderung von Eigenschaften im Erwachsenenalter und im hohen Alter untersucht wurden und deren Analyse der These einer Unveränderlichkeit der Person widersprechen (vgl. Lehr 2003, S. 134).

Zusammenfassung

Lernen im Modus der Akkommodation kann als Fähigkeit von Personen mit einem mittleren bis hohen Kohärenzgefühl vorausgesetzt werden. D.h., sie ist dazu fähig, auf Irritationen mit einer lernenden Selbstveränderung zu reagieren und die evtl. daraus resultierenden Unsicherheiten

25 Ein ähnliches Lernverständnis findet sich auch im subjektwissenschaftlichen Ansatz von Klaus Holzkamp: „Zum Lernen kommt es immer dann, wenn das Subjekt in seinem normalen Handlungsvollzug auf Hindernisse oder Widerstände gestoßen ist und sich dabei vor einer ‚Handlungsproblematik sieht‘, die es nicht mit den aktuell verfügbaren Mitteln und Fähigkeiten, sondern nur durch den Zwischenschritt oder (produktiven) Umweg des Einschaltens einer ‚Lernschleife‘ überwinden kann“ (Holzkamp 1996, S. 21).

auszuhalten, wenn alte „Sicherheiten“ obsolet werden. Der Unterschied zu der Perspektive der Gesundheitswissenschaften besteht darin, dass pädagogische Theorien stärker herausarbeiten (und fokussieren), dass durch Lernprozesse auch nach dem dreißigsten Lebensjahr noch tiefgreifende Veränderungen für möglich gehalten werden können, ohne sie zwangsläufig als Resultat therapeutischer Bemühungen zu markieren. Hierbei kann es sich auch um Bildungsprozesse handeln (vgl. auch Fischer 2011), da das Verhältnis zu sich selbst und zur Welt einem Veränderungs- und Lernprozess unterzogen wird. Im Salutogenesemodell wird davon ausgegangen, dass „neue“ Anforderungen, bei einer Person (nach dem dreißigsten Lebensjahr) mit einem ausgeprägten SOC-Level lediglich mit bereits erworbenen Bewältigungsstrategien und Ressourcen beantwortet werden und eine globale Orientierung ab dem dreißigsten Lebensjahr mehr oder weniger stabil und vorhersagbar bleibt. So würden Anforderungen in einem höheren Lebensalter für Menschen mit einem hohen SOC-Wert „konfliktfrei“ im Modus der Assimilation bearbeitet werden können – hohe SOC-Werte wären dann als Garantie für eine lebenslange Komfortzone zu verstehen. Angesichts der Herausforderungen moderner Gesellschaften ist dies als wenig realistische Erscheinungsform menschlichen Seins anzunehmen. Wenn also eine (gesunde) Person mit genügend Selbststeuerungsfähigkeiten (einem mittleren bis hohen SOC) in Situationen gerät, die auf Grund externer und interner Anforderungen eine neue Passung erfordern, gilt es hier, zur Bewältigung Prozesse der lernenden Selbstveränderung zu initiieren mit der Zielsetzung das SOC-Level zu halten.

Genau das meint **Prävention seelischer Störungen** – nämlich, dass sich Anforderungen aus der Außen- und Innenwelt nicht als Risikofaktoren auf die (seelische) Gesundheit niederschlagen. Mertens sieht im Kohärenzgefühl gleichzeitig sogar ein Bildungsziel:

„Eine positiv eingestellte, ganzmenschliche Gesundheitsbildung wird demnach ihr Augenmerk zentral auf den Aufbau und Erhalt jener *Steuerungsinstanz des Kohärenzgefühls* lenken, kraft derer der Einzelne seine gesunde Lebensführung *eigenverantwortlich in die Hand nimmt* und aus einer Orientierung der Zuversicht gegenüber Welt und Selbst darauf vertraut, in Prozessen des dynamischen Ausbalancierens problemhafte Situationen schon richtig einschätzen und meistern zu können“ (Mertens 2006, S. 57).

6. KAPITEL

Dementsprechend sieht er es auch als pädagogische Aufgabe bzw. Anspruch an gesundheitsfördernde Maßnahmen an, Angebote bereitzustellen, „die bei abfallendem SOC der Reorganisation und dem Wiederaufbau des Kohärenzgefühls dienen“ (Mertens 2006, S. 57). Bei dem letzten Aspekt bezieht sich Mertens dezidiert auf Menschen mit einem mittleren SOC, die durch Erfahrungen der Verunsicherung in der heutigen modernen Gesellschaft mit ihren Brüchen und Turbulenzen gefährdet sind (vgl. ebd., S. 56).

Seelische Gesundheit fördern würde dementsprechend bedeuten, dass Such- und Transformationsprozesse begleitet werden, um eine Persönlichkeitsentwicklung anzuregen. In Kapitel 5.2.2 wurden konzeptionelle Ergänzungen des Salutogenesmodells in Bezug auf seelische Gesundheit vorgestellt. Sie liefern Hinweise darauf, wie eine Stärkung seelischer Gesundheit aussehen kann. Dementsprechend wären hier Lernprozesse zielführend, die:

- eine bessere Wahrnehmung von eigenen Bedürfnissen und deren Kommunikation an die (relevante) Außenwelt fördern (vgl. Petzold 2013),
- Prozesse der Selbstverwirklichung, auf der Ebene der Selbstwerdung und Selbstrealisierung anregen (vgl. Meller 2008),
- die Beantwortung externer und interner Anforderung mit externen und internen Ressourcen optimieren (vgl. Becker 2006).

Hier ist ggf. sogar eine Stimulation der SOC-Komponenten zu vermuten, wenn

- durch Selbstreflexion das eigene Geworden-Sein (implizites Wissen, Werte, Bedürfnisse), das eigene Tun (Routinehandeln) bewusstseinsfähig gemacht werden oder neue Interpretationen von Welt bzw. ein verändertes Weltverständnis ermöglicht werden (Verstehbarkeit),
- sich das Handlungsrepertoire bzw. die Handlungsfähigkeit erhöht (Handhabbarkeit),
- neue Sinnzusammenhänge entdeckt werden oder im Sinne des Empowerments Selbstwirksamkeit und Partizipation ermöglicht werden.

Solche Lernprozesse können selbstorganisiert oder begleitet stattfinden und sind damit einem pädagogischen Zugriff prinzipiell zugänglich, da hier nicht automatisch von einer seelischen Beeinträchtigung oder Störung ausgegangen werden kann. Eine Voraussetzung dafür ist, dass eine Überführung in Funktionskontexte der Erwachsenenbildung erfolgt (vgl. Kapitel 6.2.2) oder aber auch pädagogische Formate in den Funktionskontext des Gesundheitswesens gestellt werden. Solche Zuweisungswege, die die Angebotsstrukturen von Bildungs- und Gesundheitswesen sinnvoll verknüpfen, wurden bisher nicht definiert oder diskutiert.

6.2.4 Lernen, Gesundheit, Kohärenzgefühl und Identitätsentwicklung

Weiterführende Überlegungen sollten daran anknüpfen, was dies für die Lesart und Deutung von Kohärenz zu bedeuten hat. Wenn das Eigene immer wieder auf Grund von Veränderungsaufforderungen aus der Außen- und Innenwelt zur Disposition gestellt wird und daraufhin Selbstveränderungen stattfinden, wäre es gut,

„sich von einem Begriff von Kohärenz zu verabschieden, der als innere Einheit, als Harmonie oder als geschlossene Erzählung verstanden wird“ (Keupp 2006, S. 57).

In identitätstheoretischen Diskursen wird angesichts der Gesellschaftsanalysen der Moderne schon länger das Deutungsmuster einer kohärenten Sicht auf die Welt, wie dies in Antonovskys Konzeption zur Darstellung kommt, in Zweifel gezogen. In der Verknüpfung der Diskurse von Identität und Salutogenese wird vielmehr davon ausgegangen, dass Kohärenz auf Grund fragmentarischer und ambivalenter Erfahrungen eine dynamisch angelegte Gestalt hat bzw. als prozessuales Ergebnis zu verstehen ist und zugleich auch eine authentisch und kohärent wahrgenommene Gestalt behält (vgl. Höfer 2000b, S. 58). Identität wird dabei als Quelle des Kohärenzgefühls konzeptualisiert (vgl. ebd., S. 57).

Die Vorstellung von Identität als einem inneren, stabilen Kern wurde maßgeblich durch die Arbeiten des Psychoanalytikers und Entwicklungspsychologen E. Erikson (1959, 1963) geprägt. Identität wird von ihm als eine über mehrere Entwicklungsstufen verlaufende „Kapitalbildung“ beschrieben, die mit Eintritt in die Adoleszenz abgeschlossen ist und dann die erfolgreiche Lebensbewältigung sicherstellt (vgl. Höfer

6. KAPITEL

2000b, S. 59). In der neueren Identitätsforschung wurde diese Auffassung revidiert. An die Stelle der Vorstellung eines beständigen Kerns tritt die einer beständigen Identitätsarbeit – „als permanente Passungsarbeit zwischen inneren und äusseren Welten“ (Höfer 2000b, S. 59). Wie diese individuell zu erbringende Herstellung von Passungen zwischen inneren und äußeren Anforderungen generiert wird, soll im Folgenden nachvollzogen werden. Der Prozess der Passungsarbeit verläuft auf drei Strukturebenen:

1. „über die Reflexion situationaler Selbsterfahrungen,
2. über deren Integration zu Teilidentitäten,
3. auf einer Metaebene, über die Bildung von dominierenden Teilidentitäten, Kernnarrationen und dem Identitätsgefühl“ (ebd., S. 60).

Dies wird in einem Modell der Identitätsarbeit, in der solche Passungsleistungen erfolgen, schematisch erfasst:

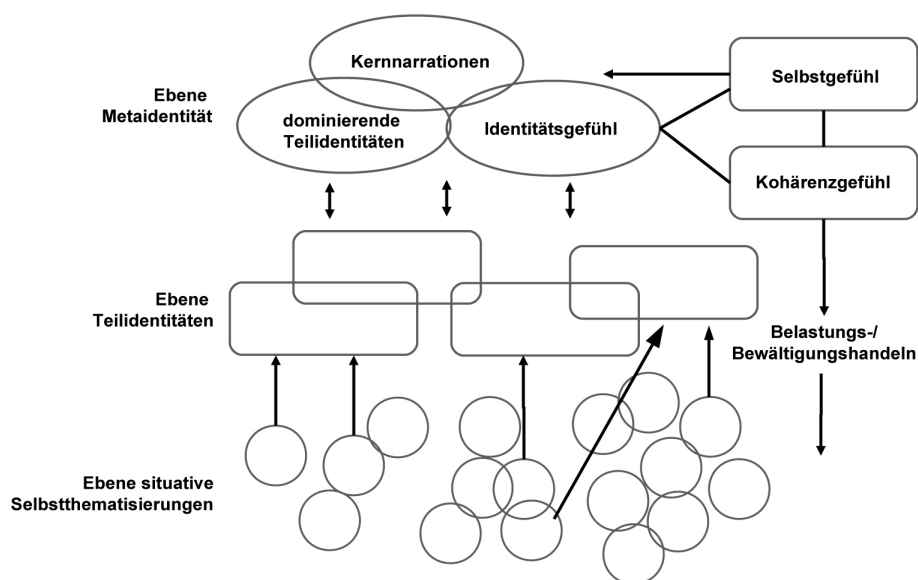


Abbildung 6: Modell der Identitätsarbeit (vgl. Höfer 2000b, S. 60)

Höfer geht insbesondere auf das **Identitätsgefühl** ein, da sie dieses in direkter Verbindung zum Kohärenzgefühl sieht. Im Identitätsgefühl sind biografische Erfahrungen in Form von Generalisierungen der Selbstthematizierungen und Teilidentitäten verdichtet abgespeichert. Bohleber spricht dabei auch von einem aktiven, inneren Regulationsprinzip, das dementsprechend regulativ in die Bewertung von Handlungen und Erfahrungen eingreift, um zu prüfen ob diese „zu einem passen“, also in das Identitätsgefühl integrierbar sind (vgl. Bohleber 1997, S. 113; In: Höfer 2000b, S. 61). Die Verdichtung von Selbstthematizierungen und Teilidentitäten im Identitätsgefühl ist kein passiver Vorgang, sondern erfolgt, so die These Höfers, entlang zentraler Identitätsziele, wie beispielsweise Anerkennung, Autonomie, Selbstachtung, soziale Integration, Selbstwirksamkeit, Originalität (vgl. Höfer 2000b, S. 61). Dementsprechend erhält die Selbstreferenzialität, also inwieweit es gelingt, diese individuellen Identitätsbedürfnisse zu erfüllen, eine höhere Bedeutung, als beispielsweise die Übernahme sozialer Rollen und die Anpassung an gesellschaftliche Anforderungen. Die Orientierung an äußere Vorstellungen

kann dem Subjekt in der heutigen Zeit nicht mehr ausreichend Selbstwert und Handlungsfähigkeit vermitteln. Demgegenüber werden die eigenen Referenzpunkte, die Identitätsbedürfnisse, zum Motor der Identitätsarbeit (vgl. ebd., S. 63). Je besser es dem Individuum gelingt die selbstgesetzten Standards zu erfüllen, desto häufiger erlebt es positive Gefühle wie Selbstakzeptanz und Zufriedenheit. Es entwickelt sich ein positives Selbstgefühl. Das hat auch Auswirkungen auf das Kohärenzgefühl, also auf das Gefühl der Beziehung zur Welt. Die Bewältigung des Alltagslebens wird dann ebenfalls als positiv wahrgenommen, wenn es der Person gelingt, ihre Identitätsentwürfe in Form von Identitätsprojekten im Alltag zu realisieren (vgl. ebd., S. 62). Es werden dadurch alle drei Komponenten des Kohärenzgefühls stimuliert. Sinnhaftigkeit entsteht, wenn Identitätsziele in Identitätsentwürfe und -projekte übersetzt werden können, die positive Selbstwertschätzung generieren. Machbarkeit wird erzeugt durch die Realisierung von Identitätsprojekten und Verstehbarkeit setzt dann ein, wenn die Setzung selbstgewählter Identitätsziele als ein Prozess reflektiert wird, der selbstbestimmt gestaltet wird (vgl. ebd., S. 62 f.).

Identität und Kohärenzgefühl ist daher bei Höfer als dynamisches Konzept angelegt. Sie wirken zwar übersituativ, können aber auch in einem Identitäts-Managementprozess Veränderungen unterliegen. Diese entstehen durch Identitätsarbeit, also die Realisierung neuer Identitätsprojekte, und durch die Bewältigung von identitätsrelevanten Stressoren. Damit kritisiert Höfer ebenfalls die von Antonovsky vorgenommene Akzentuierung des Kohärenzgefühls als eher statische Variable, die durch Erfahrungen permanent restabilisiert wird. Dadurch werde übersehen,

„dass Menschen sich weiterentwickeln, neue Wünsche haben, sich Perspektiven im Laufe der Zeit verändern können und dass Individuen in sich rasch entwickelnden Phasen gesellschaftlicher Entwicklungen immer wieder neue Balancen finden müssen bzw. neue Identitätskonfigurationen entwickeln. Auch gesellschaftliche Zeitdiagnosen widersprechen dem Bild, dass Erfahrungsräume über längere Zeit gleich bleiben und Individuen nur kontinuierliche Erfahrungen machen können. [...] Individuen müssen permanent Identitätsarbeit leisten, um mit Veränderungen zurechtzukommen. So gesehen ist das Kohärenzgefühl als generalisierte Bewältigungsstrategie eine Ressource für diesen Identitätsprozess, in dem die Individuen permanent ihre inneren und äusseren Anfor-

derungen in ein Balanceverhältnis bringen“ (Höfer 2000b, S. 66 f.).

Die Anforderung an das Individuum besteht also darin, mittels Identitätsarbeit eine Balance herzustellen zwischen den eigenen Bedürfnissen und Identitätszielen sowie äußeren Anforderungen. Gelingt diese Passung, entsteht Gesundheit – jedoch nicht lediglich durch die Bewältigung von Anforderungen und Stressoren, sondern indem Erfahrungsräume geschaffen werden, in denen sich das Individuum als kohärent erleben kann (vgl. ebd., S. 67). Damit ist nicht gemeint, dass sich Kohärenz nährt aus einer festgelegten Inhaltlichkeit, einer widerspruchsfreien Einheitlichkeit oder Stabilität. Kohärenz muss so angelegt sein, dass das Individuum auch ambivalente oder unbequeme Erfahrungen integrieren kann:

„Kohärenz kann für das Subjekt auch eine offene Struktur haben, in der – zumindest in der Wahrnehmung anderer – Kontingenz, Diffusion im Sinne der Verweigerung von commitment, Offenhalten von Optionen, eine idiosynkratische Anarchie und die Verknüpfung scheinbar widersprüchlicher Fragmente sein dürfen. Entscheidend bleibt allein, daß die individuell hergestellte Verknüpfung für das Subjekt selbst eine authentische Gestalt hat, jedenfalls in der gelebten Gegenwart, und einen Kontext von Anerkennung, also in einem Beziehungsnetz von Menschen Wertschätzung und Unterstützung gefunden hat. Es kommt weniger darauf an, auf Dauer angelegte Fundamente zu zementieren, sondern eine reflexive Achtsamkeit für die Erarbeitung immer wieder neuer Passungsmöglichkeiten zu entwickeln“ (Keupp 2006, S. 57).

Zusammenfassung

Schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass die Identitätsarbeit, in der solche individuellen Passungen von Innenwelt und Außenwelt hergestellt werden, anhand von Lernprozessen organisiert werden. Im Kapitel zur „Irritation als Lernanlass“ (vgl. Kapitel 6.2.1) wurde dargestellt, wie eine prinzipiell neue Information zunächst als Irritation, dann als Lernanlass in die eigenen Strukturen Eingang erhält sowie welche Bedingungen vorliegen müssen für eine Veränderung interner Strukturen. Die Lernprozesse im Modus der Akkommodation wurden in Kapitel 6.2.3 als Dynamisierung von Bewältigungsprozessen schematisch festgehalten.

6. KAPITEL

D.h., bisherige Ressourcen und Bewältigungsstrategien können erweitert werden, indem Lernprozesse in Gang gesetzt werden, die neue (interne und externe) Anforderungen bewältigen helfen und damit eine Passung von Innen und Außen prozesshaft herstellen können. Hierin wird eine Quelle (seelischer) Gesundheit angenommen (vgl. Antonovsky 1997, Becker 2006). Verknüpft man nun die Diskurse von Lerntheorie, Identitätstheorie und Salutogenese, so wird deutlich, dass Lernprozesse vor allem dann ein gesundheitsförderliches Potential entfalten, wenn sie interne Identitätsbedürfnisse (Anerkennung, Autonomie, Selbstachtung, soziale Integration, Selbstwirksamkeit, Originalität) berücksichtigen und diese in Identitätsprojekten verwirklicht werden. Hier lassen sich theoretische Überschneidungen auch zu Becker (2006) finden, der das Ausmaß bedürfnisbefriedigender Erfahrungen in hohem Maße im Zusammenhang mit der Herstellung von Wohlbefinden und Gesundheit sieht (vgl. ebd., S. 111, 239). Ebenso Meller, die es als kohärenzstimulierende Erfahrung beschreibt, wenn Handlungen in Übereinstimmung zu den authentisch gelebten und anerkannten Bedürfnissen und Motiven stehen. Ducki und Greiner weisen darauf hin, dass die Identitätsprojekte einem stabil-flexiblen Handeln unterliegen sollten. Das stabil-flexible Handeln erfordert die Fähigkeit, sich langfristig Ziele setzen zu können und daran zu wachsen. Die Stabilität ergibt sich daraus, an diesen Zielen auch dann festzuhalten, wenn sich Veränderungen oder Barrieren im Lebenszusammenhang auftun. Die Flexibilität drückt sich darin aus, Handlungen auf Veränderungen abzustimmen und nicht starr an Plänen festzuhalten (vgl. Ducki/ Greiner 1992, S. 186). Psychische Erkrankungen zeigen sich folglich häufig darin, dass die Handlungsregulation zu Gunsten einer der Pole verschoben ist, langfristige Pläne und Ziele also vorschnell aufgegeben werden oder an diesen rigide festgehalten wird (vgl. Ducki/Greiner 1992, S. 186).

„Gesund ist demnach, wer sich aktiv, planvoll und zielgerichtet in seiner Welt bewegt, wer sich weiterentwickelt und nicht auf seinem Entwicklungsstand verharrt. Gesund ist, wer sich vor dem Hintergrund langfristiger Zielsetzungen neue Handlungs- und Lebensbereiche durch Lernen erschließt“ (ebd.).

D.h., Lernprozesse sind nicht um ihrer selbst Willen anzubahnen, sondern können in ihrer Orientierung an der subjektiven Motivstruktur Erfahrungen von Kohärenz fördern. Für eine solche „Identitäts-Bildung“ sind folgende Leitfragen orientierungsgebend:

- Welche Irritationen und Bedürfnisse erfordern neue Identitätskonfigurationen?
- Welche Lernprozesse braucht es, um diese neuen Identitätskonfigurationen in Identitätsziele und Identitätsziele in Identitätsprojekte zu übersetzen? Auf welche Reaktionen aus meinem Umfeld muss ich mich einstellen bzw. ermöglichen die angestrebten Veränderungen Erfahrungen positiver Selbstwertschätzung durch relevante Bezugspersonen? Was passiert, wenn die positive Selbstwertschätzung ausbleibt?
- Welche Lernprozesse braucht es, um die Identitätsprojekte realisieren zu können? Welche Ressourcen und Kompetenzen bringe ich mit, welche kann ich wiederentdecken und welche muss ich neu aufbauen?
- Welchen Außeneinflüssen unterliegen diesen Lernprozessen und welche Faktoren kann ich selbst bestimmen?

Hierbei kann also von „salutogenen Lernprozessen“ gesprochen werden. Will man diese Lernprozesse in pädagogischen Settings und Formaten begleiten, sind vor allem die didaktischen Modelle „Suchbewegungs-Modell“ und „Selbstvergewisserungs-Modell“ nach Schäffter (vgl. Kapitel 6.2.2) zu berücksichtigen. Anschlussfähig ist auch eine identitätstheoretische Didaktik, die Siebert (1997, S. 84 ff.) formuliert. Identitätslernen erfordert demnach den

„Vergleich unserer Konstrukte mit denen anderer, selbstreflexive
»Beobachtung II. Ordnung« und Überprüfung der Viabilität, d.h.
»Brauchbarkeit« dieser Konstrukte“ (ebd., S. 85).

In der methodischen Ausgestaltung kann u.a. auf die Methoden von Reich (1996, 2007) und Schüssler (2008) zurückgegriffen werden (vgl. Exkurs in Kapitel 6.2.2). Erwachsenenbildner*innen sollten davon ausgehen, dass der Anlass von Identitätsbildungsprozessen auf Irritationen zurückzuführen ist. Diese können wie bereits dargestellt nur dann lernförderlich verarbeitet werden, wenn sie reflexiv erfasst werden. Daher sollten die Methoden vor allen Dingen darauf abzielen, bei der Reflexion und Versprachlichung dieser meist schwer zugänglichen „Innerlichkeit“ zu unterstützen.

6.3 Seelische Gesundheit durch Förderung emotionaler Selbstreflexivität

„Aufklärung‘ als der ‚Ausgang aus der selbstverschuldeten Unmündigkeit‘ (Kant) begegnet uns heute auch als der Anspruch, die Funktionsmechanismen der eigenen Innerlichkeit verstehen zu lernen, auch um in Anbetracht der erwähnten Veränderungen im Außen zu einem ruhigeren und angemesseneren Denken, Fühlen und Handeln in der Lage zu sein“ (Arnold 2008, S. VI).

Die konzeptionelle Engführung des Lernbegriffes auf die universelle Formel vom „Lernen als dauerhafte[r] Verhaltensänderung“ (vgl. Schöffter 2013, S. 2) wurde im vorherigen Kapitel als „Befreiung“ aus einem allzu eng gesteckten Radius menschlicher Entwicklungsmöglichkeiten durch „dispositionellen Orientierungen“, wie sie in gesundheitswissenschaftliche Modelle ausgearbeitet wurden, angeführt. Lernen als Veränderungsprozess wurde damit als „Bewältigungsleistung“ auf Irritationserfahrungen hin entworfen und eine Erweiterung der schematischen Darstellung des Salutogeneseprozesses vorgenommen. Veränderungen der eigenen Strukturen durch Lernprozesse wird, so die Ausführungen Schöffters, angestoßen durch Erfahrungen der Irritation. Irritationen entstehen dann, wenn ein routinemäßiger Umgang mit sich selbst und der Welt an Grenzen stößt und sich ggf. ein strukturell neues Verhältnis zu sich selbst und zur Welt organisiert. Solche Selbstveränderungen verlaufen dabei über das Herausbilden reflexiver Wissensstrukturen: Durch die Irritation mit dem Fremden wird das Eigene überhaupt erst als das Eigene erkannt. Damit heben sich Wissen, Einstellungen und Werte aus den unterbewussten Schichten und kommen an die Oberfläche, wo sie einer Betrachtung, einer Entscheidung (ob gelernt werden soll oder nicht) und Transformationen zugänglich werden. Etwas Ähnliches wird in dem vorangestellten Zitat von Arnold beschrieben, wenn es darum geht die „Funktionsmechanismen der eigenen Innerlichkeit verstehen zu lernen“ (Arnold 2008, S. VI).

Das Heranziehen einer weiteren pädagogischen Vergleichsquelle dient hier jedoch nicht der Erzeugung von Redundanzen. Die Beschäftigung mit Schöffters Lernkonzept und auch die identitätstheoretischen Ergänzungen und Auslegung von Kohärenz haben ein Identitätskonzept bestärkt, das von einer kontinuierlichen Wandelbarkeit der erwachsenen

Persönlichkeit ausgeht. An dem Potential menschlicher Entwicklungsmöglichkeiten unter konstruktiver Beteiligung von „Irritationen“ wird auch weiterhin festgehalten. Arnolds Schriften zu einer „emotionalen Konstruktion der Wirklichkeit“ (2008) zeigen jedoch auf, wie schwer es eigentlich ist, seine Kognitionsmuster aber mehr noch die eigenen **Emotionsmuster**, zu denen Schäffter keinen Zugang entwickelt, zu verändern. Irritationen werden in Arnolds Theorie weniger als Anlass zum Lernen gesehen, sondern als Anlass, bekannte Gefühle als Reaktion auf Unbekanntes abzurufen. Er beschreibt, wie durchdrungen der aktuelle Lebensvollzug von früh angebahnten Erlebensmustern im Handeln, Denken, vor allem aber im Fühlen ist.

Arnold stellt heraus, dass die benannte „eigene Innerlichkeit“ nicht – wie dies häufig von der Erwachsenenpädagogik fokussiert wird – auf kognitive Strukturen reduziert, sondern von emotionalen Komponenten durchwirkt ist. D.h., es geht um das Verhältnis von Kognition und Emotion im Erwachsenenlernen und im Bildungsprozess. Dabei greift er tiefenpsychologische und systemische Persönlichkeitskonzepte auf. Ähnlich wie die biografisch gewachsenen Deutungsmuster des kognitiven Denkens speist sich die Emotionalität des Erwachsenen aus dem „Fortdauern früherer emotionaler Einsparungen“ (ebd., S. V). Er nennt diese Einsparungen auch „verbliebene Kindlichkeiten“ (Arnold 2008, S. V), da sich die Fühlmuster schon in frühester Kindheit ausprägen und als andauernde Mechanismen die Weltansicht des Erwachsenen beeinflussen. Eine solche emotionale Struktur determiniertheit steht im Kontrast zu den Befreiungs- und Fortentwicklungsmetaphern der Erwachsenenpädagogik, in denen die autonomen Entscheidungen Erwachsener ausschließlich der Logik des besseren Argumentes zu folgen scheint (vgl. ebd.). Hier werden wir eines Besseren belehrt, wenn es heißt, dass „Menschen, so die in diesem Buch wiederholt stark gemachte These, grundsätzlich die Welt so deuten, wie sie es aushalten können“ (ebd.). Eine Fortsetzung der Aufklärung, wie sie im Eingangszitat postuliert wird, kann also nur erfolgen, wenn die Mechanismen der emotionalen Konstruktion von Wirklichkeit ebenfalls einem reflexiven Prozess zugänglich gemacht werden, um aus der Logik eines „emotionalen Erfahrungsgedächtnisses“ (ebd., S. 2) auszusteigen. Erst dann können anschlussfähige Lernprozesse initiiert und begleitet werden.

6. KAPITEL

Bei der Förderung seelischer Gesundheit²⁶ sollen, wie in den verschiedenen Modellen zusammengetragen wurde, Lernprozesse wirksam werden, die:

- (durch Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit) ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens (Kohärenzgefühl) fördern.
- Ressourcen fördern und aufbauen, die die Bewältigung externer und interner Anforderungen ermöglichen. Negative Emotionen und Fühlmuster können dabei ebenso als interne Anforderungen gelten.
- die Wahrnehmung identitätsrelevanter Bedürfnisse sowie deren Kommunikation nach Außen und ihre Realisierung in Identitätsprojekten fördern.
- Selbstverwirklichungsprozesse fördern.

Hierbei werden Transformationsprozesse relevant, die eine lernende Selbstveränderung erfordern. Diese beziehen sich nicht nur auf die Veränderung kognitiver Strukturen in Form von Kognitionsmustern, sondern auch auf die Unterbrechung subjektiver Dynamiken von Fühlmustern. Wenn im Kontext dieser Arbeit seelische Gesundheit als Aufgabe der Erwachsenenbildung (vorläufig) bejaht wird, dann gilt vor allem, dass der fortwährende (individuelle) Herstellungsprozess seelischer Gesundheit nicht allein einem gefühlsfreien Vernunftgebrauch unterliegt. Dies würde auch nicht den Menschen in Übergangs- und Krisenphasen gerecht werden, die sich mit ihren Ängsten oder ihrer Orientierungslosigkeit auseinandersetzen. Auch müssen diejenigen, die sich in ihrer Persönlichkeit weiterentwickeln möchten, bald erkennen, dass ihre Lern- und Veränderungsprozesse nicht nur auf einem kognitiven Entschluss aufgebaut werden können. Es geht auch um einen rechten „Emotionsgebrauch“ (vgl. Arnold 2008, S. 2).

26 „Seelische Gesundheit fördern“ – eine Förderung kann hier nicht intentional oder instruktiv von einer/m Lehrenden her initiiert werden. Systemtheoretisch gesehen, kommen in einer Lehr-Lernsituation zwei selbstreferentiell geschlossene Systeme in Kontakt, die ihrer eigenen Logik folgen. „Förderung“ bedeutet also im pädagogischen Sinne die Herstellung eines förderlichen Settings/Arrangements von Lernsituationen zur Aneignung von materialem und reflexivem Wissen. Dabei wissen die Lehrenden bzw. Begleiter*innen von Lernprozessen um die prinzipiell selbstgesteuert verlaufenden Aneignungsprozesse.

6.3.1 Die emotionale Konstruktion der Wirklichkeit

Fokussieren wir uns in einem Vergleich von Salutogenesemodell und systemisch-konstruktivistischen Ansätzen zum Lernen Erwachsener, denen sich Arnold zuordnen lässt, auf Ähnlichkeiten, so sind diese in den Beschreibungen von sich musterhaft wiederholenden Lebenserfahrungen zu finden. Im Salutogenesemodell wird das Kohärenzgefühl als „globale Orientierung“ (Antonovsky 1997, S. 36) bzw. als „generalisierte Erwartung an die Welt“ (ebd., S. 130) bezeichnet, das sich aus einem bestimmten Muster an Lebenserfahrungen herauskristallisiert hat und wiederum bestimmte Muster an Lebenserfahrung ermöglicht, so dass sich das Kohärenzgefühl immer wieder auf einem bestimmten Level stabilisiert (vgl. ebd., S. 124). Das Kohärenzgefühl bezieht sich dabei nicht nur auf die kognitive Einstellung dem Leben gegenüber, sondern umfasst auch eine emotionale Komponente, nämlich ein „durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens“ (ebd., S. 36).

Ähnlich beschreibt Arnold ein „Sich-in-der-Welt-Fühlen“ (Arnold 2008, S. V), das sich aus frühkindlich angebahnten „emotionalen Landkarten“ (ebd., S. 4) herausgebildet hat und wesentlich die Weltsicht des Erwachsenen mitprägt. Dabei spielt vor allen Dingen die Bindungsdynamik zu den wesentlichen Bezugspersonen des Kindes in den ersten Lebensjahren eine große Rolle. Die theoretische Auslotung einer emotionalen Konstruktion der Wirklichkeit speist sich daher auch aus der Rezeption der neueren Säuglingsforschung und neurobiologischen Forschung zum Thema Denken und Fühlen. Dass diese emotionalen Landkarten musterhaft ins Erwachsensein fortwirken, wird als Ergebnis der Gehirnforschung bestätigt:

„Ist eine Situation bekannt, werden die alten emotionalen Erfahrungen abgerufen. Immer, wenn wir mit einer neuen Situation konfrontiert werden, wird gefragt: Was war in einer ähnlichen Situation meine vergangene Erfahrung? Und dabei entstehen Gefühle, und die sind nichts anderes als Kurzbotschaften aus meiner früheren Erfahrung. Diese Erfahrung könnte gar nicht in Worten wiedergegeben werden, weil wir zu viel erlebt haben. Gefühle können aber zugleich sehr differenziert sein: Tu das, aber sei vorsichtig dabei“ (Roth 2004, S. 142; In: Arnold 2008, S. 1).

Roth bezeichnet die dabei wirksame Eigenschaft des Gehirns als Selbstreferentialität: „[...]das Gehirn organisiert sich auf der Basis seiner eigenen

6. KAPITEL

Geschichte: Dies ist das, was man ‚Selbstreferentialität‘ des Gehirns nennt“ (Roth 1992, S. 279). Die neuronalen Signale werden demnach nach eigenen Kriterien aus früheren Erfahrungen bewertet bzw. mit den vorhandenen Gedächtnismustern verglichen und auf Unterschiede hin überprüft. Daraufhin bereitet das Gedächtnis Handlungen vor, „die sich bisher als funktional erwiesen haben, es modifiziert (falsifiziert) auf Grund neuer Erfahrungen aber auch seine Hypothesen über die Viabilität künftiger Handlungen“ (Holtz 2008, S.39).

Emotionale Landkarten bzw. Fühlmuster kommen vor allem dann zum Tragen, wenn Situationen neu und ungewiss sind, bei Konflikten, Überforderungen und Irritationen²⁷. Hier werden die emotionalen Programmierungen und erlernten Reaktionen abgerufen, die sich in früheren, ähnlichen Situationen etabliert haben. Diese Reaktionen verlaufen unmittelbar und meist unbewusst. Systemtheoretisch ausgedrückt folgt die Emotion einer autopoietischen Logik. Autopoiese meint einen routinemäßigen Umgang mit sich und der Welt, der individuell als stimmig und passend erlebt wird.

Aus konstruktivistischer Perspektive ist die Reaktion auf die Außenwelt bzw. auf eine soziale Interaktion dementsprechend nicht in einem Ursache-Wirkungszusammenhang zu sehen. In der Alltagswahrnehmung mag dieser Umstand befremdlich erscheinen, da doch gerade die Arbeitskolleg*innen, der Chef oder die Lebenspartnerin als „Ursache“ für die eigenen Probleme gesehen wird. Das innere Erleben verläuft jedoch eher als eine

„Rekonstellation verinnerlichter Deutungs- und Emotionsmuster, welche gewissermaßen ‚anlässlich‘ gegebener Situationen aktiviert werden“ (Arnold 2008, S. 17).

Man reagiert im Einklang mit den früh erlernten Deutungs- und Emotionsmustern, indem man selektiv wahrnimmt oder bestimmte Dinge akzentuiert und andere unberücksichtigt lässt.²⁸ Dahinter steckt der kon-

²⁷ Diese Muster verdichten sich hauptsächlich um typische Umgangs- oder Vermeidungsformen von Angst. Die verschiedenen Grundformen der Angst und die damit einhergehenden Tendenzen zur „Realitätsverzerrung“ wurden umfangreich durch Riemann (1998) beschrieben. Die verfestigten Grundmuster der Angst sind nur schwer zugänglich für eine Transformation, dennoch sieht Arnold hierin ein weites Feld persönlicher Entwicklungschancen, die sich aus der Auseinandersetzung mit den Grundformen der Angst ergeben (vgl. Arnold 2008, S. 131).

²⁸ Bennett-Goleman umschreibt dies als „geistige Gewohnheiten“ (Bennett-Golemann 2004, S. 159; In Arnold 2008, S. 184), die nach bestimmten Schemata funktionie-

struktivistische Grundgedanke, dass Menschen der unmittelbare Zugang zur Wirklichkeit nicht zugänglich ist. Diese können sie nur mittels ihrer beschränkten Sinne realisieren und unter dem Rückgriff auf ihre kognitiven Deutungsmuster und emotionale Fühlmuster erfassen. D.h., der Prozess der Wahrnehmung ist kein objektives Erkennen und Erfassen, wie es uns „kontrafaktische Weltbilder“ (ebd., S. 32) weismachen wollen, sondern die Deutung einer subjektiven Beobachtung. Die Beobachtertheorie des Konstruktivismus beschreibt genau das: Das Erfassen der Wirklichkeit geschieht nicht unmittelbar, sondern ist eingefärbt durch die verinnerlichten Deutungs- und Emotionsmuster des/r Betrachters/in:

„Man befasst sich nicht mehr mit der vermeintlichen Beschaffenheit einer externen Realität oder Wahrheit, sondern man beginnt, den Verweis auf die Realität oder die Wahrheit als den Erklärungsversuch eines Beobachters zu verstehen, der von seinen Erfahrungen berichtet (Maturana in Pörksen 2001, S. 73; In: Arnold 2008, S. 33).

Im Rahmen seiner Kybernetik der 2. Ordnung unterscheidet von Foerster zwischen einem Beobachter 1. und 2. Ordnung bzw. zwischen einem internen und externen Beobachter. Wenn ein System aus einem beobachteten System und einem Beobachter besteht – der Beobachter also miteinbezogen ist – wird von einem internen Beobachter gesprochen. Von Foerster verweist auf die mit der internen Beobachtung einhergehenden Erkenntnisprobleme, die so genannten „Blinden Flecken“:

„Man sieht nicht, dass man nicht sieht. [...] denn das was man wahrnimmt, nimmt man für wahr. Es gibt ja kein Falschnehmen. Es sind ja immer nur die anderen, die behaupten, man sähe nicht recht, man wäre Opfer einer Illusion, wenn sie etwas anderes sehen“ (von Foerster 1985, S. 35).

Hingegen besteht bei der externen Beobachtung die Möglichkeit, dass der Beobachtungsvorgang selbst beobachtet wird – auch der eigene. Aus

ren und eine flexible Fühl-, Sicht- und Beurteilungsweise behindern. Diese Schemata, als grundlegende Funktionsmuster der Wahrnehmung, bestehen beispielsweise aus „selektiven Wahrnehmung“, „Übeneralisierung“, „Gedankenlesen“, „Vorschnelle Schlussfolgerungen ziehen“ oder „Übertreiben“ (Bennett-Goleman 2004, S.160 f.; In: ebd.). Dabei handelt es sich um Fehlschlüsse bzw. Fehlinterpretationen, meist ohne zu wissen, dass es sich um ein inneres Wirkprinzip handelt mit der Funktion, das Selbst bzw. subjektive Identitätserleben zu stabilisieren.

dieser Metaposition wird der Vorgang der Konstruktion beobachtet und reflektiert.

Die objektive Wirklichkeit wird damit, vor allem in der Erwachsenenpädagogik, aufgegeben. Es geht vielmehr um den „viablen Umgang“ (Arnold 2008, S. 44) mit dem, was anlässlich der gegebenen Situationen subjektiv aktiviert wird. Eine „Beobachterposition einzunehmen“ kann in diesem Kontext auch als individuelle Kompetenz gedeutet werden, die eigenen Reaktionen, Emotionen und Deutungsmuster leidenschaftslos betrachten zu können. Dies kann beispielsweise durch Achtsamkeitsübungen trainiert werden, in denen eine solche Beobachterhaltung eingenommen wird und die eine Disidentifikation mit den einströmenden Gedanken und Emotionen bewirken. Eine solche Selbstdistanzierung ermöglicht dann auch Selbstveränderungen.

6.3.1.1 Die Dualität der Emotion

Wenn es um eine „emotionale Aufklärung“ geht, was genau meint dann „Emotion“ jenseits eines Alltagsverständnisses? Emotionen bestehen aus verschiedenen Komponenten. Anders als das „Gefühl“, das einen konkreten Erlebenszustand beschreibt (z.B. Angst) umfasst die Emotion auch die damit verbundenen körperlichen Prozesse und eine Beziehungskomponente, also den nach außen orientierten Ausdruck der Emotion als Mitteilung. Nach Arnold bezieht sich die Dualität der Emotion zum einen auf den körperlichen Erregungszustand, als neurophysiologisches Phänomen, und zum anderen auf das subjektive Erleben, das beeinflusst wird durch die erlernten Deutungen und Interpretationsmuster. Beide Komponenten beeinflussen sich wechselseitig. Le Doux (2003) beschreibt diesen Prozess der Emotionsbildung als eine Art Berechnung des Gehirns, um die Wertigkeit eines Reizes zu ermitteln. Zunächst bahnen sich die physiologischen Abläufe ihren Weg, dann wird dem Menschen durch die Bewusstwerdung eines Gefühls deutlich, dass das Gehirn einen bestimmten Reiz registriert hat (vgl. Le Doux 2003, S. 274; In: Arnold, 2008, S. 114). Die Reaktion auf einen Reiz ist keine Verursachung durch das Außen, sondern das Ergebnis einer subjektiven Deutung einer Situation, d.h., an dieser Stelle werden übernommene, unbewusst wirksame Deutungsmuster als Referenzsysteme aktiv.

Die Dualität der Emotion lässt sich durch folgende Grafik veranschaulichen:

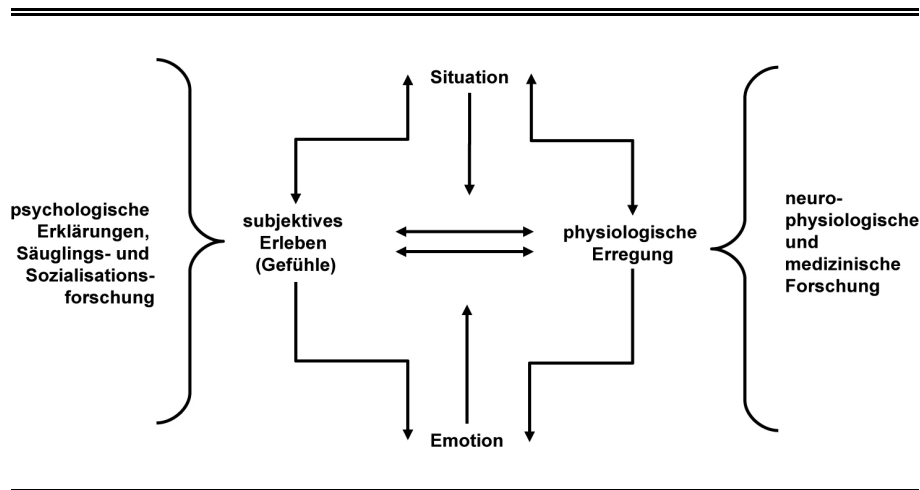


Abbildung 7: Die prinzipielle Dualität von Emotionen (vgl. Arnold 2008, S. 112)

Arnold plädiert für ein Verständnis von Emotion, das sowohl psychologische als auch neurophysiologische Wirkungszusammenhänge aufgreift und damit als Gesamtpaket zu betrachten ist (vgl. Arnold 2008, S. 113).

In Antonovskys Theoriegebäude der Salutogenese ist die Emotion eingebettet sowohl in das Stressgeschehen als auch den Bewältigungsprozess. Zum einen markieren Emotionen das Eintreten eines Stresserlebens und damit die Bewusstwerdung eines Handlungs- bzw. Änderungsbedarfes. Gleichzeitig wird eine bestimmte emotionale Haltung gegenüber dem „Stressor“ eingenommen, die abhängig von der Ausprägung des SOC-Levels ist und für die emotionale Bewältigung bzw. -regulierung zuständig ist (vgl. Kapitel 5.1.4). Hierbei handelt es sich um eine Art von „Rekonstellationen“, da das SOC-Level eine Kumulation aller vergangener Bewältigungserfahrungen darstellt und diese praktisch in der Bewältigungssituation aktiviert werden. Dementsprechend ist es ein Unterschied, ob das vorherrschende Gefühlserleben gekennzeichnet ist durch eine emotionale Haltung des Optimismus gegenüber dem „Stressor“ (also gelungene Bewältigungssituationen rekonstruiert werden) oder ob dieses eher eine Vorlage zur Reaktivierung von Versagenerfahrungen wird. Das Nutzbarmachen von Ressourcen zur Stressbewältigung ist ebenfalls abhängig davon, ob diese Ressourcen mit einer Lerngeschichte unterlegt sind, da nur die Ressourcen aktiviert werden können, um die

man „weiß“. Wir haben es hier also durchaus mit Ähnlichkeiten auf der Theorieebene bzw. Modellebene zu tun. Bei Antonovsky kondensiert sich die Rekonstellation von Erfahrungen zu einer globalen Orientierung, die sich bis auf Identitätsebene im Kohärenzgefühl abbildet und dort zu einer dispositionellen Orientierung verfestigt wird, von der es kein Abrücken mehr gibt. Bei Arnolds Theorie einer emotionalen Konstruktion der Wirklichkeit werden die Rekonstellationen von Erfahrungen mit dem pädagogischen Impetus einer emotionalen Aufklärung konfrontiert. D.h., es werden (neben der Rezeption psychologischer und physiologischer Erklärungsansätze) auch Modelle entwickelt, die eine Befreiung aus diesen – als Zwang erkannten – Erfahrungsmustern ermöglichen. Er nennt diese Fähigkeit „Emotionale Kompetenz“ oder auch „emotionales Selbstmanagement“²⁹ (vgl. Arnold 2008, S. 113).

6.3.1.2 „Maschengefühle“ – emotionstheoretischer Erklärungsansatz von subjektiven Erlebenszuständen

Zur Erklärung und Klassifikation subjektiver Erlebenszustände zieht Arnold das Konzept der Transaktionsanalyse von Berne u.a. heran, in dem emotional wirksame Mechanismen beschrieben werden. Hier wird von einem sogenannten „Maschengefühl“ ausgegangen, als

„[...] eine vertraute Emotion, die in der Kindheit erlernt und gefördert wurde, die in vielen unterschiedlichen Stresssituationen erlebt wird, und deren Ausdruck als Mittel zur Problemlösung für den Erwachsenen eine Fehlanpassung bedeutet“ (Stewart/Joines 2000, S. 300; In: Arnold 2008, S. 137).

Im Konzept der Transaktionsanalyse sind die im Zitat beschriebenen, vertrauten Emotionen solche, die in der Herkunftsfamilie als berechtigt und akzeptiert gelten. Dementsprechend werden auch Gefühle verlernt bzw. unterdrückt, nämlich die, die von den relevanten Bezugspersonen als unerwünscht bewertet werden, z.B. Wut, Freude oder Angst. Andere Gefühle werden wiederum überwertig gefördert. Es werden die Gefühle in späteren Situationen „nachgefühlt“, die in der Biografie des Einzelnen

29 Einschränkung muss hier ergänzt werden, dass eine willentliche Einflussnahme und Kontrolle auf emotionales Geschehen bei sich selbst und vor allem beim Anderen (in Lehr-Lernsettings) nicht ohne weiteres durchführbar ist. Emotionen sind äußerst komplexe Systemkonstellationen, in denen nicht nur Bewusstes und Unbewusstes miteinander verwoben sind, sondern auch das ökologische Subsystem gestaltenden Einfluss hat (vgl. Arnold 2008, S. 145).

verstärkt wahrgenommen wurden oder die sich als Mittel zur Manipulation der Bezugspartner*innen geeignet haben. Es wird das gefühlt, was „erwünscht“ war. Das Resultat einer solchen Lerngeschichte ist, dass der unverstellte, authentische Bezug zum subjektiven Gefühl verloren geht.

„Auf diese Weise verlernen die Menschen den authentischen Bezug zu ihren Gefühlen und ‚verfühlen‘ sich in ihrem Leben beständig oder manövrieren sich und andere immer wieder mehr oder weniger absichtsvoll, zumeist aber unbewusst in solche Situationen, in denen sie eine willkommene ‚Gelegenheit‘ haben, ihre anerkannten – aber unangemessenen – Gefühle zu spüren“ (Arnold 2008, S. 137).

Diese Gefühle sind „unangemessen“, da sie häufig ein Verhalten produzieren, das den beteiligten Interaktionspartner*innen in der jeweiligen Situation wenig nachvollziehbar scheint, da nach der Logik der „Gefühlsmasken“ und nicht nach den Anforderungen der aktuellen Handlungssituation gehandelt wird. Hier kommt es zu „überwertigen“ (Riemann 1998; In: ebd., S. 138) emotionalen Reaktionen, wie beispielsweise übermäßige Angst, eine aufbrausende Antwort als Reaktion auf Kleinigkeiten, unnatürliche Fröhlichkeit (vgl. Rautenberg/Rogoll 1999, S. 113; In: Arnold 2008, S. 138).

Das Feld der „Transaktionsanalyse“ kann an dieser Stelle nicht vollständig dargestellt werden, der kurze Exkurs verdeutlicht jedoch, dass Gefühle in einen historischen Kontext zu stellen sind bzw. dass das individuell ausgebildete Gefühlsrepertoire begrenzt ist auf die Emotionen, die in der Herkunftsfamilie „gebraucht“ wurden. Arnold schlussfolgert, dass sich hieraus eine pädagogische Aufgabe zur Entwicklung emotionaler Kompetenz ergibt. Emotionale Kompetenz zeigt sich darin, dass die emotionalen Grundmuster und Maschengefühle erkannt werden und dass über die Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügt wird um das „emotionale Drehbuch“ (Arnold 2008, S. 140) umzuschreiben. Das emotionale Drehbuch zu verändern, zu erweitern und zu flexibilisieren, erfordert tiefgreifende Transformationsprozesse. Der Frage, inwiefern diese gefördert werden können und wie sie in Zusammenhang zu seelischer Gesundheit gesetzt werden können, soll in den nachfolgenden Kapiteln weiter nachgegangen werden.

6.3.1.3 Die wirklichkeitsschaffende Kraft von Emotionen

In der Alltagswahrnehmung wird die Ursache des eigenen Stressempfindens oder Unwohlseins häufig äußeren Umständen und Stressoren zugeschrieben. Aus konstruktivistischer Sicht ist diese gefühlte Innen-Außen-grenze eine Illusion, da äußere Umstände nur unter Beteiligung der emotionalen Codierung zu „Erfahrungen“ werden können. Dieselben Sachverhalte – selbst wenn es sich um Schicksalsschläge handelt – können unterschiedlich erfahren werden:

„Entscheidend ist somit neben dem *Was* auch das *Wie* des Erlebens. ‚Wir sind das, was wir erleben‘ – könnte man schlussfolgern, ohne dass wir dabei schon ausreichend definiert hätten, was >Erleben< eigentlich bedeutet, wenn dieses nicht die innere Verarbeitung eines äußeren Eindrucks ist, sondern *ein Sprechen der Tatsachen zu uns*, wobei das Entscheidende das ist, was wir hören, wenn die Welt zu uns spricht. Und dabei ist – wie bereits erwähnt – bemerkenswert, dass dieselben Tatsachen Unterschiedliches mitzuteilen vermögen“ (ebd., S. 142)

Arnold benutzt hier auch die Metapher eines Spiegels, im Außen sehen wir nicht eine objektive Realität, sondern uns selbst (vgl. ebd.). Durch die Struktur determiniertheit der menschlichen Wahrnehmung kann nur das erkannt werden, was wir gewohnt sind zu sehen und zu fühlen. Dementsprechend schaffen wir uns Erfahrungswerte,

„die wir ‚brauchen‘, um unsere Sehgewohnheiten, angelernten Muster, Verschwörungskonzepte und Interaktionsstile beständig reinszenieren zu können, letztlich mit dem Ziel, Plausibilität zu wahren“ (Arnold 2008, S. 142).

Davon abweichende Aspekte der Realität oder Interpretationsmöglichkeiten bleiben unberücksichtigt und werden damit auch nicht erfahrbar. Auf theoretischer Ebene wird dabei die Bedeutung der **Bewertung** der Situation, wie sie beispielsweise im Stresserleben und im Bewältigungsprozess des Salutogenesemodells nach Antonovsky eine Rolle spielt, noch überstiegen. „Wirklichkeitsschaffende Kraft der Emotion“ bedeutet hier, dass die äußere Situation nicht nur nach inneren Maßstäben bewertet wird, sondern vielmehr – als Wirkungsumkehr – dass die Situationen entsprechend dem Gefühlserleben aufgesucht werden. Die Konstruktionshypothese verlagert die Verursachung von Freude und Leid durch einen äußeren Anlass nach innen. Es werden Situationen bevorzugt, die

es latenten Gefühlsmustern erlauben, „sich in das Erleben und Bewerten dieser Situation zu ‚ergießen‘“ (ebd., S. 143).

Hierin besteht ein maßgeblicher Unterschied zum Salutogenesemodell. Die Bewertung einer Situation im Stresserleben wird von Antonovsky als mehr oder weniger passives (da unbewusst und automatisiert stattfindendes) Reagieren auf einen äußeren Stimulus beschrieben, dem dann nur noch durch die Aktivierung von Ressourcen (in Abhängigkeit vom Kohärenzgefühl als Steuerungsprinzip) beizukommen ist. Die Konsequenz für eine auf subjektiver Ebene stattfindende Gesundheitsförderung, die sich auf das Salutogenesemodell stützt, liegt darin, Ressourcen zu fördern, die Stressoren „neutralisieren“ sollen. Aus der Konstruktionshypothese einer wirklichkeitsschaffenden Kraft der Emotion lassen sich noch andere Interventionsmöglichkeiten zur Einflussnahme auf das Stressempfinden ableiten. In dem komplexen Zusammenspiel von Äußerem und Innerem sollten auch die Wirkungszusammenhänge der eigenen „Konstruktionsmacht“ reflektiert werden. Interventionsmöglichkeiten einer Einflussnahme auf das Stresserleben und den Salutogeneseprozess bestehen also auch in der Befähigung zu einer emotionalen Kompetenz, so

„dass Menschen in der Lage sind, Freude zu empfinden und mit Leid konstruktiv und nicht zerstörerisch – für sich und andere – umzugehen, dann setzt dies das Bemühen um die Erkenntnis der eigenen - ‚bevorzugten‘ emotionalen Bewertungs- und Konstruktionsmuster voraus“ (Arnold 2008, S. 143).

Verantwortung für das eigene Leben besteht darin, Verantwortung für das eigene Fühlen zu übernehmen. Dies kann als Richtschnur eines emotionalen Lernens gelten, das darauf abzielt die „Selffulfilling-feelings“ (ebd., S. 149) zu entlarven und reflexiv verfügbar zu machen. Voraussetzung dafür ist die Einsicht, dass das, was wir fühlen, auch ganz anders gefühlt werden kann (vgl. ebd., S. 143). Dies ist insofern ein riskantes Unterfangen, als hier tiefere Identitätsschichten angesprochen werden und alte Gewissheiten bzw. eine „reflexionsfreie Sorglosigkeit“ (ebd., S. 196) aufgegeben werden. Es kann nicht vorab gewusst werden, wie sich eine neue Ordnung anfühlt und ob eine Veränderung wirklich eine Besserung, einen Gewinn darstellt. Die „alten“ Emotionen verleihen dem Subjekt das Gefühl von Plausibilität und auf Identitätsebene biografische Kontinuität:

6. KAPITEL

„Emotionen als die >grundlegendste< Bezogenheit der Person auf die Wirklichkeit geben mehr als andere psychische Erscheinungen dem Bewusstsein Kontinuität. Stärker als im >Wissen<, im >Wollen< oder im >Handeln< erlebt die Person in ihren Gefühlsregungen sich selbst als mit sich selbst identisch“ (Ulich 1995, S. 37; In ebd., S. 149).

Hierin liegt auch der Umstand begründet, dass es Menschen „gut“ gehen kann, wenn es ihnen schlecht geht (vgl. Villon 2003, S. 106; In Arnold 2008, S. 12), da sie zumindest etwas Vertrautes in ihrem Grundgefühl wiederfinden können, das ihnen ein Identitätserleben ermöglicht. Arnold spricht an anderer Stelle auch von einer „Grundkohärenz“ (vgl. Arnold 2008, S. 181), ähnlich dem „Kohärenzgefühl“ nach Antonovsky, die einhergeht mit einer subjektiv begründeten Gewissheit und einem Plausibilitätserleben. Diese Grundkohärenz ist biographisch gewachsen und determiniert als „innere Struktur“ permanent unsere Wahrnehmung und stellt damit gleichzeitig ein Identitätserleben sicher. Eine Veränderung der Emotion ist eine Veränderung grundlegender Filter, „mit denen sich das Individuum sein In-der-Welt-sein organisiert“ (ebd., S. 149). Eine Transformation dieser Filter kann als Identitätsbildung betrachtet werden, für dessen Begleitung zunächst einmal leitende Modelle entwickelt werden müssen. Arnold stellt einige Ansätze zur Verfügung, wie man den inneren Funktionsmechanismen habhaft werden kann. Sie werden im Folgenden erläutert und zudem als Grundlage für eine Modellentwicklung zur Transformation von Bewältigungsleistungen im Salutogenese-prozess verwendet.

6.3.2 Förderung seelischer Gesundheit durch emotionale Selbstreflexion?

(Starke) Emotionen sind zweierlei: Wiederholungen bekannter Reaktionsmuster und zugleich ihr Hinweis auf Emotionsmuster. Irritationen (im Außen und Innen) sind damit zugleich Trigger für die Rekonstellation von Fühlmustern bzw. die Aktivierung von Deutungsmustern und ein Signal, welches unter bestimmten Bedingungen als Lernanlass gedeutet und nutzbar gemacht werden kann (vgl. Kapitel 6.2). Emotionale Selbstreflexion bedeutet, dass die spezifischen Muster einer bevorzugten Weltwahrnehmung und Weltgestaltung leidenschaftslos angeschaut wer-

den. D.h., es geht um eine Perspektivenklärung, -reflexion und -transformation (vgl. Arnold 2008, S. 45). Emotionale Selbstreflexion soll also zunächst – vor einer Transformation – das innerseelische „Sich-in-der-Welt-Fühlen“ und situative Gefühlsrekonstellationen in Stresssituationen reflexiv verfügbar machen. Rekonstellationen sind erlernte Muster, die sich in der Form fortpflanzen, dass sich das Bekannte immer wieder im Außen bestätigt findet. Dies ist auch neurophysiologisch erklärbar, da das Gehirn immer wieder auf die bereits erlernten Verbindungen zurückgreift und demnach nach einer „Mustererkennung“ agiert (vgl. Spitzer 2003, S. 15; In: ebd., S. 83).

Hier kann ein rein kognitiver Lernschritt keine Veränderung bewirken, da

„die emotionale Reaktion der kognitiven Stellungnahme und Begründung vorgelagert ist und letztere argumentativ nur überformt und rational ‚verkleidet‘ (vgl. Wassmann 2002), da man die Welt nur so sehen und beschreiben kann, wie man sie auszuhalten gelernt hat“ (Arnold 2008, S. 72).

Kognition kann also die emotionale Wurzel nicht allein aushebeln.

Beim Salutogenesemodell nach Antonovsky wie auch in systemisch-konstruktivistischen Theorien wird die Alltagsbewältigung bzw. Wirklichkeitskonstruktion als sich selbst stabilisierende und sich wiederholende „Schleife“ beschrieben. Im Salutogenesemodell sorgt der SOC-Level dafür, Ordnung „aus der Welt [zu] saugen“ (Antonovsky 1997, S. 116) und sich Erfahrungen von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit zu verschaffen (oder auch nicht), was wieder stabilisierend auf den SOC zurückwirkt. Damit formt der SOC auf eine „generalisierte Art und Weise die Welt und das eigene Leben in ihr zu sehen“ (ebd., S. 39) und so stehen die eigene Weltsicht und das Erleben der eigenen Welt in einer wechselseitigen Dynamik zueinander.

In systemisch-konstruktivistischen Theorien wird die Wahrnehmung der Welt ebenfalls in den Zusammenhang erlernter bzw. programmierter Funktionsweisen der eigenen Wahrnehmungsmöglichkeiten gesetzt. Die Welt kann dementsprechend nur zu den eigenen, inneren Bedingungen entschlüsselt werden. Das einmal Gelernte wird daher in Form von Wiedererkennung durch neue Erfahrungen aufgefüllt und wiederholt:

6. KAPITEL

„Diese Muster bleiben dann latent und warten bis zu einem Moment, in dem irgendein Ereignis das Schema aktiviert. Dann laufen automatisch wieder die alten Gefühle und Reaktionen ab“ (Bennett-Goleman 2004, S. 198; In: Arnold 2008, S. 84).

Bei dem Salutogenemodell geht es darum, Bewältigungsmechanismen und die Bedeutung der darin befindlichen dispositionellen Orientierung in ein Verhältnis zur Gesundheit zu setzen. Antonovsky war grundsätzlich pessimistisch gegenüber einer Veränderbarkeit dieser dispositionellen Orientierung, dem SOC, eingestellt.

Die Pädagogik hält hier ein anderes Bildungsverständnis bereit, da sie die Lernfähigkeit auch in Bezug auf tief verwurzelte Orientierungen bis ins hohe Alter betont, was sich auch empirisch bestätigen lässt (vgl. beispielsweise Lehr 2003, S. 134 ff.). Kapitel 6.2 befasst sich ausführlich damit, wie (kognitive) Lernprozesse beschaffen sein müssen, um Veränderungen im Selbst- und Weltbezug zu ermöglichen. Irritationen bzw. Stressoren wurden in dem Zusammenhang nicht nur als Anlass zur Wiederholung von eingespurten Bewältigungserfahrungen betrachtet, sondern auch als Lernanlass zu Selbstveränderungen, die sich bis in das Identitätskonzept fortwirken können. Bei Arnold geht es nun um Lernprozesse, die sich vornehmlich der Bewusstwerdung der emotionalen Konstruktion der Wirklichkeit widmen und eine Unterbrechung musterhafter Wiederholungen im emotionalen Erleben bewirken³⁰. Dies soll durch eine „emotionale Selbstreflexivität“ geschehen. Hier kann eine Modellerweiterung vorgenommen werden, die eine Förderung seelischer Gesundheit durch die Stärkung der SOC-Komponenten (in Form emotionaler Selbstreflexivität) aufgreift und anschlussfähig macht für organisierte Lernprozesse (vgl. Kapitel 6.3.2.3).

³⁰ Arnold spricht zwar immer wieder von einer Transformation emotionaler Muster, eine komplette Veränderung der „früh verschaltete[n] Gehirn-Architektur“ (Arnold 2008, S. 238) hält er jedoch unter Berücksichtigung neurophysiologischer Forschungserkenntnisse nicht für möglich, so dass er zu einer realistischeren Beurteilung tiefgreifender Lernmöglichkeiten im Erwachsenenalter kommt. Singer (2002) stellte fest, dass die Verschaltungen im Gehirn mit Abschluss der Pubertät starr werden. Hierzu resümiert Arnold: „Es spricht viel dafür, dass Singer hier in erster Linie die emotionalen Muster des ‚Sich-in-der-Welt-fühlens‘ im Blick hat, welche bereits in präverbalen Entwicklungsphasen – zumindest in Teilbereichen – grundlegend eingespurt und in den Phasen des kognitiv-diskursiven Lernens allenfalls argumentativ überformt, flexibilisiert und verbal rationalisiert werden können“ (Arnold 2008 S. 238).

6.3.2.1 Emotionale Selbstreflexivität

Arnold identifiziert mehrere Stufen einer emotionalen Selbstreflexivität:

Einsicht in die generellen Funktionsweisen der Wahrnehmung

Zielsetzung ist es hier, die eigene Wahrnehmung nicht für „wahr“ und alternativlos zu halten, auch wenn dies im Alltagsbewusstsein häufig so in Erscheinung tritt. Hier ist zum Beispiel das Wissen um die neurophysiologische Beschaffenheit von Gefühlen und die Wirkmechanismen frühkindlicher Prägung hilfreich, über das aber wenig Reflexionswissen im öffentlichen Diskurs zur Verfügung steht. Es gilt eine „nachdenklichere, weniger narzisstisch und leidenschaftlich verhaftete – fast selbstexperimentelle – Grundposition gegenüber den eigenen Wahrnehmungen zu entwickeln“ (Arnold 2008, S. 85). Voraussetzung für eine emotionale und transformierende Bildung ist demnach die Grundbereitschaft, die eigene Wahrnehmung als etwas anzuerkennen, das durch vorbewusste emotionale Reize beeinflusst wird. Hieraus entsteht eine distanziertere Haltung gegenüber der gewohnheitsmäßigen Wahrnehmung und eine Ent-Identifikation mit den Inhalten der eigenen Wahrnehmung.

„Indem man sich von der Entschiedenheit des eigenen Blicks zu lösen vermag [...] wird eine andere Identitätsdimension in einem selbst wirksam, welche das Selbstbewusstsein nicht mehr aus dem ‚Ich-bin-was-ich-sehe‘, sondern aus einem ‚Ich-weiß-wie-meine-Wahrnehmung-funktioniert‘ abzuleiten vermag“ (Arnold 2008, S. 85 f.).

Das Vorhandensein von frühen Programmierungen steht bei Arnold nicht in einem Kontext der Pathologisierung. Diese seien als universale Mechanismen in jedem wirksam. Er benutzt das Bild, dass die eigenen Rekonstellationen und Fühlmuster die „Schlüssel“ sind, um das Neue für das eigene Erkennen zu erschließen. Verantwortung resultiert nun daraus, dass man die eigenen Rekonstellationsmechanismen (er-)kennt und reflektiert (vgl. ebd., S. 97). Die Erfordernis einer Transformation emotionaler Landkarten ergibt sich dann, wenn eine viable Lebensführung nicht mehr organisiert werden kann und der Mensch mit diesen Mustern an seine Grenze stößt (vgl. ebd., S. 169). Dies passiert vornehmlich dann, wenn es zu Konflikten zwischen Realitätsorientierungen kommt. Die persönliche Realitätsorientierung, die sich in der Herkunftsfamilie als eine „natürliche“ und „richtige“ angefühlt hat, wird konfrontiert mit

der Möglichkeit, die Welt auch anders wahrzunehmen und zu fühlen. Die Einsicht in die Tatsache, dass die eigene Wahrnehmung durch biografische Erfahrungen und Prägungen notwendigerweise limitiert ist, öffnet den Blick für andere Realitätsorientierungen als ersten Schritt einer Transformation (vgl. ebd., S. 181).

Entdeckung der individuellen Muster des eigenen Selbst

In dieser Haltung der Achtsamkeit gegenüber der eigenen emotionalen Weise der Weltaufordnung gelingt es, zu erspüren, welche Geschichte mit den aktuellen Reaktionen verbunden ist. Zielsetzung ist hier nicht, solche Muster auszulöschen, sondern einen „viablen“ Umgang mit ihnen zu erlernen, in Form von Unterbrechungen und Alternativmöglichkeiten. Es geht um eine Verlangsamung der automatisch ablaufenden Reaktionsmuster und eine Erhöhung der Autonomie ihnen gegenüber, so dass der „ethische Imperativ“ von Heinz von Foerster wirksam werden kann: „Handle stets so, dass du die Anzahl der Möglichkeiten vergrößerst“ (zit. nach Schlippe/Schweitzer 2002, S. 116; In: ebd., S. 104).

Bei der Beschreibung dieses Prozesses, greift Arnold außerdem Fromms Charakteristik von Selbstwerdung auf, die vom „falschen“ Selbst zum „wahren“ Selbst verläuft. Innere Freiheit beginnt dann, wenn die „unbewussten Projektionen“ (als Teil eines falschen Selbst) zurückgenommen werden (vgl. Arnold 2008, S. 117). Unbewusste Projektionen haben ihren Ursprung in ungelösten, primären Beziehungskonflikten. Die daraus entstandenen Verletzungen werden in aktuellen Konflikten oder Beziehungskonstellationen (Partnerschaften oder auch kollegialen Beziehungen) reinszeniert. D.h., ungelöste Beziehungskonflikte wirken insofern nach, als frühkindliche Bedürfnisse ungestillt geblieben sind und die ausgebliebenen Erfahrungen der (mütterlichen) Zuwendung und Spiegelung im Erwachsenenalter bei anderen Personen gesucht werden. Häufig bleibt den Menschen dabei verborgen, dass ihre Gefühle selbstgemacht sind, einen früheren Ursprung haben und sie die Projektionen für die Wirklichkeit halten.

„Immer wieder geraten die solchermaßen unbewusst lebenden Menschen vornehmlich in ihren Intimbeziehungen in gleiche oder strukturähnliche Schwierigkeiten, und auch ihr Verhältnis zu Vorgesetzten und Untergebenen ist durch die immer gleichen Muster gekennzeichnet“ (Arnold 2008, S. 117).

Diese Verstrickungen des Erwachsenen werden dann verstehbar, wenn man als Erklärungsansatz bindungstheoretische Ansätze hinzuzieht. Die „seelische Funktion“ (ebd., S. 179) kindlicher Gefühlsmuster im Lebensvollzug des Erwachsenen werden hier als Angstvermeidung gedeutet (vgl. ebd.). Hier gemeint sind die Strategien des Kleinkindes, das, um den tiefen Schmerz eines Liebesentzuges der Mutter zu vermeiden, Muster entwickelt, um die so benötigte Liebe der Mutter sicherzustellen oder ihr Ausbleiben als erträglich zu gestalten. Genau diese Muster reichen noch bis ins Erwachsenenalter hinein und lassen sich schwer transformieren, da ihre Wurzeln an tiefe Ängste und Trennungserfahrungen rühren. Die Strategien, die früheren, schmerzhaften Erfahrungen des Getrenntseins entgegenwirken sollten oder gar die eigenen Schlussfolgerungen korrigieren sollten, dass die ersehnte, fehlende Zuwendung durch die eigene Unzulänglichkeit bedingt sei, werden zu Lebensstrategien. Wobei diese Strategien aber häufig keine Sättigung (oder Auffüllen) der gefehlten Erfahrungen ermöglichen, sondern immer wieder zu einer „Bestätigung der gefürchteten Erfahrung des Abgetrenntseins“ (ebd., S. 191) führen.

Eine Identitätsentwicklung umfasst also die Frage „wem ‚zur Liebe‘ wir so und nicht anders zu handeln begonnen haben“ (ebd., S. 185). Dabei geraten die Eltern oder wichtige, frühkindliche Bezugspersonen, als „Hauptlieferanten beim Seelenwachstum“ (ebd., S. 189) in den Blick. Selbstreflexion muss die Auseinandersetzung mit den Prägeorten der eigenen Kindheit beinhalten. Hierbei geht es nicht um eine Auseinandersetzung mit den konkreten Eltern, sondern um das,

„was an innerer Substanz durch sie, die uns die ersten bleibenden Eindrücke über das Leben, das Aufgehobensein, Beziehung, Selbstwert usw. gegeben haben, vermittelt wurde“ (Arnold 2008, S. 189).

Dementsprechend wird durch emotionale Selbstreflexivität und die Zurücknahme unbewusster Projektionen eine Erhöhung der Autonomie auch in Bezug auf die Interaktion mit den sozialen Bezugspartner*innen möglich.

Meller (2008) beschreibt den Prozess vom falschen zum wahren Selbst als einen salutogenetischen Prozess: Indem die in der frühkindlichen Entwicklung verloren gegangenen Selbstanteile wieder in das Bewusstsein geholt werden (Selbstwerdung) und diese im aktuellen Lebenszusammenhang realisiert werden können (Selbstrealisierung), entsteht

(seelische) Gesundheit (vgl. Kapitel 5.2.2.3). Dem gegenübergestellt werden Selbstentfremdungsprozesse, die sich dann vollziehen, wenn bestimmte Selbstanteile einer Person unterdrückt oder übersteigert werden (Selbstverkenning) und diese nicht im aktuellen Lebensvollzug umsetzen kann (Selbstverleugnung). Selbstentfremdung geht nach Meller mit Krankheit einher. Für Meller bedeutet Salutogenese, sich mit der Inkongruenz zwischen Selbst, Selbstkonzept und Handeln auseinanderzusetzen. Die chronische bzw. erlernte Inkongruenz im Lebensvollzug des Menschen ist dementsprechend nicht durch Coping aufzulösen, sondern durch Selbstreflexion und Aufarbeitung, um gar nicht erst in die stressauslösenden Situationen zu kommen. Ansatzpunkt einer Gesundheitsförderung kann dabei nicht im „Züchten“ einseitiger Kompetenzen oder in der Vorgabe des weiteren Lebensweges liegen (vgl. ebd., S. 252). Durch Selbstreflexion, auch emotionaler Art, sollen die Diskrepanzen zwischen wahren und falschem Selbst reduziert werden, durch Ermutigung soll dazu angeregt werden, die authentischen Gefühle und Handlungen auszudrücken.

Für Arnold ist die Selbstwerdung Teil eines emotionalen Bildungsprozesses. Diese kann durch „emotionales Lernen“ gefördert werden. Zielsetzung ist es dabei, emotionale Kompetenz auszubilden, die die Selbstwerdung ermöglicht. Eine Definition emotionaler Kompetenz ist:

„Emotional kompetent ist jemand, der um die ‚Selbstgemachtheit‘ emotionaler Reaktionen weiß, die Fülle möglicher Gefühlszustände aus eigenem Erleben kennt (‚emotional literacy‘) und über ‚Techniken‘ verfügt diese mit situationsangemessenem Verhalten in Einklang zu bringen“ (Arnold 2008, S. 123).

Diese „Techniken“ können meist nicht aus sich selbst heraus entwickelt werden, sondern bedürfen eines entsprechenden Lernsettings, in dem diese emotionale Nachreifung erfahrbar werden kann. Dabei muss die Kognitionsverengung bisheriger Konzepte überwunden werden (vgl. ebd.).

6.3.2.2 Stop & Think-Schleife – Möglichkeit der Unterbrechung von Emotionsmustern

Emotionsmuster zu „verflüssigen“ brächte den Vorteil mit sich, Handlungssituationen so zu begegnen, dass man den darin befindlichen Anforderungen besser und flexibler gerecht würde, ohne dem Druck emotiona-

ler Reaktionsmuster zu erliegen. Eine nüchterne Würdigung der Situation und ihrer Anforderungen werden eben häufig dadurch behindert, dass wir die Welt durch die Brille des „Sich-in-der-Welt-fühlens“ deuten. Es handelt sich dabei nicht um ein „Erkennen“ von Wirklichkeit, sondern um ein Wiedererkennen dessen, was schon einmal erlebt wurde und angesichts der aktuellen Situation nur wiederbelebt wird. Die Anerkennung der Konstruktivität der eigenen Wirklichkeit ermöglicht ein Innehalten von sonst automatisch ablaufenden Reaktionen im Verhalten. Die Verlangsamung einer ineinander verketteten Abfolge von Emotionen, Deutungen, Verhalten ist durch die bewusste Einführung einer „Stop & Think-Schleife“ (vgl. ebd., S. 125) zu bewerkstelligen. Diese sieht schematisch gefasst folgendermaßen aus:

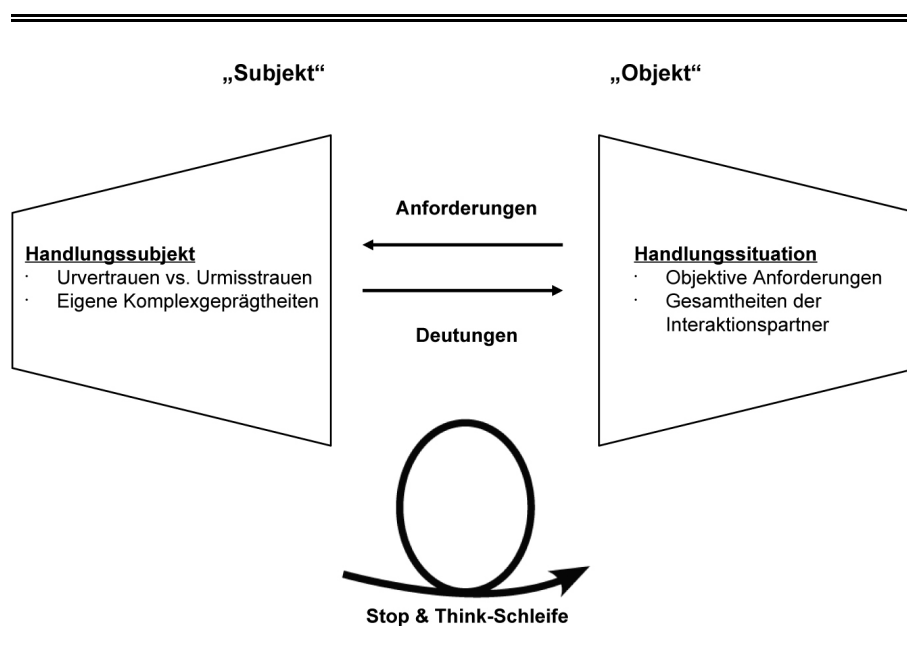


Abbildung 8: Die emotionale Konstruktion der Wirklichkeit (vgl. Arnold 2008, S. 125)

Die hier dargestellte Subjekt-Objektbeziehung ist geprägt durch die subjektive Deutung einer bestimmten Handlungssituation durch das Handlungssubjekt. Die Deutung steht wiederum in Relation zu dem Maß an Urvertrauen bzw. Urmisstrauen, das das Subjekt im Laufe seines Lebens

ausgebildet hat. An anderer Stelle wird in dem Zusammenhang auch von einer „emotionalen Grundtendenz“ (Arnold 2008, S. 132) oder einer „ausstrahlenden Grundemotion“ (ebd., S. 135) gesprochen. Hier kann auch das Salutogenesemodell hilfreiche Erklärungsansätze anbieten, da sehr ausführlich ausgearbeitet wurde, welche unterschiedlichen Auswirkungen das Maß des Kohärenzgefühls auf die „Dekodierung“ der Situation und das gesamte Stresserleben hat. Das Kohärenzgefühl wird häufig auch verkürzt als Urvertrauen/Urmisstrauen bezeichnet.

Hinter dem Begriff „Komplexgeprägtheiten“ verbirgt sich die Komplextheorie nach C.G. Jung, die an dieser Stelle jedoch nicht ausgeführt werden soll. Kast definiert Komplexe als:

„[...]spezifische Konstellationen von Erinnerungen aus verdichteten Erfahrungen und Phantasien, um ein ähnliches Grundthema geordnet und mit einer starken Emotion der gleichen Qualität besetzt. Wird dieses Grundthema im Leben berührt oder der zugehörige Affekt, reagieren wir komplexhaft, das heißt wir sehen und deuten die Situation im Sinne des Komplexes, werden ‚emotional‘ und wehren in stereotypischer Weise ab, wie wir es schon immer getan haben“ (Kast 1994, S. 37; In: Arnold 2008, S. 154).

Komplexe entwickeln also eine Art Sogkraft in Richtung eines alten Gefühlsmusters, das dann auch in der Logik dieses Gefühlsmusters beantwortet wird – ggf. auch unter hoher Irritation der beteiligten Interaktionspartner*innen. Kast spricht in diesem Zusammenhang sogar von einer gestörten Wahrnehmung, da der Komplex Reaktionen in Gang setzt, die stark verzerrend auf die Wahrnehmung wirken, da alles, was nicht zu der Komplexepisode gehört ausgeblendet wird (vgl. Kast 1994, S. 48; In: Arnold 2008, S. 154).

Hier wird ein zweisechrittiger Unterbrechungs- und Reflexionsprozess anvisiert: „Stop“ meint das Innehalten und Zurückhalten unmittelbarer Reaktionen, „Think“ meint die Reflexion möglicher emotionalisierter Anteile in der persönlichen, spontanen Verhaltenstendenz (vgl. Arnold 2008, S. 124 f.). Die Ritualisierung solcher „Stop & Think-Schleifen“ kann eben jene Freiheitsräume schaffen, aus denen auch Handlungsalternativen erwachsen können.

An dieser Stelle soll auch ein kritischer Gedanke Platz finden. Die emotionale Selbstreflexivität ermöglicht zunächst eine Verlangsamung automatisierter Reaktionen und ein Beobachten der Maschengefühle, die das emotionale Gefüge prägen und sogar unsere Wirklichkeitskonstruk-

tionen dominieren. Aber hat emotionale Selbstreflexivität auch die Kraft, neue (emotionale) Wirklichkeitskonstruktionen zu schaffen? Woran sollen sich diese Konstruktionen – vor allem da sie einer Lerngeschichte entbehren – orientieren? Transformationsprozesse, die sich auf eine solch tiefgehende Schicht wie die der „emotionalen Einspurungen“ beziehen, müssen meines Erachtens auch „Hin-zu-Bewegungen“ integrieren. Hier kann die Auseinandersetzung Petzolds (2013) mit dem „Annäherungssystem“ aufgegriffen werden. Petzold beschreibt es als einen salutogenen Prozess, Menschen darin zu begleiten, attraktive und stimmige Identitätsziele zu finden. Sie existieren nicht als kognitive, blutleere Idealvorstellungen, sondern müssen angebunden werden an wichtige, kohärenzstimulierende Ziele, die automatisch „Wohlgefühl“ und „Stimmigkeit“ hervorrufen. Sie orientieren sich also an wichtigen Identitätsbedürfnissen (vgl. auch Höfer 2000). Das Fühlen, Denken und Handeln wird von einem inhärenten oder imaginierten Ziel bzw. von einer in der Zukunft erwünschte Entwicklung bestimmt (vgl. Petzold 2013, S. 131). Die für einen Organismus attraktiven Ziele erzeugen automatisch Hin-zu-Bewegungen auf biologischer Ebene wie auch auf der Ebene der Motivation und der Handlungen. Dadurch, dass die Transformationsprozesse von einem imaginierten, positiven Ziel ausgehen, liegen sie außerhalb der erlernten Emotions-, Denk- und Handlungsmuster.

Ein Bild, das ich an dieser Stelle aufgreifen möchte, stammt von Scharmer, welches er in seiner „Theorie U“ zur Beschreibung von Transformationsprozessen entwickelt hat. Seine Kernthese besagt, dass jeder Mensch nicht einer ist, sondern zwei. Zum einen gibt es die Person, die sich auf Grund ihrer Erfahrungen entwickelt hat und gewissermaßen durch die Vergangenheit geformt wurde. Zum anderen gibt es die Person, die man werden kann – als höchste Zukunftsmöglichkeit (vgl. Scharmer 2007, S. 208). Der/die Gewordene und der/die Werdende treten in einen konstruktiven Dialog, von dem aus die Transformationsprozesse angestoßen werden und von dem aus sich eine neue Ordnung ausbildet:

„Durch das Zwiegespräch von Gewordenem und Werdendem entsteht ein subtiler Bezug zu unserer höchsten Zukunftsmöglichkeit, der dann beginnt richtungs- und inspirationsgebend für uns in sehr realer Weise eine helfende Kraft zu werden“ (ebd., S. 208).

Die so imaginierte Zukunft kann zu motivierenden Attraktoren werden, so dass auch alte Emotionsmuster, die ja ebenso eine stabilisierende und

identitätsgenerierende Kraft besitzen, losgelassen und überwunden werden können (vgl. ebd.).

6.3.2.3 Lerntheoretische Ausdifferenzierung des Salutogenesemodells II

In der ersten Abbildung einer lerntheoretischen Ausdifferenzierung des Salutogenesemodells (Kapitel 6.2.3) wurde eine Lernschleife in den Salutogeneseprozess integriert. Durch eine lernende Selbstveränderung werden neue „Generalisierte Widerstandsressourcen“ in das persönliche Bewältigungsrepertoire aufgenommen, die sich positiv auf die Spannungsbewältigung auswirken. Hierdurch kann veranschaulicht werden, dass es auch Erwachsenen noch möglich ist, ihr Kognitions- und Verhaltensrepertoire zu erweitern, um sich so Erfahrungen zu verschaffen, die für sie verstehbar, handhabbar und sinnhaft sind. Stressoren können hier zu lernförderlichen Anlässen werden. Die Auseinandersetzung mit der „Emotionalen Konstruktion der Wirklichkeit“ nach Arnold hat ergeben, dass eine lernende Selbstveränderung in Bezug auf Emotionen nicht automatisch mitgedacht werden kann. Emotionsmuster funktionieren selbstbezüglich, nach eigener Logik und schließen sich nicht automatisch an kognitive Lernprozesse an. Sie sind kognitiven Prozessen vorgeschaltet und bahnen das individuelle Verhalten damit auf vorbewusster Ebene an. Emotionsmuster zu verändern gestaltet sich aus diesen Gründen als komplex und widerständig. Die emotionalen Landkarten werden gespeist von den frühkindlichen Prägungen, die auch im Erwachsenenalter immer wieder durchscheinen, sich wiederholen. Diese Prägungen reflexiv in den Blick zu nehmen, würde Bewusstwerdungsprozesse befördern, die auch eine Förderung seelischer Gesundheit vermuten lassen.

Zunächst einmal ist der Stressor bzw. die Irritation ein Anlass – nicht zur lernenden Selbstveränderung, sondern – zur Rekonstellation bekannter Emotionen, sogenannter Maschengefühle. Arnold geht sogar noch einen Schritt weiter, indem er aus der autopoietischen Kraft der Emotionen schließt, dass sich diese immer wieder die Realitäten „suchen“, die die bekannten Emotionen wieder hervorbringen. Der Blick auf die Welt passt gewissermaßen zu dem individuell ausgeprägten emotionalen Bauplan. Gefühle haben dabei, mehr noch als Kognitionen, die Funktion, sich mit sich selbst identisch zu fühlen. Die Rekonstellation bekannter Emotionen, auch wenn sie negative Einfärbungen haben, wirken also identitätsstiftend. Dies ist die Kernthese einer emotionalen Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Vergleichbarkeit zum Salutogenesemo-

dell ist insofern gegeben, da das Kohärenzgefühl ebenfalls als prägende Instanz beschrieben wird, wie die Welt, auch in emotionaler Hinsicht, wahrgenommen wird und wie man sich in ihr zurecht findet. Die dabei gemachten Erfahrungen wirken sich stabilisierend auf das Kohärenzgefühl zurück. Das Kohärenzgefühl kann ebenfalls zurückgeführt werden auf prägende, biografische Lernerfahrungen. Die Möglichkeit eines (ansatzweise) reflexiven Verfügens über das Kohärenzgefühl, gemeint als Verknüpfung von Kohärenzgefühl und seiner Historie in bestimmten Lernerfahrungen und familiären Prägungen, wurde bisher kaum diskutiert. Einige Ansätze dazu bietet Meller (2008), indem sie es als salutogenetischen Prozess definiert, die in der kindlichen Sozialisation verloren gegangenen Selbstanteile wieder in die Persönlichkeit zu integrieren (vgl. Kapitel 5.2.2.3).

Wie nun ist es möglich, dass Irritation zum Anlass emotionalen Lernens wird – um das Bild Schäffters (1997a) aufzugreifen? Es werden unterschiedliche „Anlässe“ von Arnold beschrieben, wie emotionales Lernen angebahnt wird. Zum einen wird dieses angeregt durch die Irritation des „So-und-nicht-anders-Gefühls“. Dies ist der Fall, wenn die subjektive Wirklichkeitskonstruktion dadurch ins Wanken gerät, dass andere Gefühlskonstruktionen im Möglichkeitshorizont auftauchen und in Konkurrenz zu den bekannten Emotionsmustern stehen. Ein weiterer Anlass bedingt sich dadurch, dass sich in der individuellen Biografie Emotionsmuster herauskristallisieren, die als Angstabwehr gedeutet werden können. Diese Bewältigungsleistungen (der Angstabwehr) führen jedoch häufig zu überwertigen Reaktionen, die in anderen Kontexten (als denen ihrer Entstehungsgeschichte) als dysfunktional wahrgenommen werden und als unpassend zurückgemeldet werden. Weiterhin besteht die Möglichkeit des Erkennens der eigenen emotionalen Musterhaftigkeit, wenn man sich gewissermaßen selbst auf die Schliche kommt. Anzeigt wird dies durch ein Wiederholungserleben (bestimmte Emotionsmuster häufen sich in strukturähnlichen Situationen). **Diese Irritationen können zum Anlass von emotionaler Selbstreflexivität werden.** Emotionale Selbstreflexivität beinhaltet Bildungs- und Lernprozesse, in denen die Funktionslogik der eigenen Innerlichkeit beobachtet werden kann. Die Lernprozesse münden in eine leidenschaftslosere Grundhaltung gegenüber der eigenen Wahrnehmung, die sich einstellen kann, wenn man um die neurophysiologische Beschaffenheit von Gefühlen und Wirkmechanismen frühkindlicher Prägungen weiß. Ein Erspüren der individuellen Historie hinter den aktuellen Emotionsmustern wird so ermöglicht.

6. KAPITEL

Emotionale Selbstreflexivität ermöglicht Distanz und eine Verlangsamung der automatisch ablaufenden Emotionsmuster durch deren Beobachtung. Hierin entstehen Freiheitsräume, in denen ein bewussterer Umgang mit den eigenen Emotionsmustern gefunden werden kann und ein viabler Umgang mit ihnen angebahnt wird (Stop & Think Schleife).

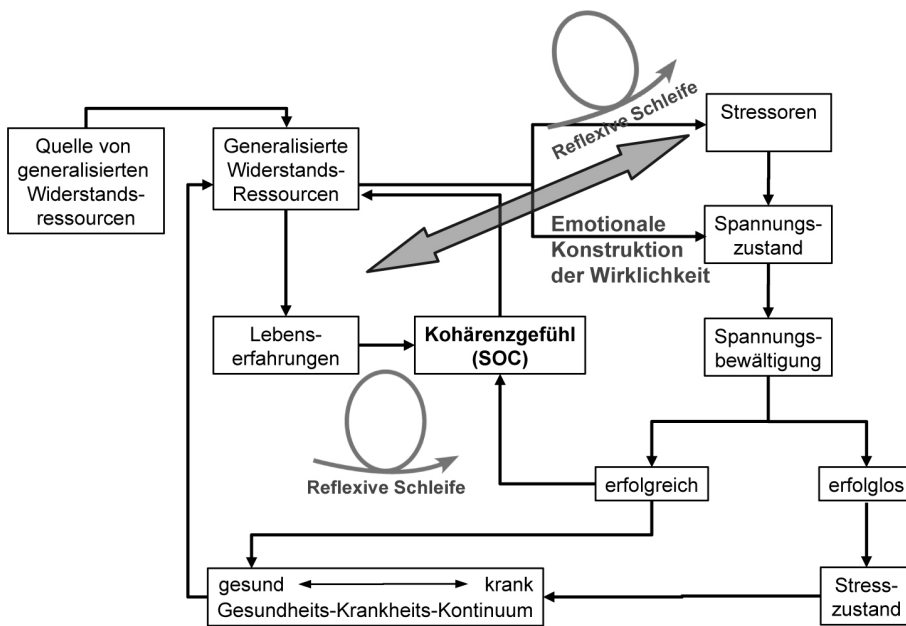


Abbildung 9: Erweiterte Darstellung des Modells der Salutogenese (vgl. Bengel et al. 2001, S. 36)

Welchen Einfluss hat eine emotionale Selbstreflexivität auf den von Antonovsky beschriebenen Spannungsbewältigungsprozess? Um hier einen gesundheitsstabilisierenden Effekt als Resultat einer Auseinandersetzung mit einem Stressor zu erwarten, müssen eine Spannungsreduktion und ein Bewältigungserleben vorliegen. Dem spannungsinduzierenden Stressor wird – so im Salutogenesmodell beschrieben – seine Schärfe genommen, indem in verschiedenen Bewertungsprozessen emotionale Spannungen abgebaut und Ressourcen mobilisiert werden. Emotionale Selbstreflexivität fördert diese Prozesse insofern, als sie eine emotionale Distanz zum Stressor aufgebaut, indem dieser als subjektive Wirklichkeitskonstruktion nachvollzogen wird, die wiederum durch biografische Erfah-

rungen plausibilisiert wird (Abbildung 9). Es werden dadurch Suchprozesse angestoßen für andere Wirklichkeitskonstruktionen, die sich ggf. weniger stressinduzierend auswirken. Die Analyse der subjektiven Emotionsmuster stellt die eigenen Bewertungskriterien, nach denen sich (bisher unbewusst) entscheidet, was als „Stress“ wahrgenommen wird, zur Disposition.

Aus den lerntheoretisch-psychologischen Modellen zur seelischen Gesundheit lässt sich zwar kein didaktisches Konzept „deduktiv“ ableiten, es bietet aber Anschlussmöglichkeiten für das didaktische Handeln und die methodische Ausgestaltung.

6.3.3 Didaktisch-methodische Ausgestaltung einer emotionalen Selbstreflexion

„Sie kennen Karius und Baktus, aber keine einzige Übung zur Psychohygiene“ (Fuchs 2014, S. 21).

Das Wissen um die Dualität von Emotionen (vgl. Kapitel 6.3.1.1) macht deutlich, dass es bei der Transformation von Stress im Spannungsbewältigungsprozess zu Gunsten eines gesundheitsförderlicheren Ausgangs, um zwei Ebenen gehen muss. Einmal um die Veränderung des physiologischen Zustandes – hier können Meditation, Achtsamkeit und Atemtechniken hilfreiche Interventionen darstellen (vgl. Exkurs in Kapitel 6.3.3). Zum anderen geht es um eine Transformation der individuellen Bewertungs- und Emotionsmuster. Ein solches Emotionslernen tangiert Aspekte von seelischer Gesundheit. Im Vorangegangenen wurde immer wieder die Funktionslogik der eigenen Innerlichkeit bzw. die Beschaffenheit von Emotionsmustern einer globalen Orientierung wie dem Kohärenzgefühl vergleichend gegenüber gestellt. Es stellt sich die Frage, wie aus dem dargestellten Diskurs eine Anschlussfähigkeit für die didaktisch-methodische Aufbereitung von Lernprozessen hergestellt werden kann, die emotionales Lernen ermöglichen und damit auch etwas mit seelischer Gesundheit zu tun haben. Es bedarf hier eines weitreichenderen Lernens, ein „transformatives Lernen“, um die basalen Aufordnungsmuster des eigenen Fühlens, Denkens und Tuns bewusstseinsfähig zu machen und zu verändern³¹ (vgl. Arnold 2008, S. 39). Schäffter hatte bereits darauf hingewie-

31 Die Möglichkeiten der Einflussnahme von Erwachsenenbildung auf Emotionsmuster wird unterschiedlich bewertet. Siebert gesteht der Erwachsenenbildung kaum

sen, dass es zunächst darum geht, die Irritation als Mobilisierungsereignis für „Lernen“ aufzufassen (vgl. Kapitel 6.2.2), um diese im Bereich der Erwachsenenbildung bearbeiten zu können. Gerade bei „emotionalen Irritationen“ können auch Zuordnungen zu Funktionskontexten des Gesundheitssystems hergestellt werden, in denen es um therapeutische Unterstützung und Stabilisierung in Krisensituationen oder bei psychischen Störungen geht. Hier sollte ggf. eine ärztliche Diagnostik Klarheit schaffen. Besitzt die betroffene Person jedoch genügend „psychische Energie“ (Siebert 1997, S. 155), um Distanz zu den basalen Aufordnungsmustern im Fühlen, Denken und Tun aufzubauen und diese reflexiv in den Blick zu nehmen sowie ggf. Lernprozesse anzuschließen, ist auch der Funktionskontext der Erwachsenenbildung ein angemessener Lernort.

Es lassen sich nach Siebert unterschiedliche Arten identifizieren, wie mit den subjektiven Konstruktionen von Teilnehmer*innen didaktisch verfahren wird. Im Bereich der emotionalen Selbstreflexivität geht es darum, die (emotionale) Konstruktion der Wirklichkeit selbst zum Thema des Seminars zu machen (vgl. ebd., S. 21). In anderen (Weiter-)Bildungsveranstaltungen würden die subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen der Teilnehmer*innen nur in Ausnahmefällen oder in metakommunikativen Phasen Platz finden (vgl. ebd., S. 20). Aber auch in diesen Bildungsveranstaltungen spielt das Thema Emotionalität als ein „didaktisches Prinzip“ eine Rolle und sollte berücksichtigt werden – nämlich dann, wenn es die kognitive Auseinandersetzung mit einem Lerninhalt beeinflusst (vgl. ebd., S. 151). Wenn die Reflexion von Emotionsmustern selbst zum Inhalt wird, geht es darum, einen reflexiven Umgang mit den eigenen Emotionen und denen anderer Personen anzubahnen, zu unterstützen und zu begleiten. Die Schritte eines Emotionslernens im Feld der Erwachsenenbildung können nach Arnold auf drei aufeinanderfolgenden Stufen didaktisch bearbeitet werden:

Veränderungspotential in Bezug auf die biografisch fest verankerten Emotionsmuster zu (vgl. Siebert 1997, S. 152). Dennoch trage sie zu einer emotionalen Stabilisierung und einem positiven Selbstwertgefühl bei: „Lernerfolge fördern die Selbstsicherheit; das Gefühl, von den Lehrenden und der Gruppe akzeptiert zu werden, positive Rückmeldungen auf eigene Diskussionsbeiträge zu erhalten, trägt zur Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens bei. Auch die Erweiterung des »thematischen Universums« und die aktive Auseinandersetzung mit neuen Lernaufgaben hat häufig stabilisierende psychosoziale Auswirkungen. Weiterbildung ist so gesehen eine wertvolle »Copingstrategie« (ebd., S. 152 f.).

1. Verunsicherung: Ein Überforderungserleben führt zunächst zu der Aktivierung bekannter und vertrauter Bewältigungsmuster (Rekonstellationen). Der Entschluss zu einer Reflexion in professionellen Kontexten liegt meist dann vor, wenn bei sich selbst erkannt wird, dass die Bewältigungsmuster nicht zum Ziel führen und immer wieder in strukturähnlichen Kontexten gepaart mit entsprechenden Gefühlszuständen auftreten (vgl. Arnold 2008, S. 253). Die entstehende Rat- oder Haltlosigkeit kann zum Ausgangspunkt eines Emotionslernens werden. Voraussetzung für ein begleitetes Emotionslernen im Kontext von Erwachsenenbildung ist das Einverständnis der Teilnehmer*innen, dass Denk-, Fühl- und Verhaltensmuster zum Lerngegenstand werden (vgl. ebd.).
2. Information: Emotionslernen dockt an das Inkonsistenzerleben an. Das eigene Erleben wird zum Gegenstand der Reflexion, so dass sich eine Beobachterposition herausbilden kann. Dieser Schritt kann jedoch nach Arnold nicht ohne ein Mindestmaß an Informationen auskommen. Die Informationen klären darüber auf, was Emotionen sind, wo sie ihren Ursprung haben und wie sie das aktuelle Verhalten beeinflussen. Arnold bezeichnet dies als „Emotional Literacy“ (vgl. Arnold 2008, S. 253). Das Wissen über Emotionen sollte dabei nicht im Vordergrund stehen, um das Risiko einer „intellektualisierenden Abwehr“ (ebd.) – also einem Reden über die Gefühle, ohne sie wirklich zur Disposition zu stellen – zu begrenzen.
3. Transformation: Das Wissen über Emotionen wird ergänzt um das Wissen über die individuellen Möglichkeiten, mit den eigenen Emotionen sowie mit denen anderer gesünder umzugehen (vgl. ebd., S. 254). Transformation beinhaltet eine leidenschaftslosere Haltung gegenüber den bevorzugten Emotionsmustern; bevorzugte Angst-Bewältigungsstrategien werden aufgegeben. Die Sachkenntnis muss angereichert werden auf der Ebene des seelischen Erlebens. Hier ist die Kenntnis von erlebnisförderlichen Methoden hilfreich und notwendig.

Als Beispiel für den Erwerb emotionaler Kompetenzen greift Arnold auf das „Self Science Curriculum“ zurück, das Golemann in seinem Werk „Emotionale Intelligenz“ (Golemann 1997, S. 379 f.) vorgestellt hat. Das

6. KAPITEL

Curriculum umfasst vielfältige emotionale Kompetenzen³² und soll einem emotionalen Analphabetismus entgegenwirken. Als „emotionale Analphabeten“ (vgl. Goleman 1999, S. 74; In: Arnold 2008, S. 116) bezeichnet Goleman die Menschen, die die Fülle an emotionalen Ausdrücken nicht kennen gelernt haben, sondern die sich aus dem Repertoire bedienen müssen, das sie früh verinnerlicht haben. Es geht also darum, die Vielfalt der subjektiven Innerlichkeit zu erhöhen. Dabei wird auch ein grundlegendes „Sich-in-der-Welt-fühlen“ (Arnold 2008, S. 116) tangiert und transformiert, das in seiner generalisierenden Wirkung Ähnlichkeiten mit dem Kohärenzgefühl aufweist. Emotionale Kompetenz bedeutet dementsprechend, sich von einer „So-und-nicht-anders“-Realität des eigenen Denkens und Fühlens nicht „unterdrücken“ zu lassen, sondern alternative Handlungs-, Denk- und Fühloptionen zu entwickeln. Es geht um eine Flexibilisierung des individuellen Handlungsspielraumes:

„Ein emotional kompetenter Mensch, der um die Muster und Wirkungsmechanismen seiner eigenen emotionalen Systemik weiß, ist zwar nicht vollständig frei von dieser Systemik, er kann aber aus ihr mental oder tatsächlich ‚aussteigen‘ und anders handeln. Damit befreit er sich gewissermaßen von sich selbst bzw. von der Hypothek unbewusst gespeicherter Deutungs-, Handlungs- und Gefühlsimpulsen und kann eine Situation auch anders und in verändertem Licht – und damit anders beurteilen als er dies gewohnheits- und gefühlsmäßig tun würde“ (Arnold 2008, S. 115).

Die didaktisch-methodische Umsetzung wird bei Arnold jedoch nicht ausgestaltet; die geforderten erlebnisförderlichen Methoden werden nicht vorgestellt. Da Erwachsenenbildungsveranstaltung selbst auch als „soziale Handlungsräume“ (Siebert 1997, S. 162) verstanden werden können, ist der Methodenvielfalt zur Ermöglichung eines angeleiteten Probehandelns (vgl. ebd.) eine besondere Bedeutung beizumessen. Das didaktische Prinzip der Handlungsrelevanz (vgl. ebd., S. 157 ff.) verweist darauf, dass Erkenntnis

32 Im „Self Science Curriculum“ (Stone/Dillehunt 1978; In: Golemann 1997, S. 379 f.) werden 13 Dimensionen benannt: Selbstwahrnehmung, Treffen persönlicher Entscheidungen, Umgang mit Gefühlen, Abbau von Stress, Empathie, Kommunikation, sich offenbaren, Einsicht, Selbstakzeptanz, Persönliche Verantwortung, Selbstsicherheit, Gruppendynamik, Konfliktlösung.

„nicht auf objektive Wahrheit, sondern auf lebensdienliche Handlungen ausgerichtet [ist]“ (ebd., S. 157).

Nach Siebert lassen sich vier Typen handlungsbezogener Bildungsarbeit unterscheiden (vgl. ebd., S. 160 f.):

1. Lernen als Erwerb von Skills
2. Lernen als Erlebnis
3. Lernen als psychohygienische und sozialemotionale Stabilisierung und Neuorientierung
4. Bildungsarbeit als Appell zur Verhaltens- und Systemänderung

Dem dritten Typ handlungsbezogener Bildungsarbeit werden Kurse zur Selbsterfahrung, Entspannung, Selbstsicherheit, Identitätskrisenbewältigung und Kommunikation zugeordnet (vgl. Siebert 1997, S. 161) und würde meines Erachtens auch Angebote zur emotionalen Selbstreflexion umfassen. Siebert merkt hier kritisch an, dass die Veranstaltungen häufig mit Versprechungen werben, die selten umzusetzen sind (vgl. ebd.).

Insgesamt besteht eine große Methodenvielfalt in der Erwachsenenbildung, die aber meiner Kenntnis nach in Bezug auf die Themenkomplexe emotionale Selbstreflexivität und Kompetenz noch nicht weiterentwickelt oder systematisiert wurden. Inspiriert werden viele Methoden von der systemisch-lösungsorientierten Beratung und Therapie, die auch in pädagogische Kontexte übertragbar sind (vgl. Reich 1996, S. 235 ff.). Durch den Einsatz von Methoden soll ein Perspektivwechsel angeregt werden, z.B. indem eine Innen- und Außenperspektive eingenommen wird oder unterschiedliche Gesichtspunkte zur Sprache gebracht werden. Hierdurch können alte Denk- und Fühlgewohnheiten hinterfragt werden, es erschließen sich ggf. neue Zusammenhänge, die auch neue Handlungsoptionen eröffnen (vgl. Girsberger 2013, S. 4). Zielsetzung ist es dabei, innere Wahlmöglichkeiten zu erhöhen, was sich meist günstig auf das „Problemlernen“ des/der Teilnehmer*in auswirkt. Dabei verzichtet der/die Erwachsenenbildner*in auf die Vorgabe von Lösungen und Handlungsanleitungen. Im Exkurs zur methodischen Ausgestaltung von Reflexionsimpulsen in der Erwachsenenbildung (vgl. Exkurs in Kapitel 6.2.2.1) wurden bereits einige Methoden aus dem systemisch-konstruktivistischen Methodenpool nach Reich (2007) sowie einige Reflexionsimpulse von Schüßler (2008) benannt. Einen breit gefächerten Methoden-

koffer stellen auch Meier-Gantenbein und Späth (2006) in ihrem Handbuch „Bildung, Training und Beratung“ zur Verfügung. Die Methoden sind ihren historischen Entstehungskontexten zugeordnet und sollen Trainer, Seminarleiter, Berater und Coaches dazu befähigen, Prozesse flexibel zu gestalten und Situationen kundenorientiert zu managen (vgl. ebd., S. 16). Als Hintergrundkonzepte für die professionelle Arbeit mit Erwachsenen werden aufgeführt: die Kommunikationstheorie nach Schulz von Thun, die Transaktionsanalyse (TA), die themenzentrierte Interaktion (TZI), das Neurolinguistische Programmieren (NLP), der Gestaltansatz, das Psychodrama, das Handlungslernen, der Konstruktivismus und der systemische Ansatz (vgl. ebd., S. 30 ff.). Die hier aufgeführten Methoden eignen sich meines Erachtens nicht nur für die methodische Ausgestaltung zur Förderung emotionaler Kompetenzen, sondern auch als Handwerkskoffer im Bereich der Förderung seelischer Gesundheit insgesamt, da sie u.a. darauf ausgerichtet sind Wahrnehmungs- und Reflexionsfähigkeiten zu schulen, Kommunikationsfähigkeiten zu erhöhen, Persönlichkeitsentwicklung anzuregen, Deutungsmuster zu verflüssigen und das Handlungsrepertoire zu erweitern. Im Kontext dieser Arbeit kann nicht auf die einzelnen Methoden eingegangen werden. Weitere Forschungsarbeiten könnten daran ansetzen, diese Methoden entsprechend den Anforderungen eines emotionalen Lernens bzw. einer Förderung seelischer Gesundheit zu systematisieren und weiterzuentwickeln.

Exkurs Achtsamkeit

Eine Dimension des „Self Science Curriculum“, das Arnold für die Stärkung emotionaler Kompetenz anführt, bezieht sich auf die Selbstwahrnehmung – gemeint als:

„Sich selbst beobachten und die eigenen Gefühle erkennen; ein Vokabular für Gefühle entwickeln; den Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Reaktionen erkennen“ (Golemann 1997, S. 379)

Achtsamkeit wird von Arnold als Möglichkeit des Gewährwerdens der eigenen Mechanismen des Fühlens und Denkens angegeben – als Werkzeug für eine „kritische Inventur der Seele“ (Arnold 2008, S. 188) und soll hier als eine mögliche Interventionsform vorgestellt werden, die nicht auf das „Verstehen“ und „Wissen“ abzielt, sondern auf Selbstwahrneh-

mung. Achtsamkeitstechniken basieren auf Meditationstraditionen, in denen die Entschleunigung emotionaler Reaktionen durch deren Beobachtung geübt wird, sowie das Imaginieren von bestimmten Gefühlszuständen im Sinne eines aktiven Fühlens angestrebt wird (vgl. ebd., S. 256).

In seiner Dissertation unter dem Titel „Achtsamkeit und Gesundheit im pädagogischen Kontext – Auf dem Weg zu einer achtsamen Pädagogik“ (2006) beschreibt Altner Achtsamkeit als:

„die wache Aufmerksamkeit, das Gewahrsein des gegenwärtigen Moments in seiner sinnlichen Fülle an Reizen durch die Präsenz im Hier und Jetzt, die auch die eigene Innerlichkeit einschließt sowie eine zugewandt freundliche, akzeptierende und achtungsvolle Qualität der Beziehung zu dem Außen und Innen wahrgenommen“ (Altner 2006, S. 22).

Das gegenwärtige So-Sein (Atmung, Körperempfindungen, Emotionen, Gedanken) wird zum Gegenstand der Wahrnehmung durch ein absichtsvolles Lenken der Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment. Dieser angestrebte Zustand steht im Gegensatz zum unbeobachteten Abschweifen von Gedanken, wie dies häufig im Alltag passiert, bzw. zu einem so genannten „Autopilotenmodus“ (Michalak et al. 2012, S. 6). Im Autopilotenmodus werden Tätigkeiten halb bewusst und automatisiert durchgeführt, während sich die Gedanken mit einer anderen Sache beschäftigen. Achtsamkeit wird dabei nach Altner als innere Haltung gegenüber dem Wahrgenommen konzipiert, die sich durch vier Qualitäten auszeichnet:

1. Aufmerksamkeit: Der Fokus der Wahrnehmung wird meist unwillkürlich von äußeren oder inneren Reizen (Gedanken und Emotionen) angezogen, ohne dass der Fokus einer willentlichen Steuerung oder einem bewussten Prozess unterliegt – er springt quasi von Reiz zu Reiz. Gleichzeitig wird die innere Welt durch die Wahl der Fokuse erschaffen – also die Realitäten und Ausschnitte, die in den Blick genommen werden prägen die Sicht auf die Welt. Der Fokus der Wahrnehmung lässt sich jedoch auch willentlich ausrichten und beobachten, indem die innere Konzentration und Wachheit geübt wird (vgl. Altner 2006, S. 24).
2. Präsenz: Der Fokus der Aufmerksamkeit wird in der Haltung der Achtsamkeit auf das sinnlich wahrnehmbare im Hier-und-Jetzt

gerichtet. Somit erhält das aktuelle Dasein einen Primat vor dem Erinnerten oder bestimmten Vorstellungen (vgl. ebd., S. 24 f.).

3. **Achtung:** Das Wahrgenommene wird in der Haltung der Achtsamkeit nicht bewertet, sondern in seinem So-Sein betrachtet und akzeptiert. Häufig eröffnet diese Geisteshaltung auch ein Bestaunen der Wahrnehmungsphänomene, so als ob man bekannte Dinge zum ersten Mal bewusst wahrnimmt. Das Erlebte wird unvoreingenommen betrachtet, mehr noch es wird sich diesem liebevoll zugewendet (vgl. ebd., S. 25).
4. **Selbstreferenz:** Anders als Arnold (2008) benutzt Altner den Begriff der Selbstreferenz, um die reflexive Komponente der Achtsamkeit hervorzuheben. Mit dem Begriff „Selbstreflexion“ würde, so Altner, häufig ein Nachdenken über sich selbst assoziiert. Anders als das „Grübeln“ (Altner 2006, S. 26) über das eigene Selbst, meint Selbstreferenz die Aufmerksamkeit für innere Vorgänge und das Verstehen des Wahrgenommenen. Diese Haltung enthält auch eine Beziehungskomponente zu dem Wahrgenommenen, da ihr mit liebevoller Achtung begegnet wird.

„Indem die Aufmerksamkeit immer wieder auch auf das eigene Bewusstsein gerichtet wird, können die Konzepte, die das Bewusstsein von der jeweiligen Person selbst und von der Welt konstruiert, als historisch gewordene und veränderbare Konstruktion erkannt werden“ (Altner 2006, S. 26).

Hierdurch wird verstehbar, dass Achtsamkeit ein wichtiges Instrument ist, um die Funktionslogik der Innerlichkeit reflexiv in den Blick zu nehmen. Auch Arnold bekräftigt, dass es nicht um ein kognitiv-bewertendes Nachdenken über die eigene Person geht, sondern das Gewährwerden der Konstruktionsleistung der eigenen Wahrnehmung und der Anteil historischer Erfahrungen bei diesem Prozess im Vordergrund stehen.

Zu einem der wichtigsten und bekanntesten Achtsamkeitsmethoden gehört das Programm „Mindfulness-Based-Stress-Reduktion“ (MBSR). Es wurde Mitte der 1970er Jahre von Jon Kabat-Zinn entwickelt und beinhaltet ein achtwöchiges Gruppenprogramm mit Übungssitzungen und Aufgaben für die Integration von Achtsamkeit in den Alltag. Es liegen

Untersuchungen vor, die einen positiven Effekt der Anwendung der hier trainierten Methoden auf chronische Schmerzen, Angststörungen, Essstörungen und Hauterkrankungen aufweisen (vgl. Michalak et al. 2012, S. 10). Darüber hinaus werden achtsamkeitsbasierte Verfahren auch zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen angewandt. Neben der Schulung der Aufmerksamkeit bewirkt Achtsamkeit auch eine Disidentifikation, so dass Gedanken als mentale Ereignisse erkannt werden und eine Identifikation mit diesen Gedanken abgebaut wird (vgl. ebd., S. 21). So wird auch ein „Aufschaukeln“ von emotionalen Zuständen frühzeitig unterbunden. Dies kann Menschen helfen, die ihre Aufmerksamkeit eher auf problematische Aspekte einer Situation lenken. Daher eignen sich die Verfahren vor allem zur Behandlung von Menschen mit Depressionen oder anderen psychischen Störungsbildern.

Achtsamkeit kann aber auch als hilfreiche Alltagsfähigkeit verstanden werden:

„In eher schwierigen Situationen kann sie dabei helfen, einen günstigeren Umgang mit ihnen zu entwickeln, in scheinbar neutralen Situationen, die wir oft als selbstverständlich nehmen, deren ‚Reichhaltigkeit‘ zu entdecken und in schönen Situationen diese bewusst wahrzunehmen und in ‚Kontakt‘ mit ihnen zu sein, ohne sich zu sehr an sie zu klammern“ (Michalak et al. 2012, S. 21).

Diese Achtsamkeit anzubahnen und zu begleiten gehört bisher noch nicht zum Aufgabenfeld von Erwachsenenpädagogen, das Kompetenzfeld sollte jedoch in diese Richtung ausgebaut werden, wenn sie „emotionale Lernprozesse“ begleiten möchte (vgl. Arnold 2008, S. 256). Hierzu eignen sich Entspannungs-, Körper- und Atemübungen. Wie diese in die Seminar- und Trainingsarbeit eingeflochten werden können, zeigt beispielsweise Weidenmann auf (vgl. Weidmann 2015, S. 95 ff.).

Zusammenfassung

„Mein zwölfjähriges Ich ist sehr enttäuscht von meinem jetzigen Ich. Aber wir tun das Richtige“.
Cory Jones, Playboy-Redakteur, über die Entscheidung des Männermagazins, in Zukunft keine Nacktfotos mehr zu zeigen“ (Worte der Woche, In: DIE ZEIT 2015, S. 2).

Arnold beschreibt reflexives Lernen als eine „emotionale Selbstbefreiung“ (vgl. Arnold 2008, S. 178). Hiermit ist die Bewusstwerdung und schritt-

weise Loslösung aus den biografisch gewachsenen, emotionalen Pragemustern gemeint, die sich vor allen Dingen in den frühkindlichen Abhängigkeitsbeziehungen ausgebildet haben. Es wurden Bezüge hergestellt von den von Arnold beschriebenen „Emotionalen Landkarten“ bzw. eines, alle Lebenslagen durchscheinenden, „Sich-in-der-Welt-fühlens“ zu Antonovskys Kohärenzgefühl. Als Ähnlichkeiten auf der Theorieebene wurden die sich musterhaft wiederholenden Lebenserfahrungen herausgearbeitet, die durch „Emotionsmuster“ und durch das „Kohärenzgefühl“ als globale Orientierung immer wieder angebahnt werden und dann stabilisierend auf die innerpsychischen Muster zurückwirken. Abweichungen auf der Theorieebene beziehen sich auf die von Arnold herausgearbeitete wirklichkeitsgestaltende Kraft von Emotionsmustern (vgl. Kapitel 6.3.1.3) und in dem besonderen Fokus auf die Einflussnahme der Emotionsmuster in der Beziehungsgestaltung.

Die Ähnlichkeiten der theoretischen Konstrukte lassen den Schluss zu, dass die von Arnold formulierten Möglichkeiten zur Einflussnahme auf Emotionsmuster auch ein Einwirken auf das Kohärenzgefühl bedingen kann. Eine solche „Identitätsbildung“, die sich mit der emotionalen Reflexivität und der Transformation emotionaler Landkarten befasst, kann auch in den Kontext der Gesundheitsförderung gestellt werden – als Förderung seelischer Gesundheit. Das Kohärenzgefühl würde hier als biografisch gewachsenes Emotions- und Deutungsmuster verstanden werden, das einer Reflexion zugänglich gemacht wird. Die Reflexion und Transformation von Emotionsmustern lassen auch eine Beeinflussung der einzelnen SOC-Komponenten erwarten:

- Verstehbarkeit: die eigenen Gefühle können in ihren Entstehungszusammenhang gesetzt und neu verstanden werden.
- Handhabbarkeit: die Ausbildung emotionaler Kompetenz bedeutet, dass die Gefühlsreaktionen beobachtet werden können. Reflexivität ist an dieser Stelle keine Pflichterfüllung gegenüber einem pädagogischen Leitprinzip, sondern die Chance einer Verlangsamung der automatisch ablaufenden Gefühls-, Bewertungs- und Verhaltensreaktionen. In dieser Verlangsamung kann die Freiheit und Kompetenz zu einem grundlegend neu angelegten Emotionsmuster angebahnt und gefestigt werden.
- Sinnhaftigkeit: Die Kontextualisierung der Emotionsmuster in ihre Entstehungsgeschichte lässt oft ihre „Sinnhaftigkeit“ erst

deutlich werden – es sind Emotionsmuster, die in einem früheren Kontext bzw. in der Beziehungsgestaltung zu wichtigen Bezugspersonen „Sinn“ gemacht haben. Es sind jedoch die vertrauten Emotionen und plausiblen Denkgewohnheiten, die in krisenhaften Erlebenszuständen an ihre Grenzen kommen. Erwachsenwerden und Lebensreife – so Arnold – bezieht sich zum einen auf eine reflexive Auseinandersetzung mit den alten Prägungen und Mustern. Zum anderen ist ein dauerhaftes Verhaftetsein in dieser Form der Selbstbezüglichkeit wenig sinnstiftend. Es geht auch darum, eine eigene Haltung zum Leben zu entwickeln und einer persönlichen Sinnorientierung zu folgen. Eine neue Sinnorientierung, eine Umdeutung des Gewohnten und Bekannten, besitzt die Kraft, neue Wirklichkeiten zu schaffen:

„Wir haben es nie mit der Wirklichkeit schlechthin zu tun, sondern immer nur mit Bildern der Wirklichkeit, also mit Deutungen. Die Zahl der jeweils möglichen Deutungen ist groß, subjektiv aber durch das Weltbild des Betreffenden meist nur auf eine einzige scheinbar mögliche, vernünftige und erlaubte begrenzt. Auf Grund dieser einen Deutung gibt es meist auch nur eine scheinbar mögliche, vernünftige oder erlaubte Lösung, und wenn diese Lösung nicht zum Ziel führt, versucht man typischerweise mehr desselben. Hier nun setzt die Umdeutung an und ist dann erfolgreich, wenn es ihr gelingt, einem bestimmten Sachverhalt einen neuen Sinn zu verleihen“ (Watzlawick 1991, S. 91).

Umdeutungen und neue Sinnschöpfungen ermöglichen Perspektivenvielfalt; Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung kann sich darüber hinaus auch an sinnstiftenden Identitätsprojekten orientieren, die wichtige Identitätsbedürfnisse berücksichtigen (vgl. auch Höfer 2000).

An anderer Stelle wurde seelische Gesundheit konzipiert als das Ausbalancieren innerer und äußerer Anforderungen mit inneren und äußeren Ressourcen. Neben der Möglichkeit, seelische Gesundheit zu fördern, indem die Waagschale der Ressourcen angereichert wird, macht die Auseinandersetzung mit einem emotionalen Konstruktivismus, wie Arnold ihn aufbereitet hat, klar, dass die Anforderung selbst einer emotionalen Konstruktion unterliegt. Die Klärung dessen, das eine (interne oder ex-

terne) Anforderung auch ganz anders gefühlt und wahrgenommen werden kann, dass hier Rekonstellationen frühkindlicher Prägungen und Emotionsmuster das Geschehen dominieren, eröffnet neue Formen der Förderung seelischer Gesundheit – auch im Rahmen von Erwachsenenbildung.

Aus dem Dialog zwischen Gesundheitswissenschaften und pädagogischen (Lern-) Theorien entsteht eine substanziell andere Herangehensweise an Gesundheitsförderung. Die Schlussfolgerung aus dem Salutogenesemodell für die praktische Arbeit im Rahmen von Gesundheitsförderung ist die Förderung von empirisch gestützten (Widerstands-) Ressourcen. Ressourcenförderung hat den Sinn, Erfahrungen der Bewältigung zu ermöglichen und damit eine Stressreduktion herbeizuführen. Vor dem Hintergrund der erörterten theoretischen Grundlagen menschlicher emotionaler Funktionsmuster ist es zweifelhaft, ob eine solche Vorgehensweise Auswirkungen hat auf das Kohärenzgefühl, denn die Emotionsmuster sind einer bewussten Entscheidung und Lebensgestaltung vorgeschaltet. D.h., es stellt sich die Frage, wie hilfreiche Ressourcen nachhaltig im Lebensvollzug erfahrbar gemacht werden, ohne dass innerpsychische Dynamiken (als identitätsstiftende Kräfte) einen Gegenruck erzeugen und die gewohnten Muster wieder aufgenommen werden. **Dies macht eine Reflexion der basalen Emotionsmuster notwendig!** Nachhaltige Lerneffekte müssen emotionale Lernprozesse mit berücksichtigen. Im Bereich der Pädagogik kann dies beispielsweise durch Achtsamkeit und eine „emotionale Bildung“ angestoßen werden. Da Menschen eine Begleitung häufig dann aufsuchen, wenn sie das obsolet Werden von alten Prägungen als Krise empfinden, ist auch eine entsprechende Angebotsstruktur im Bereich des Gesundheitswesens sinnvoll. Hier betritt die Erwachsenenbildung auf der Theoriebildung und in der Entwicklung geeigneter Formate neues Terrain.

Bis dato wurden laut Arnold (2008) beispielsweise in den Diskursen um Lebenslanges Lernen und Kompetenzentwicklung emotions- und bindungstheoretische Erklärungsansätze noch nicht aufgegriffen. Der Erwachsene wird konzipiert als „Träger gesellschaftlicher Rollen“ (ebd., S. 179), innere Dynamiken in Form von verbliebenen Kindlichkeiten im Erwachsenenverhalten werden weitgehend ausgeklammert (vgl. ebd.). Für das Verständnis einer seelischen Entwicklung und letztlich auch der Förderung seelischer Gesundheit arbeitete Arnold psychologische Konzepte auf, in denen die Rekonstellationen frühkindlicher Erfahrungen im aktuellen Lebensvollzug verstehbar werden. Dementsprechend sollte Er-

wachsenenbildung in ihrem Verständnis von „erwachsen sein“ den Umgang mit verbliebenen Kindlichkeiten bzw. als Versöhntsein mit „inneren Kindanteilen“ als Zielfigur mit in den Blick nehmen (vgl. ebd., S. 150 f.)³³. Zum einen profitiert die Praxis der Erwachsenenbildung von der Reflexion der bindungs- und emotionstheoretischen Ansätze im erwachsenenpädagogischen Alltag. Rekonstellierungsphänomene durchziehen sowohl bei den Lehrenden als auch bei den Lernenden das Geschehen, entsprechende Verhaltensäußerungen können von den Erwachsenenbildner*innen tiefgreifender verstanden und eingeordnet werden. Im Lehr-Lerngeschehen muss berücksichtigt werden, dass Teilnehmer*innen vorrangig ihren eigenen Beweggründen, Antreibern und Logik folgen – die einer rein rationalen Ansprache unzugänglich bleiben (vgl. Arnold 2008, S. 250). Zum anderen können im Sinne einer „emotionalen Alphabetisierung“ (ebd., S. 249) Angebote für ein explizites Emotionslernen, beispielsweise in einem Seminar oder einem Coaching, entwickelt werden. Ein „explizites Emotionslernen“ (ebd., S. 251) wird als eine Art neue Aufgabe der Erwachsenenbildung formuliert. Sie gründet sich auf der Tatsache, dass Menschen meist eine begleitete Selbstreflexion brauchen, um aus der Logik ihrer abgespeicherten, unbewusst wirksamen Emotionsmuster auszusteigen und gar neue Emotions- und Deutungsmuster einzuüben (ebd.). Diese Lernprozesse schließen sich häufig an Krisen im Lebensweg des/der Erwachsenen an. Wenn Erwachsenenbildung hier einen Beitrag zur Klärung und Stärkung leistet und damit Bewältigungserfahrungen und sogar Identitätsreifungsprozesse ermöglicht, kann ein Bezug zur Förderung seelischer Gesundheit nachvollzogen werden. Arnold stellt fest, dass es Parallelen einer solchen emotionalen Bildung zu psychotherapeutischen Interventionen gibt (vgl. ebd., S. 255). Diese sind bisher allerdings seelisch Kranken vorbehalten, eine emotionale Bildung und Identitätsbildung richtet sich jedoch auch an Menschen, die an seelischer Weiterentwicklung und ihrem seelischen Gesundbleiben interessiert sind.

33 Als Metapher für die Vielfalt des menschlichen Innenlebens kann beispielsweise das „innere Team“ (Schulz von Thun 1998) in Interventionen der Erwachsenenbildung genutzt werden. Im inneren Team finden auch die inneren Kindanteile ihren Platz. Dieses Modell bietet ein hilfreiches Instrumentarium zur Selbstklärung in ambivalenten Situationen oder bei schwierigen Entscheidungen.

6. KAPITEL

Resümee und Ausblick

Um auf den ersten Satz der vorliegenden Arbeit zurückzukommen: Seelische Gesundheit als pädagogisch relevantes Phänomen zu verorten, ist keineswegs trivial. Im Zusammenhang mit den zentralen Zuständigkeiten der Erwachsenenbildung wird gerne von den „mittleren Lagen“ der Erwachsenenbefindlichkeiten und Bildungsbedürfnissen gesprochen, da Teilnehmer*innen von Bildungsangeboten weder Therapie noch sonstige spezifisch zu entwickelnde Interventionen suchen. Letztlich geht es dabei auch um die Begrenzung dessen, was erwachsenenpädagogische Arbeit zu versprechen imstande bzw. berechtigt ist. Mit dem Thema der „seelischen Gesundheit“ bewegen wir uns demzufolge im Grenzbereich der begrifflich und pädagogisch zu vertretenden „Anmaßung“. Auf der anderen Seite geht der Teilnahme an einer Bildungsveranstaltung häufig eine Krise (als Lernanlass) voraus, bzw. haben Teilnehmer*innen die Erwartung, sich durch Bildungsangebote fundamental weiterzuentwickeln oder sogar neu zu entwerfen (vgl. Wolf 2014, S. 13). Auch von der Erwachsenenbildung wird erwartet, dass sie bei „Individualisierungsschüben“ (Siebert 1997, S. 151) und den damit verbundenen Irritationen eine sozioemotionale Stabilisierung leisten kann (vgl. ebd.). Hier könnte sich die Frage anschließen, welches Fach nun für welche Lebenszusammenhänge zuständig ist:

„Jede Ausbildungsrichtung und jede Profession achtet mit Argusaugen darauf, dass die Berufsfeldgrenzen nicht überschritten wer-

7. KAPITEL

den: Psychologen für Psychologisches, Pädagogen für Pädagogisches, Mediziner für Medizinisches etc. Es ist kaum anzunehmen, dass sich das Problem eines Ratsuchenden jeweils in einen psychologischen, pädagogischen und medizinischen Teil auseinanderdividieren lässt; Vertreter der verschiedenen Berufsgruppen halten jedoch die Trennung strikt aufrecht“ (Brunner/Schönig 1990, S. 18; In: Dewe 2014, S. 3).

Wolf (2014) spricht der Erwachsenenbildung bei der Begleitung des entwicklungsreifen Erwachsenen eine hohe Relevanz zu. Erwachsen werden bedeutet, ihrem Verständnis nach neue Anteile an sich selbst zu entdecken (vgl. ebd., S. 13) und/oder biografisch bedingte Denk-, Emotions- und Verhaltensmuster, die die Weiterentwicklung des erwachsenen Selbst behindern, zu überwinden.

„Erst der Erwachsene verfügt jedoch über die notwendigen Freiheitsgrade, die es ihm ermöglichen, sich von seiner Vergangenheit zu lösen und sich – wo nötig sogar entgegen seiner Kindheitserfahrungen – in weitgehender Selbstbestimmung zu entwickeln. Diese Weiterentwicklung begreife ich als eine der wichtigsten Bildungsleistungen des Erwachsenen und deren Begleitung und Förderung als eine der wichtigsten Aufgaben der Erwachsenenbildung“ (ebd.).

Solch tiefgreifende Lern- und Veränderungsprozesse im Selbst- und Weltbezug als Bildungsvorgang (vgl. Göhlich et al. 2007, Fischer 2011) – sei es als Anpassungsleistung bzw. Reaktion auf äußere und innere Anforderungen oder als Drang zur Selbstverwirklichung – streifen dabei unweigerlich Facetten seelischer Gesundheit. Auf praktischer Ebene unterstützen Erwachsenenbildner*innen mit ihren umfassenden Beratungs- und Kursangeboten Menschen bereits jetzt darin, ihre seelische Gesundheit zu bewahren und zu stärken. Diskutiert wurden in dem Zusammenhang auch konzeptionell neue Formate von Krankenkassen und Arbeitswelt, an denen sich Pädagog*innen bereits beteiligen und die als Lösungen eines strukturell überlasteten Versorgungssystems eingebracht werden (vgl. Kapitel 3.3.1). Hierbei handelt es sich um Interventionen der **Prävention** seelischer Störungen und der **Gesundheitsförderung** im Bereich der seelischen Gesundheit.

Auf theoretischer Ebene ist der Begriff „seelische Gesundheit“ jedoch bisher kein Bestandteil eines pädagogischen Diskurses und die Entwicklung eines Orientierungsmodells seelischer Gesundheit, an das sich

auch Erwachsenenbildner*innen in ihrem Handeln ausrichten können, steht bisher aus. Die Intention der vorliegenden Arbeit lag dementsprechend darin, ein gesundheitswissenschaftliches Modell seelischer Gesundheit in ein Verhältnis zu pädagogischen (Lern-)Theorien zu setzen, um zu überprüfen, ob die Beschreibung von Lern- und Bildungsprozessen etwas zur Genese und Förderung von (seelischer) Gesundheit beizutragen hat. Das Salutogenesemodell nach Antonovsky (1997) und seine konzeptionellen Erweiterungen durch Becker (2006), Petzold (2013) und Meller (2008) dienten hier als wesentliche Referenzmodelle zur Erklärung seelischer Gesundheit (vgl. Kapitel 5).

Die zu bearbeitenden Leitfragen lauteten:

1. *Wie kann das Salutogenesemodell, als gesundheitswissenschaftliches Erklärungsmodell von seelischer Gesundheit, durch systemisch-konstruktivistische Theorien zum Lernen Erwachsener sinnvoll ergänzt werden?*
2. *Welche Lernprozesse tangieren die Genese seelischer Gesundheit?*

Zu 1: Zur Beantwortung der Leitfragen wurden dem Salutogenesemodell zwei pädagogische Referenzquellen vergleichend gegenübergestellt. Hier zunächst die Ergebnisse, die aus der vergleichenden Textanalyse mit Schäffters lerntheoretischen Auseinandersetzung über die „Irritation als Lernanlass“ (Schäffter 1997a) abgeleitet werden konnten:

Im Salutogenesemodell wird die prozesshafte Herstellung der (seelischen) Gesundheit von Antonovsky in ein Verhältnis gesetzt zu dem Level des Kohärenzgefühls (SOC) und den verfügbaren generalisierten Widerstandsressourcen. Eine spannungsinduzierende Situation in Form externer oder interner Anforderungen, ist dadurch gekennzeichnet, dass keine sofortige, automatische Reaktion abgerufen werden kann. In dem darauf folgenden Bewältigungsprozess gelingt es aber vor allem der Person mit einem ausgeprägten SOC-Niveau, die auftretenden Emotionen zu kanalisieren und eine Problemlösung in Gang zu setzen. Das Kohärenzgefühl fungiert dabei als eine globale Orientierung, die hilfreiche Copingstrategien aktivieren kann. Das Kohärenzgefühl ist, so Antonovskys These, ab dem dreißigsten Lebensjahr stabil und vorhersagbar. Positive Veränderungen sind seiner Auffassung nach so gut wie nicht mehr möglich, man bleibt dem einmal aufgebauten Muster an Lebenserfahrungen passiv ausgesetzt.

Die Förderung seelischer Gesundheit als Aufgabe von Erwachsenenbildung geht nun von dem Grundgedanken aus, das Kohärenzgefühl auch im Erwachsenenalter beeinflussen und stärken zu können. Daher sollte durch das Heranziehen systemisch-konstruktivistischer Lerntheorien auch eine Klärung stattfinden, ob der Umgang mit der individuellen (seelischen) Gesundheit schicksalhaft vorgegeben ist, wie dies im Salutogenesemodell zum Ausdruck kommt.

Die Textanalyse macht deutlich, dass der Bewältigungsprozess im Salutogenesemodell so angelegt ist, dass ein hohes SOC-Niveau dazu befähigt, **immer wieder neue Probleme mit „alten“ Ressourcen zu bewältigen**. Es wird also davon ausgegangen, dass aktuelle innere oder äußere Anforderungen, bei einer Person (nach dem dreißigsten Lebensjahr) lediglich aus einem Reservoir bereits erworbener Bewältigungsstrategien und Ressourcen beantwortet werden können. Krisen und problematische Lebensumstände und -phasen sind allerdings gerade dadurch gekennzeichnet, dass sie den persönlichen Ressourcenhorizont übersteigen und das Vertrauen in die eigenen Kräfte erschüttern. Auch die Motivation für ein persönliches Wachstum ergibt sich häufig aus dem Empfinden, den abgesteckten Radius erworbener Denk-, Fühl- und Handlungsrouitinen übersteigen zu wollen. Eine abschließende Entwicklung aller relevanter Fähigkeiten und Ressourcen bis zum frühen Erwachsenenalter entspricht auch nicht mehr den Gegebenheiten einer modernen und schnelllebigen Gesellschaft. Hier sollte eher von unabschließbaren Transformations- und Entwicklungsprozessen ausgegangen werden, wie sie Schöffter im Rahmen der Reflexion einer „Transformationsgesellschaft“ beschrieben hat (vgl. Kapitel 6.2.2.1).

Auch die Person, die über ein gutes Kohärenzgefühl verfügt, ist belastenden und irritierenden Erfahrungen ausgesetzt, in denen die bisherigen Bewältigungsmechanismen überfordert werden. Belastende Erfahrungen sind solche, in denen das Individuum auf äußere und innere Anforderungen keine adäquate „Passung“ herstellen kann. Biografisch erworbene Deutungs- und Interpretationsmuster kommen hier an ihre Grenzen. Es gelingt dem Subjekt zunächst nicht, dem Stressor mit geeigneten Bewältigungsmustern beizukommen und somit die damit verbundene Spannung aufzulösen. Nach Schmitz (vgl. Kapitel 2.1) kommt es zu einer Krise, wenn das Subjekt Handlungen nicht mehr mit den in seiner Biografie aufgeschichteten Handlungsentwürfen und den damit verbundenen impliziten Geltungsregeln vereinbaren kann (vgl. Schmitz 1983, S. 64). Aus der Belastungs-Bewältigungsperspektive bzw. der Perspektive

der Stressforschung, in dessen Tradition Antonovsky sich verorten lässt, ist hierin der Auslöser von krankmachendem Stress begründet, der langfristig auch zu psychischer Belastung/Störung führen kann.

Eine andere Art der Bewältigungsmöglichkeit, nämlich der **Aufbau neuer Ressourcen** als Ergebnis von Lernprozessen, ist im Salutogenese-modell nicht vorgesehen. Dabei sind gerade solche Situationen, die die aktuellen Ressourcen überfordern, Anlässe zu vielfältigen Lernprozessen (vgl. Wolf 2014, S. 12). Solche Entwicklungen erfordern tiefgreifende Veränderungen im Selbst- und Weltbezug, so dass im Bewältigungsgeschehen selbst zunächst nicht mit einer Auflösung der Spannung zu rechnen ist – langfristig können jedoch neue Ressourcen aufgebaut werden, die das Bewältigungsrepertoire erweitern. Diese Weiterentwicklung ist nicht immer das Ergebnis eines harmonisch fortschreitenden Lernprozesses (vgl. Fischer 2011, S. 148), sondern sie folgt häufig auf eine krisenbehaftete Irritation. Hier zeigt sich eine „salutogenetische Haltung“ im Bildungsverständnis der Pädagogik, da dem „Stressor“ auch dann ein entwicklungsförderliches Potential zugestanden wird, wenn die ersten Bewältigungsversuche scheiterten. Dabei müssen individuelle Veränderungen, in denen solche neuen Passungen von Innenwelt und Außenwelt hergestellt werden, anhand von Lernprozessen organisiert werden. Schaffter (1997) beschäftigt sich damit (vgl. Kapitel 6.2.1), wie eine prinzipiell neue Information zunächst als Irritation, dann als Lernanlass die internen Strukturen zu verändern vermag. Nicht auf jede Irritation erfolgt jedoch notwendigerweise ein Lernprozess. Auf Irritationen kann auch ein Bestätigungslernen (Assimilation) erfolgen, in dessen Verlauf neuen Informationen ihre Fremdheit entzogen wird und diese so in die vorhandenen Denk- und Handlungsschablonen eingepasst werden, dass sie das bisherige Weltbild nicht verstören. Hier kann das Individuum kurzfristig Bewältigungserleben erzeugen, indem es Irritation bereits auf der Wahrnehmungsebene herausfiltert, um mit sich selbst identisch zu bleiben. Langfristig bringt sich das Individuum damit um Entwicklungsmöglichkeiten. Darüber hinaus besteht das Risiko einer größer werdenden Distanz zur relevanten Umwelt, an die keine Anschlussfähigkeit mehr hergestellt werden kann. Lernen – aus einem systemisch-konstruktivistischen Verständnis heraus – bezeichnet jedoch auch solche Vorgänge, in denen sich Menschen in Konfrontation mit Irritationen (also neuartige Sichtweisen; fremdes Wissen; Erfahrungen, die nicht zu den geübten Deutungsmustern passen) dem Neuen stellen und sich ihm in Prozessen lernender Selbstveränderung annähern (Akkommodation).

Eine Voraussetzung für Lernprozesse im Modus der Akkommodation ist, dass bestehende und bisher unbewusst wirksame Basisüberzeugungen reflexiv in den Blick genommen werden. Die Verstörung des „Eigenen“ wird in Kauf genommen und zur Disposition gestellt, so dass sich eine lernende Veränderung an die Irritation anschließen kann. Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl befähigt unter dieser Perspektive also nicht dazu, in wandelnden Verhältnissen mit sich selbst identisch zu bleiben, sondern auf Irritationen mit einer lernenden Selbstveränderung zu reagieren und die evtl. daraus resultierenden Unsicherheiten auszuhalten, wenn alte „Sicherheiten“ obsolet werden.

Zur Beantwortung der Frage, ob gesundheitswissenschaftliche Erklärungsmodelle von seelischer Gesundheit durch lerntheoretische Konzeptionen sinnvoll ergänzt werden können, kann also zunächst angeführt werden, dass es für die Genese seelischer Gesundheit auch wichtig ist, Prozesse lernender Selbstveränderungen vorauszusetzen. Das Salutogenesemodell wurde dementsprechend schematisch erweitert um die Dimension der lernenden Selbstveränderung (vgl. Abbildung 5). Die Erweiterung des Salutogenesemodells (ursprüngliche Fassung vgl. Bengel et al. 2001, S. 36) bezieht sich auf die eingefügte Lernschleife, die, einer Ausholbewegung gleich, zwischen Spannungszustand, Generalisierten Widerstandsressourcen und Spannungsbewältigung positioniert ist. Durch lernende Selbstveränderung werden neue „Generalisierte Widerstandsressourcen“ in das individuelle Bewältigungsrepertoire aufgenommen, die eine zuvor erfolglose Spannungsbewältigung nun erfolgreich bewerkstelligen helfen. D.h., bisherige Ressourcen und Bewältigungsstrategien können erweitert werden, indem Lernprozesse in Gang gesetzt werden und damit eine Passung von Innen und Außen prozesshaft hergestellt wird. Hierin wird eine Quelle (seelischer) Gesundheit angenommen (vgl. Antonovsky 1997, Becker 2006). Als Unterschied zu der Perspektive der Gesundheitswissenschaften wurde herausgearbeitet, dass in pädagogischen Theorien auch nach dem dreißigsten Lebensjahr noch tiefgreifende Veränderungen für möglich gehalten werden. Gestützt wird diese Aussage durch empirische Ergebnisse aus der psychologischen Altersforschung, in der Befunde zur Veränderung von Eigenschaften im Erwachsenenalter und im hohen Alter untersucht wurden und deren Analyse der These einer Unveränderlichkeit der Person ebenfalls widersprechen (vgl. Lehr 2003, S. 134). Veränderungen sind jedoch nicht zwangsläufig als Resultat therapeutischer Bemühungen zu markieren. Hierbei kann es sich auch um Bildungsprozesse handeln (vgl. auch Fischer 2011), da das Ver-

hältnis zu sich selbst und zur Welt einem Veränderungs- und Lernprozess unterzogen wird.

Es kann davon ausgegangen werden, dass sich Menschen anhand von lernender Selbstveränderung Erfahrungen verschaffen können, die negative Kreisläufe durchbrechen oder einer bestimmten Disposition entgegenwirken und damit potentiell auch ein Mehr an Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit generieren können. Salutogenese als Prozess der Herstellung (seelischer) Gesundheit setzt dementsprechend die Kompetenz voraus, in der Konfrontation mit Irritationen (Stressoren) das Eigene reflexiv anschauen und zur Disposition stellen zu können und gleichzeitig immer wieder kohärenz- und identitätsstiftende Aktionen zu produzieren, die das „Neue“ handhabbar, verstehbar und sinnhaft werden lassen – ohne es seiner Fremdheit zu berauben. Das Individuum steht dabei immer wieder vor der Herausforderung, subjektives Plausibilitätserleben und neue Informationen, die den Aufforderungscharakter zu Veränderungen haben, in Einklang zu bringen.

Seelisch gesund ist dementsprechend derjenige, der es vermag, Irritationen – sei es aus dem Äußeren oder Inneren kommend – als Lernanlässe zu übersetzen. Es ist daher möglich, dass der Mensch aus dem Bewältigungsgeschehen als jemand anderes hervorgeht. Kohärenz bedeutet in diesem Denkraum, dass auch andere Identitätskonfigurationen entwickelt werden können, die prozesshaft hergestellt werden und mit einem Mehr an (seelischer) Gesundheit einhergehen können.

Dies hat auch Auswirkungen auf die Deutung des Kohärenzgefühls. Da die internen Strukturen auf Grund von Veränderungsaufforderungen aus der Außen- und Innenwelt zur Disposition gestellt werden und daraufhin Selbstveränderungen stattfinden, kann nicht mehr von einem „festen und stabilen Kern“ ausgegangen werden. Dies deckt sich mit identitätstheoretischen Überlegungen. Hier wird das Deutungsmuster einer kohärenten Sicht auf die Welt, wie dies in Antonovskys Konzeption zum Ausdruck kommt, in Zweifel gezogen. In der Verknüpfung der Diskurse von Identität und Salutogenese wird vielmehr davon ausgegangen, dass Kohärenz auf Grund fragmentarischer und ambivalenter Erfahrungen eine dynamisch angelegte Gestalt hat. Höfer kritisiert ebenfalls die von Antonovsky vorgenommene Akzentuierung des Kohärenzgefühls als eher statische Variable, die durch Erfahrungen permanent restabliert wird. Der Mensch sei viel mehr permanent dazu aufgefordert, neue Iden-

titätskonfigurationen zu entwickeln, um mit den ständigen Veränderungen und gesellschaftlichen Entwicklungen zurechtzukommen (vgl. Höfer 2000b, S. 67).

Arnolds „Emotionale Konstruktion der Wirklichkeit“ (2008) diene als zweite pädagogische Referenzquelle zum Salutogenesemodell. Die fortwährende Herstellung seelischer Gesundheit – so die Bilanz aus der Auseinandersetzung mit Schäffters lerntheoretischen Ausführungen – erfordert Transformationsprozesse, die eine lernende Selbstveränderung bedingen. Arnold stellt heraus, dass sich eine solche Art der Transformation nicht nur auf die Veränderung kognitiver Strukturen beziehen kann, sondern auch auf die Unterbrechung subjektiver Dynamiken von Fühlmustern. Diese Fühlmuster werden, ähnlich wie die biografisch gewachsenen Deutungsmuster (vgl. Exkurs in Kapitel 6.1.2), schon in frühester Kindheit ausgeprägt und beeinflussen als fortdauernde Mechanismen die Weltsicht des Erwachsenen. Transformationsprozesse können dementsprechend nur dann erfolgen, wenn diese Mechanismen der emotionalen Konstruktion von Wirklichkeit ebenfalls einem reflexiven Prozess zugänglich gemacht werden, um aus der Logik eines „emotionalen Erfahrungsgedächtnisses“ (ebd., S. 2) auszusteigen. Arnold beschreibt diese Reflexionsleistung in Bezug auf die subjektiven emotionalen Prägungen als „emotionale Selbstbefreiung“ (vgl. ebd., S. 178). Hierunter versteht er die Bewusstwerdung und allmähliche Emanzipation von biografisch gewachsenen, emotionalen Prägungen, die maßgeblich in den frühkindlichen Abhängigkeitsbeziehungen angebahnt wurden.

Es konnte auf der Theorieebene immer wieder ein Vergleich hergestellt werden zwischen den von Arnold beschriebenen „Emotionsmustern“ und dem „Kohärenzgefühl“ nach Antonovsky. Sowohl Emotionsmuster als auch das Kohärenzgefühl als globale Orientierung erzeugen musterhaft sich wiederholende Lebenserfahrungen, die dann wieder stabilisierend auf die innerpsychischen Muster zurückwirken. Abweichungen zum Salutogenesemodell (auf der Theorieebene) beziehen sich auf die von Arnold herausgearbeitete wirklichkeitsgestaltende Kraft von Emotionsmustern (vgl. Kapitel 6.3.1.3). Mit der wirklichkeitsschaffenden Kraft der Emotion ist gemeint, dass eine Situation nicht nur nach inneren Maßstäben bewertet wird (wie in der Spannungsbewältigung des Salutogenesemodells beschrieben), sondern vielmehr – als Wirkungsumkehr – dass die Situationen entsprechend den bekannten Gefühlsmustern aufgesucht werden. Es werden dementsprechend die Situationen bevorzugt, die es latenten Gefühlsmustern ermöglichen, „sich in das Erleben

und Bewerten dieser Situation zu „ergießen“ (Arnold 2008, S. 143). Aus der Konstruktionshypothese einer Wirklichkeitsschaffenden Kraft der Emotionen lassen sich folglich Interventionsmöglichkeiten zur Einflussnahme auf die Stressbewältigung ableiten. In den Gesundheitswissenschaften liegt der Fokus vor allen Dingen auf der Förderung von Ressourcen, um die Belastungs-Bewältigungsbilanz positiv zu beeinflussen. In dem komplexen Zusammenspiel von Äußerem und Innerem können jedoch auch die Wirkungszusammenhänge der eigenen „Konstruktionsmacht“ reflektiert werden:

Die erste Leitfragen lautete, wie das Salutogenesmodell, als gesundheitswissenschaftliches Erklärungsmodell von seelischer Gesundheit, durch systemisch-konstruktivistische Theorien zum Lernen Erwachsener sinnvoll ergänzt werden kann. In einer zweiten lerntheoretischen Ausdifferenzierung des Salutogenesmodells (vgl. Kapitel 6.3.2.3) wurden zwei „reflexive Schleifen“ in das Salutogenesmodell integriert. Die „reflexiven Schleifen“ beziehen sich auf das von Arnold ausgearbeitete Verständnis einer emotionalen Selbstreflexivität. Damit sind Bildungs- und Lernprozesse gemeint, die es ermöglichen, die Funktionslogik der eigenen Innerlichkeit zu verstehen. Die Lernprozesse befördern eine leidenschaftslosere Grundhaltung gegenüber der eigenen Wahrnehmung, indem man sich die neurophysiologische Beschaffenheit von Gefühlen vor Augen hält. Darüber hinaus wird die individuelle Historie hinter den aktuellen Emotionsmustern erkennbar. Emotionale Selbstreflexivität beinhaltet auch eine Verlangsamung der automatisch ablaufenden Emotionsmuster durch deren Beobachtung. Hierin entstehen neue Freiheitsgrade dadurch, dass man den eigenen emotionalen Mustern nicht mehr passiv ausgesetzt ist, sondern gestaltend eingreifen kann.

Die erste reflexive Schleife ist platziert zwischen dem Kästchen „Lebenserfahrungen“ und dem Kästchen „Stressor“ (vgl. Abbildung 9). Um hier einen gesundheitsstabilisierenden Effekt als Resultat einer Auseinandersetzung mit einem Stressor zu erwarten, müssen im weiteren Verlauf eine Spannungsreduktion und ein Bewältigungserleben vorliegen. Dem Stressor wird – so im Salutogenesmodell beschrieben – sein negatives Potential dadurch entzogen, dass in den anschließenden Bewertungsprozessen emotionale Spannungen abgebaut und Ressourcen zur Bewältigung aktiviert werden. Emotionale Selbstreflexivität bietet in diesem Bewältigungsgeschehen eine neue Perspektive an. Es wird eine emotionale Distanz zum Stressor aufgebaut, indem dieser als subjektive Wirklichkeitskonstruktion entlarvt wird. Man nimmt die Welt gefühlsmäßig so wahr,

wie man es gewohnt ist, sie wahrzunehmen. Emotionales Lernen und Selbstreflexivität soll Suchprozesse anstoßen für andere Wirklichkeitskonstruktionen, die sich ggf. weniger stressinduzierend auswirken.

Eine zweite reflexive Schleife wurde zwischen dem Kästchen „Lebenserfahrungen“ und „Kohärenzgefühl“ platziert (vgl. Abbildung 9). Das Kohärenzgefühl kann – wie im Salutogenesemodell beschrieben – zurückgeführt werden auf prägende, biografische Lernerfahrungen. Emotionale Selbstreflexivität bedeutet in diesem Zusammenhang, dass eben diese Lernerfahrungen und emotionalen Prägungen einer reflexiven Inenschau zugänglich gemacht werden. Somit können die bevorzugten (emotional-kognitiven) Bewertungs- und Konstruktionsmuster als solche entlarvt und reflektiert werden. Die Ähnlichkeiten der theoretischen Konstrukte lassen den Schluss zu, dass die von Arnold entwickelten Modelle (z.B. Stop & Think-Schleife) zur Einflussnahme auf Emotionsmuster gleichzeitig auch ein Einwirken auf das Kohärenzgefühl bedingen können. Eine solche „Identitätsbildung“, die sich mit der emotionalen Reflexivität und der Transformation von Emotionsmustern auseinandersetzt, kann auch in den Kontext der Gesundheitsförderung gestellt werden – als Förderung seelischer Gesundheit. Das Kohärenzgefühl würde hier als biografisch gewachsenes Emotions- und Deutungsmuster verstanden werden, das einer Reflexion zugänglich gemacht werden kann.

Interventionen zur Förderung seelischer Gesundheit können nicht nur über den Aufbau und die Stärkung von Ressourcen erfolgen, sondern auch über die Reflexion basaler Emotionsmuster. Der individuelle Stressbewältigungsprozess verläuft anders, wenn der Stressor als Konstruktionsleistung des Individuums erkannt wird und Unterstützung darin erfolgt, andere (emotionale) Konstruktionen der Wirklichkeit aufzusuchen.

Zu 2: Die zweite Leitfrage lautete: Welche Lernprozesse tangieren die Genese seelischer Gesundheit? Die Facetten seelischer Gesundheit wurden in der vorliegenden Arbeit maßgeblich unter Rückgriff auf das Salutogenesemodell nach Antonovsky (1997) und auf in Teilen verwandte Modelle ausgearbeitet. Zu nennen sind hier die Ausführungen von Petzold (2013), Becker (2006), Meller (2008) und Höfer (2000). Darüber hinaus wurde die Bedeutung von lernenden Selbstveränderungen für die Genese seelischer Gesundheit herausgestellt. Ein **Orientierungsmodell zur Förderung seelischer Gesundheit** in der Erwachsenenbildung

kann demzufolge die Lernprozesse benennen, die mit der Genese seelischer Gesundheit einhergehen. Die folgende Abbildung fasst noch einmal überblicksartig die relevanten Lernprozesse im Zusammenhang mit seelischer Gesundheit zusammen:

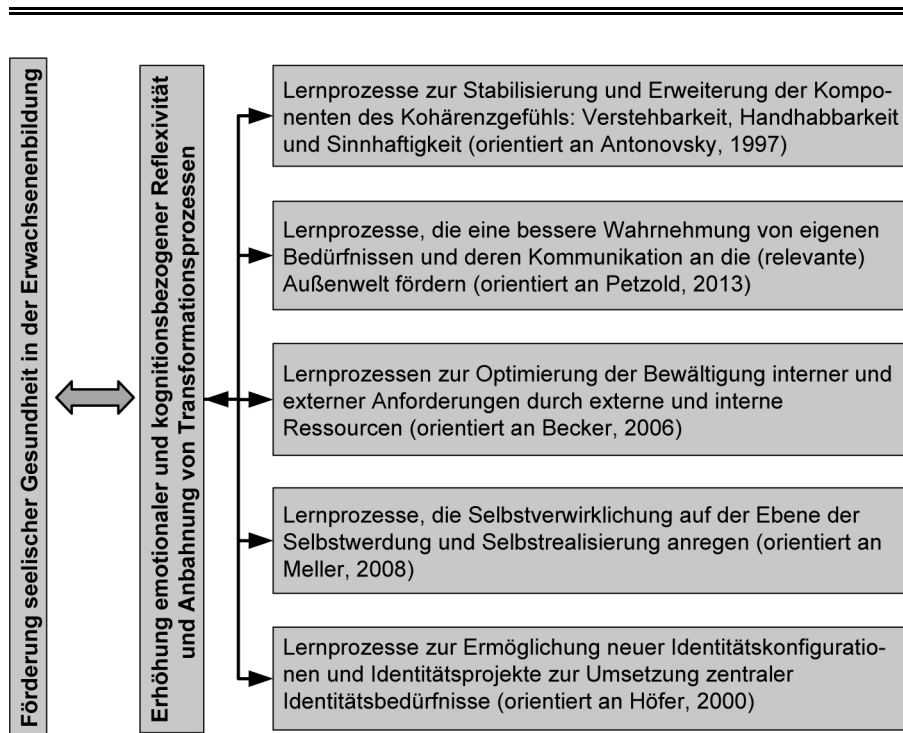


Abbildung 10: Förderung seelischer Gesundheit in der Erwachsenenbildung – ein Orientierungsmodell

Den hier angesprochenen Lernprozessen gehen Reflexionsprozesse in Bezug auf subjektive Deutungs- und Emotionsmuster voraus. Damit ergibt sich aus der Auseinandersetzung mit ausgewählten Theorien zum Lernen Erwachsener eine substantiell andere Vorgehensweise zur Förderung seelischer Gesundheit, als dies gesundheitswissenschaftliche Modelle vermitteln. Dies ist zunächst nicht verwunderlich, da Schöffter bereits herausgestellt hat, dass es sich um unterschiedliche Funktionskontexte handelt, die Krisen und Irritationen mit unterschiedlichen „gesellschaftsspezifische[n] Routinen“ (vgl. Schöffter 1997b, S. 699) beantworten. Die klas-

sischen Reaktionsmuster auf Irritationen im Gesundheitssystem sind „Heilen“ und „Helfen“; sie orientieren sich an der Norm „Gesundheit“. Die Förderung von (seelischer) Gesundheit aus dieser Perspektive meint häufig das (isolierte) Trainieren derjenigen Faktoren, die als relevant für die (seelische) Gesundheit gelten. Es sollen die objektiv richtigen Faktoren (Wissen, Einstellungen und Kompetenzen) und Ressourcen gefördert werden. Damit bleibt der so angestrebte „Salutogeneseprozess“ ein fremdgesteuerter, ja sogar advokatorischer Akt. Zuhorst hatte bereits festgestellt, dass die akademische Gesundheitspsychologie mit ihrem Verständnis der Vermehrung von Gesundheit durch die additive Zuführung isolierter Faktoren einer humanwissenschaftlichen Perspektive entbehre (vgl. Zuhorst 2004, S. 269; In: Meller 2008, S. 139). Im Funktionskontext der Erwachsenenbildung geht es nicht um Gesundheit als Normerfüllung, sondern zunächst darum, Diskrepanzerleben und Irritationen unter der Perspektive Wissen/Nichtwissen zu untersuchen. D.h., dem Lernmodus wird eine Selbstklärung vorangestellt, in der die Irritation zum Anlass genommen wird, „das Eigene“ zu erfassen. Das „Eigene“ bezieht sich sowohl auf Kognitions- als auch auf Emotionsmuster. Das Differenzenerleben bzw. die Irritation ermöglichen eine Bewusstwerdung von Routinen im Denken und Fühlen – nun entscheidet sich erst, ob gelernt werden soll und vor allem, was gelernt werden soll. Nicht die Zuführung/Addition von Ressourcen ist hier das Ziel, sondern Lernprozesse anzuregen, in denen der/die Teilnehmer*in (im Sinne des Empowerments) reflexiv seine Entwicklungsrichtung selbst bestimmt und an das subjektiv Richtige ankoppelt. Dennoch sollte an dieser Stelle auch selbstkritisch hinzugefügt werden, dass die Formulierung eines Orientierungsmodells zur Förderung seelischer Gesundheit eine „erwünschte Entwicklungsrichtung“ der Teilnehmer*innen beinhaltet und damit nicht frei ist von Normativität. Diese bezieht sich nicht auf spezifische Gesundheitsfaktoren, sondern auf implizite oder explizite Appelle zur Reflexion, Lernoffenheit und Persönlichkeitsentwicklung. Erwachsenenbildner*innen müssen sich darüber im Klaren sein, dass normative Implikationen der Bildungsarbeit Probleme beinhalten (vgl. Siebert 1997, S. 161 f.). Diese Probleme beziehen sich auf die *Legitimierung der Normen* (Lernoffenheit, Reflexion und Persönlichkeitsentwicklung können nicht allgemeinverbindlich festgelegt werden), auf *Motivationsprobleme* (z.B. wenn Reflexion, Veränderung und Entwicklung nicht den Erwartungen der Teilnehmer*innen entsprechen) und auf *Realisierungsprobleme* (wenn Erwachse-

nenbildner*innen glauben, dass sie Prozesse in Richtung seelischer Gesundheit steuern können).

Bei der Reflexion von Kognitions- und Emotionsmustern handelt es sich um Identitätsbildungsprozesse, die weniger durch ein Curriculum initiiert und aufbereitet werden können. Hier eignen sich vielmehr die von Schäffter herausgearbeiteten didaktischen Modelle der „Suchbewegung“ und der „Selbstvergewisserung“ (vgl. Kapitel 6.2.2). Passendere Formate zur Förderung seelischer Gesundheit würden sich dann beispielsweise auch an den sich neu etablierenden, lösungsorientierten Beratungsangeboten im Gesundheitswesen orientieren (vgl. 3.3.1). Nachhaltige Lerneffekte müssen, gerade im Bereich der Identitätsbildung, emotionale Lernprozesse mit berücksichtigen. Hier betritt die Erwachsenenbildung neues Terrain. Einige methodische Zugänge wurden in Kapitel 6.3.3 vorgestellt. Dennoch steht die Entwicklung passender Methoden und praktischer Konzepte zur Förderung seelischer Gesundheit in der Erwachsenenbildung noch weitestgehend aus. Hieran können sich weitere Forschungsarbeiten anschließen.

Integration seelischer Gesundheit in das Aufgabenfeld von Erwachsenenbildung und Gesundheitsförderung

Seelische Gesundheit kann als Aufgabe von Erwachsenenbildung begründet werden, da die Genese seelischer Gesundheit auch aus der Perspektive lerntheoretischer Ansätze beschrieben werden kann. Dies wurde in den vergangenen Kapiteln bereits dargelegt. Als Konsequenz hieraus ergibt sich, dass „Seelische Gesundheit“ auch in den Katalog von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung aufgenommen werden sollte, da seelische Gesundheit nicht nur auf die Bearbeitung und Heilung psychischer Erkrankungen reduziert werden kann. Die folgende Abbildung basiert auf einer Abbildung von Schneider (2013). Sie wurde ergänzt um „systemisch-konstruktivistische Theorien zum Lernen Erwachsener“ als eine weitere Einflussgröße auf Gesundheitsförderung und Prävention.

7. KAPITEL

RESÜMEE UND AUSBLICK

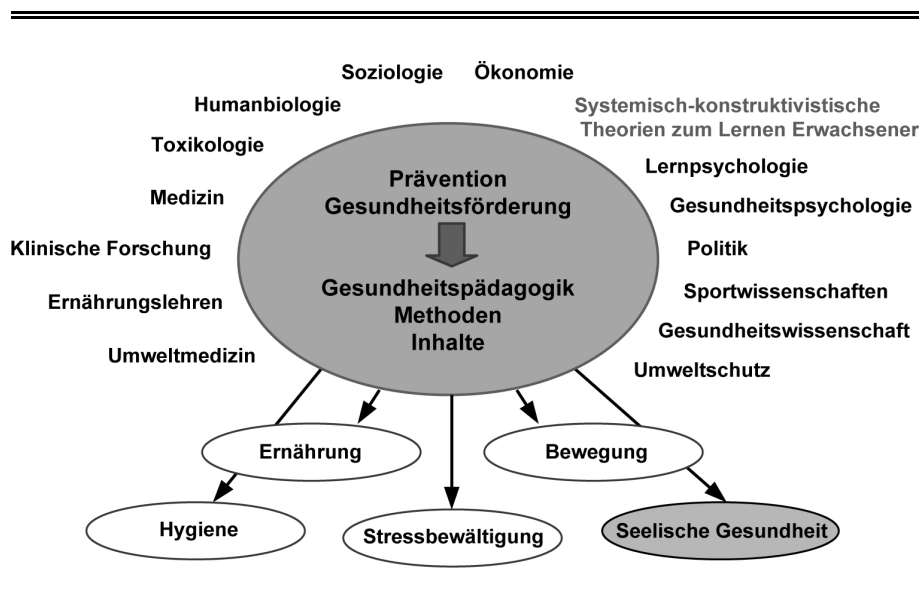


Abbildung 11: Seelische Gesundheit als Aufgabenfeld in der Gesundheitspädagogik
(in Anlehnung an die Darstellung von Schneider 2013, S. 74)

Zudem wurden die Inhalte der Prävention und Gesundheitsförderung, die klassischer Weise Ernährung, Bewegung, Hygiene und Stressbewältigung beinhalten, um die „seelische Gesundheit“ als weiteren Aufgabenbereich erweitert. Aus der Integration des Aufgabenfeldes der seelischen Gesundheit in die Felder der Gesundheitsförderung und Erwachsenenbildung ergeben sich weitere Fragen und Forschungsperspektiven, die im Rahmen dieser Arbeit nicht beantwortet werden konnten:

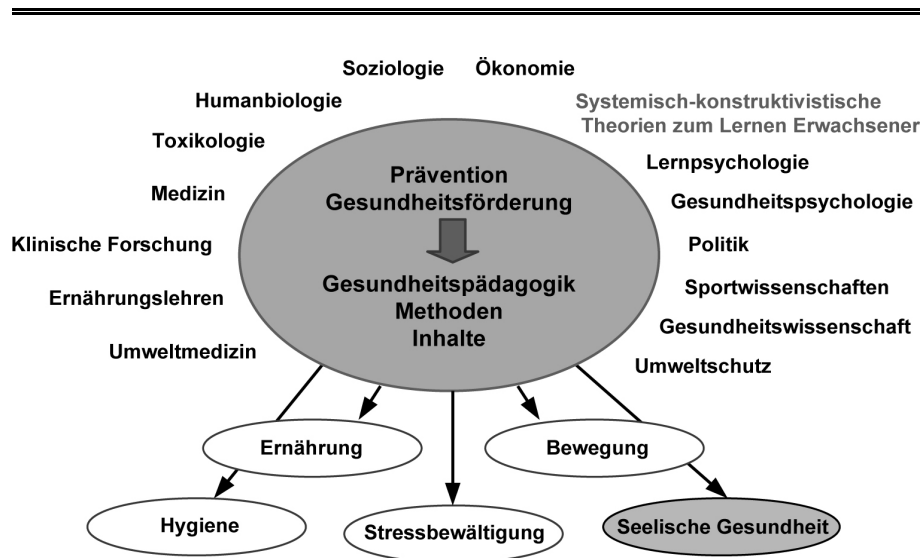


Abbildung 12: Seelische Gesundheit als Aufgabenfeld in der Gesundheitspädagogik
(in Anlehnung an die Darstellung von Schneider 2013, S. 74)

1. Wie können aus der theoretischen Auseinandersetzung und der Integration des Themas „seelische Gesundheit als Aufgabe der Erwachsenenbildung“ in den wissenschaftlichen Diskurs anschlussfähige Konzepte und Methoden für die Praxis entwickelt werden?
2. Wie könnte ein interdisziplinärer Dialog zum Gegenstand „seelische Gesundheit“ gestaltet werden und wie könnte sich die Erwachsenenbildung hier mit eigenen theoretischen Modellen und Theorien sichtbar machen?
3. Wie kann in der Professionalisierung und institutionellen Weiterentwicklung der Erwachsenenbildung „seelische Gesundheit“ als ein Kompetenzfeld von Erwachsenenbildner*innen etabliert werden?

Reflexion der Methodik

Das im Kontext dieser Arbeit angewandte Vorgehen bezieht sich auf einen Vergleich zwischen dem Salutogenesemodell, als gesundheitswissenschaftliches Erklärungsmodell seelischer Gesundheit, und systemisch-konstruktivistischen Theorien zum Lernen Erwachsener. Indem die disziplinäre Grenzziehung außer Kraft gesetzt wurde, konnte die Perspektivität auf den Forschungsgegenstand „seelische Gesundheit“ erhöht werden. Die Zusammenführung beider Wissenschaftsdisziplinen erfolgte vergleichend, indem Übereinstimmungen untersucht wurden und differenzierend, so dass sich beide disziplinären Zugänge wechselseitig ergänzen konnten. In der Tat konnten anhand dieser Vorgehensweise zwei Ergänzungen des Salutogenesemodells durchgeführt werden sowie der Zusammenhang zwischen Lernprozessen und seelischer Gesundheit erhellt werden, der auch handlungsleitende Implikationen beinhaltet.

Der Vorteil der dargestellten Vorgehensweise liegt darin, dass eine Diskursbasis für die unterschiedlichen Disziplinen in Bezug auf den Begriff „seelische Gesundheit“ ermöglicht wurde. Das Sichtbarmachen theoretischer Ansätze zum Lernen Erwachsener im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs soll dementsprechend auch zu einer Profilbildung von Erwachsenenbildner*innen in den Feldern zur Förderung seelischer Gesundheit und der Prävention seelischer Störungen beitragen, das traditionell durch Medizin und Psychologie besetzt ist. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die Wahl des Begriffes „seelische Gesundheit“ und dessen theoretische Diskussion dazu führen, eine Professionalisierung und Etablierung der Erwachsenenbildung in Felder des Gesundheitswesens (Gesundheitsförderung und Prävention) voranzutreiben. Durch den Begriff „seelische Gesundheit“ ist die automatische Verortung zu den gängigen gesundheitswissenschaftlichen Erklärungs- und Diagnosemodellen weiterhin zu erwarten und auch die, in diesem Kontext nicht zu lösende, Abgrenzungsproblematik zu psychotherapeutischen Interventionen nicht aufzulösen. Ob daher die, in dieser Arbeit herausgearbeitete, Anschlussfähigkeit der Modelle bzw. Theorien und ihre konstruktiv zu wertenden Differenzen zu einem nachhaltigen Diskurs und einer Rezeption lerntheoretischer Ansätze in den Gesundheitswissenschaften führen, kann zu diesem Zeitpunkt nicht beurteilt werden.

Ein Ausblick: Bei der Sichtung der pädagogischen Vergleichsquellen während der Literaturrecherche kamen neben den verwendeten auch noch mehrere andere Texte für den Vergleich in Frage, die im Rahmen

dieser Arbeit jedoch nicht gänzlich zur Darstellung kommen können. Diese sollen nun in einem abschließenden Ausblick vorgestellt werden. Die Kurzdarstellung beinhaltet auch eine Bezugnahme auf das Salutogenese-modell und den zu erwartenden Mehrwert für eine vergleichende Analyse.

1. **Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit – Orientierungspunkte innerhalb einer „lebensweltbezogenen Bildung“ nach J. Löwisch**

Antonovsky bemisst der Komponente der Sinnhaftigkeit die größte Einflussnahme auf das Kohärenzgefühl bei. Die Sinnhaftigkeit entscheidet darüber, ob die Anstrengungen, die im Leben in Kauf genommen werden, als lohnenswert erscheinen. Eine Orientierung des Subjektes auf Sinn hin, drückt sich in der philosophischen Frage aus: „Was soll ich tun?“. Die Antwort darauf ist angesichts der Offenheit und Vielfältigkeit sinn- und wertebezogenen Handelns in einer pluralen Gesellschaft weder eindeutig noch wäre sie lehrbar. Dass der Mensch aber nicht einfach auf eine Antwort auf diese Frage verzichten kann, dokumentiert sich in der weit verbreiteten Orientierungslosigkeit sowie Entscheidungs- und Handlungsnot der heute Lebenden. Diese Frage lässt sich auch nicht beantworten durch das lebenslange Lernen von Kompetenzen. Der aufgeklärte Verstand

„kann nichts aussagen über das, was sein soll, er entwickelt keine Idee, keine Visionen, keine Vorstellungen, wie Zukunft sein soll“ (Löwisch 2000, S. XII).

Löwisch sieht es als eine menschliche Notwendigkeit an, dass sich das Subjekt die Antwort auf die Frage „Was soll ich tun?“ selbst geben muss, indem es dazu befähigt wird „Sich-im-Denken-Orientieren“ (ebd., S. 66) zu können. Er diskutiert, wie die Pädagogik diese Fähigkeit innerhalb einer lebensweltorientierten Bildung auszubilden vermag.

2. **Das Kohärenzgefühl als eine (nach oben hin) unveränderbare Größe? – Zur Bedeutung des Konzeptes des Differenzierenslernens nach G. Wolf auf die Persönlichkeitsentwicklung Erwachsener**

Ein wesentliches Bestimmungsmerkmal des/der Erwachsenen sieht Wolf (2014) in dessen/deren Streben nach Autonomie. Dieses Streben nach Autonomie motiviert den/die Erwachsene/n in einer Form zu lernen, die Wolf als Lernen im „Modus der Differenzierung“ (ebd., S. 76) beschreibt. Dabei bezieht sie sich auf die Lerntheorie Piagets. Lernen im Modus der Differenzierung ist in der Grundmotivation jedoch nicht auf Anpassung (nach außen zur Überlebenssicherung) ausgerichtet, sondern will Autonomie auf der Basis selbstständiger Affektregulation anstreben. In Bezug auf das Salutogenese-Konzept ist das Konzept des Differenzierungslernens nach Wolf deshalb so interessant, weil sie dem in der Kindheit erworbenen Urvertrauen – im Gegensatz zu Antonovsky – keine unumstößliche und generalisierende Bedeutung in Bezug auf die gesunde Persönlichkeitsentwicklung des Erwachsenen beimisst:

„Während das Urvertrauen jedoch im Kern ein fremdmotiviertes und – wenn auch unbewusst – abhängiges Vertrauen ist, wächst mit der Differenzierung ein eigenmotiviertes, unabhängiges Vertrauen, das eigentliche Selbstvertrauen. Dieses baut idealerweise auf dem Urvertrauen auf. Was ist jedoch, wenn die Entwicklung des Urvertrauens defizitär verlaufen ist? Da der Differenzierungsprozess auf die Entstehung von etwas Neuem durch die Überwindung des Alten abzielt, ist das Individuum prinzipiell in der Lage, mit Hilfe der Differenzierung auch Schwächen im Urvertrauen zu kompensieren und an ihre Stelle Selbstvertrauen zu setzen“ (ebd., S. 87).

Das Potential der Erwachsenenbildung sieht sie darin, dass Lernangebote und Interventionen im Modus der Differenzierung „Defizite desjenigen Urvertrauens, das bei gelungener Sozialisation zu erwarten gewesen wäre, nachträglich beim Erwachsenen“ (ebd., S.87) geheilt oder abgemildert werden. Eine Beschäftigung mit der „Konstruktion des Erwachsenen“ (ebd.) sähe eine Auseinandersetzung mit dem Differenzierungslernen Erwachsener in Abgrenzung zum kindlichen Anpassungslernen vor und würde diese ebenfalls mit der These der Unveränderbarkeit des Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter nach Antonovsky in Beziehung setzen.

3. Höherstufiges Lernen im Sinne G. Batesons als Möglichkeit des Zugewinns an Kohärenzgefühl?

Die Lernkonzeption Batesons (1982, 1983) unterscheidet sich maßgeblich von behavioristischen Lerntheorien, in denen der Fokus hauptsächlich auf der Veränderung einzelner Verhaltensmuster hin orientiert ist. Batesons Lerntheorie bezieht zum einen Denkweisen, Kompetenzen und Fähigkeiten mit ein, zum anderen ordnet sie die Formen der „Erfahrungsstrukturierung“ – also die Art und Weise, wie das Subjekt seine Beziehung kategorial in Wahrnehmung, Interpretation und Verhalten zur Welt gestaltet – unterschiedlichen Niveaus zu. Diese Niveaus bzw. Lernebenen reichen von der einfachen Informationsaufnahme (Lernebene 0) über die Korrektur von Verhaltensalternativen (Lernebene I), über qualitative Veränderungen des Handlungs- und Wahrnehmungsspektrums (Lernebene II) bis hin zum Aufbrechen unbewusst wirkender Regeln, Glaubenssätze und Prämissen (Lernebene III). Je komplexer die zu bewältigenden Herausforderungen im Lebenskontext einer Person sind, desto mehr ist auch ein komplexes Kompetenzspektrum des Subjektes gefordert – also höher stufiges Lernen (vgl. Fischer 2011, S. 119). Die Darstellung der Lernebenen ermöglicht es, nachzuvollziehen, an welchem Punkt menschliches Lernen in einen Bildungsprozess umschlägt:

„Solche Lernprozesse, die sich auf die Veränderung von Interpunktionsprinzipien von Erfahrungen und damit auf die Konstruktionsprinzipien der Weltaufforderung beziehen, möchte ich Bildungsprozesse nennen“ (Marotzki 1990, S. 41).

In humanistischer Tradition ist das Verhältnis zur Welt und zu sich selbst ein zentrales Moment von Bildung:

„Die klassische Kontingenzformel des Erziehungswesens – Vervollkommnung und Bildung selbst – haben den Vorzug, dass sie genau diesen Bezug für den Einzelnen ins Zentrum rücken. Sie sind [...] nichts anderes als Umschreibungen dessen, was für den Einzelnen (durch Bildung erreichbare) Beste ist: sich selbst zu vervollkommen eben oder,

7. KAPITEL

wie es der Begriff der Bildung will, ein Verhältnis zu sich selbst und zur Welt zu gewinnen“ (Hügli 1998, S. 328).

Seelische Gesundheit (hier verstanden als der Level bzw. die Ausprägung des Kohärenzgefühls) ist immer dann gefährdet, wenn eine Situation/Erfahrung nachhaltig die Ressourcen eines Individuums überfordern. Für eine gelungene Bewältigung von Krisensituationen (Gleichbleiben oder sogar Steigerung des Kohärenzgefühls) sind Lernprozesse unabdingbar, in denen sich eine Veränderung von Selbst- und Weltverhältnis vollzieht. Die Auseinandersetzung mit der Lerntheorie Batesons könnte hilfreiche Anregungen zur Verfügung stellen, welche Lernebenen zur Veränderung bzw. Steigerung des Kohärenzgefühls einbezogen werden müssen.

RESÜMEE UND AUSBLICK

Literaturverzeichnis

- Abel, T./ Buddeberg, C./ Duetz, M.: Gesundheitsrelevante Lebensstile.
In: Buddeberg, C. (Hrsg.): Psychosoziale Medizin. Heidelberg,
2003.
- Aldwin, C. M./ Levenson M. R.: Aging and personality assessment.
Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 1994, 10, S. 578-
589.
- Alheit, P.: Biographizität als Projekt. Der „biographische Ansatz“ in der
Erwachsenenbildung. Werkstattberichte des
Forschungsschwerpunktes Arbeit und Bildung. Bremen, 1990.
- Altgeld, T./ Kolip, P.: Konzepte und Strategien der
Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K./ Klotz, T./ Haisch, J.
(Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern,
2007.
- Altner, N.: Achtsamkeit und Gesundheit. Auf dem Weg zu einer
achtsamen Pädagogik. Immenhausen bei Kassel, 2006.
- Antonovsky, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.
Deutsche Ausgabe von A. Franke. Tübingen, 1997.
- Antonovsky, A.: Gesundheitsforschung vs. Krankheitsforschung. In:

Franke, A./ Broda, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-konzept. Tübingen, 1993.

Antonovsky, A.: Health, stress and coping. San Francisco, 1979.

AOK Bundesverband: Disease-Management-Programm, 2015, unter http://www.aok-bv.de/lexikon/d/index_00296.html, abgerufen am 23.11.2015.

Arnold, R.: Die emotionale Konstruktion der Wirklichkeit. Beiträge zu einer emotionspädagogischen Erwachsenenbildung. Baltmannsweiler, 2008.

Arnold, R./ Siebert, H.: Konstruktivistische Erwachsenenbildung. Von der Deutung zur Konstruktion von Wirklichkeit. Hohengehren, 1999.

Bandura, A.: Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, 1986.

Bandura, A.: Self-efficacy mechanism in human agency. In: American Psychologist, 1982, 37, S. 122-147.

Bandura, A.: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. In: Psychological revue, 1977, 84, S. 191-215.

Baric, L./ Conrad, G.: Gesundheitsförderung in Settings: Konzept und Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingansatzes der Gesundheitsförderung. Gamburg, 1999.

Bateson, G.: Ökologie des Geistes: anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven. Frankfurt/ Main, 1983.

Bateson, G.: Geist und Natur. Frankfurt/Main, 1982.

Becker, P.: Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung. Göttingen, 2006.

Becker, P.: Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle. Göttingen, S. 1995.

8. KAPITEL

- Becker, P.: Bewältigungsverhalten und seelische Gesundheit. Trier, 1984.
- Belschner, W.: Integrale Gesundheitsförderung. Eine systemische und transpersonale Perspektive. Oldenburg, 2002.
- Benedikt, R.: Continuities and Discontinuities in Cultural Conditioning. In: Psychiatry. 1938, 1, S. 167-177.
- Bengel, J./ Strittmatter, R./ Willmann, H.: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6, Köln, 2001.
- Bengel, J./ Strittmatter, R./ Willmann, H.: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6, Köln, 1998.
- Bennett-Goleman, T.: Emotionale Alchemie. Der Schlüssel zu Glück zu Glück und innerem Frieden. Frankfurt, 2004.
- Berger, P./ Luckmann, T.: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit – Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt, 1971.
- Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin, 2010.
- Blättner, B.: Das Modell der Salutogenese. Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis. In: Prävention und Gesundheitsförderung. 2007, 2, S. 67-73.
- Bock, T.: Eigensinn und Psychose: „Noncompliance“ als Chance. Neumünster, 2011.
- Bohleber, W.: Zur Bedeutung der neueren Säuglingsforschung für die

psychoanalytische Theorie der Identität. In: Keupp, H./ Höfer, R. (Hrsg.): Identitätsarbeit heute. Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung. Frankfurt, 1997.

Bollnow, O.F.: Das hohe Alter, 1962, unter http://www.otto-friedrich-bollnow.de/getmedia.php/_media/ofbg/201504/527v0-orig.pdf, abgerufen am 12.02.2016.

Bradburn, N. M.: The structure of psychological well-being. Chicago, 1969.

Brumlik, M.: Bildung und Glück. Berlin, 2002.

Brunner, E./ Schönig, W. (Hrsg.): Theorie und Praxis von Beratung. Pädagogische und psycho-logische Konzepte. Freiburg, 1990.

Bubolz-Lutz, E./ Gösken, E./ Kricheldorf, C./ Schramek, R.: Geragogik. Bildung und Lernen im Prozess des Alterns. Das Lehrbuch. Stuttgart, 2010.

Buccheri, C./ Winkler, M./ Soldner, G.: Gesundheitsförderung und Krankheitsbekämpfung als gesundheitspolitische Aufgabe der EU. In: Der Merkurstab 2005, 58, S. 4-7.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014. Unfallverhütungsbericht Arbeit. Dortmund/Berlin/Dresden, 2016.

Bundesministerium für Gesundheit: Integrierte Versorgung, 2015, unter <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zusatzleistungen-wahltarife/integrierte-versorgung.html>, abgerufen am 23.11.2015.

Bundespsychotherapeutenkammer: BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Burnout. Berlin, 2012.

Burgard, S./ Brand, J./ House, J.: Perceived job insecurity and worker health in the United States. In: Social Science & Medicine, 2009, 69(5), S. 777-785.

Callahan, L.F./ Pincus, T.: The Sense of Coherence Scale in patients

with rheumatoid arthritis. In: Arthritis Care and Research, 1995, 8, S. 28-35.

Cohen, F.: Coping. In: Matarazzo J.D. (Hrsg.): Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention. New York, 1984.

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management: Case Management, 2015, unter <http://www.dgcc.de/case-management/>, abgerufen am 23.11.2015.

Dewe, B.: Dimensionen pädagogischer Beratung. Aktuelle Entwicklungen in den Erziehungswissenschaften. In: Change Culture Consultants (CCC) AG, Raesfeld, 2014, S. 1-6.

Dewe, B.: Wissensverwendung in der Fort- und Weiterbildung. Zur Transformation wissenschaftlicher Informationen in Praxisdeutungen. Baden-Baden, 1988.

Die Bergische Krankenkasse: Gesundheitszentrum Köln, 2015, unter: <http://www.die-bergische-kk.de/ihr-leistungsangebot/angebote-von-kooperationspartnern/partnerangebote-von-a-z/gesundheitszentrum-koeln.html>, abgerufen am 11.11.2015.

Diener, E.: Subjective well-being. In: Psychological Bulletin, 1984, 95, S. 542-575.

Dietrich, S./ Mergl, R./ Rummel-Kluge, C./ & Stengler, K.: Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt aus der Sicht von Betriebs- und Werksärzten. Psychiatrische Praxis, 2012, 39, S. 40-42.

DIE ZEIT: Worte der Woche, 2015, N° 28.

Domsch, H./ Lohaus, A.: Gesundheitsberatung. In: Warschburger, P. (Hrsg.): Beratungspsychologie. Heidelberg, 2009.

Ducki, A./ Greiner, B.: Gesundheit als Entwicklung von Handlungsfähigkeit – Ein „arbeitspsychologischer Baustein“ zu einem allgemeinen Gesundheitsmodell. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie. 1992, 36, S. 184-189.

- Ehrenberg, A.: Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt am Main, 2004.
- Elliot, A. J.: Handbook of approach and avoidance motivation. New York, 2008.
- Erikson, E. H.: Childhood and Society. Harmondsworth, 1963.
- Erikson, E. H.: Growth and Crises of the Healthy Personality. In: Psychological Issues. 1959, 1, S. 50-100.
- Eriksson, M.: Unravelling the Mystery of Salutogenesis. The evidence base of salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale. Turku, 2007.
- Eriksson, A./ Lindström, B.: Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. In: Epidemiol Community Health, 2006, 60, S. 376-381.
- Faltermaier, T.: Salutogenese – Resilienz. Theoretische Grundlagen einer psychosozialen Gesundheitsförderung. In: Kerbe. Forum für Psychiatrie, 2012, 4, S. 4-7.
- Faltermaier, T.: Gesundheitsberatung. In: Nestmann, F./ Engel, F./ Sickendiek, U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder. Tübingen, 2007.
- Faltermaier, T.: Gesundheitsberatung. In: Nestmann, F./ Engel, F./ Sickendiek, U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder. Tübingen, 2004.
- Faltermeier, T./ Kühnlein, I.: Subjektive Gesundheitskonzepte im Kontext: Dynamische Konstruktionen von Gesundheit in einer qualitativen Untersuchung von Berufstätigen. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 2000, 8, S. 137-154.
- Faltermaier, T.: Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. Anmerkungen zu Stand, Problemen und Entwicklungschancen. In: Wydler, H./ Kolip, P./ Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines Gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes. Juventa,

8. KAPITEL

Weinheim München, 2000.

Faltermaier, T./ Kühnlein, J./ Burda-Viering, M.: Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Weinheim München, 1998.

Faltermaier, T.: Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim, 1994.

Fischer, A.: Zur lern- und bildungstheoretischen Verortung von Beratung als Beispiel humanistischer Pädagogik. Am Fall des Zeitphänomens Coaching. Hamburg, 2011.

Flensburg-Madsen, T./ Ventegodt, S./ Merrick, J.: Sense of coherence and physical health. A review of previous findings. In: *Sci World*, 2005, 5, S. 665-673.

Foerster, H. von: Entdecken oder Erfinden. Wie lässt sich verstehen verstehen? In: Gumin, H./ Mohler, A. (Hrsg.): Einführung in den Konstruktivismus. München, 1985.

Franke, A./ Witte, M.: Das HEDE-Training®. Manual zur Gesundheitsförderung auf Basis der Salutogenese. Bern, 2009.

Franke, A.: Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern, 2006.

Franke, A.: Dankesrede für den D.G.V.T.-Preis 2002. In: *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 2002, 34 (3), S. 621-625.

Franke, A.: Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzeptes. In: Antonovsky, A. (Hrsg.): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen, 1997.

Franke, A./ Broda, M. (Hrsg.): *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen, 1993.

Frankl, V.: *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn*. München, Zürich, 1985.

- Franzkowiak, P.: Risikofaktoren. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz, 2006, S. 195-198.
- Franzkowiak, P.: Salutogenetische Perspektive. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz, 2006, S. 198-200.
- Frenz, A. W./ Carey, M.P./ Jorgensen, R.S.: Psychometric evaluation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. In: Psychological Assessment, 1993, 5, S. 145-153.
- Fromm, E.: Die Kunst des Liebes. Frankfurt, Berlin, Wien, 1976.
- Fromm, E.: Haben oder Sein. Die seelischen Grundlagen einer neuen Gesellschaft. Stuttgart, 1976.
- Fuchs, H.: Psychohygiene. Die vergessene Disziplin. In: Zukunft-Training, 2014, 11, S. 19-23.
- Fürstenberg Institut: Externe Mitarbeiterberatung – Beratungsfelder, 2015a, unter: <http://www.fuerstenberg-institut.de/externe-mitarbeiterberatung/beratungsfelder/>, abgerufen am 11.11.2015.
- Fürstenberg Institut: Externe Mitarbeiterberatung – Vorteile & Nutzen, 2015b, unter: <http://www.fuerstenberg-institut.de/externe-mitarbeiterberatung/vorteile-und-nutzen/>, abgerufen am 11.11.2015.
- Gagné, R. M.: Die Bedingungen des menschlichen Lernens. Beiträge zu einer neuen Didaktik. Hannover, 1970.
- Girsberger, A.: Methodenhandbuch. System- und lösungsorientierte Interventionen, 2013, unter: http://www.zaep.org/tl_files/erlebnisswelten/downloads/Methodenhandbuch_zaep.pdf, abgerufen am 20.03.2016.
- Glaserfeld, E. von: Piagets konstruktivistisches Modell: Wissen und

8. KAPITEL

Lernen. In: Rusch, G. von/ Schmidt, S. J. (Hrsg.): Piaget und der Radikale Konstruktivismus. Frankfurt a. M., 1994.

Göhlich, M./ Zirfas, J.: Lernen. Ein pädagogischer Grundbegriff. Stuttgart, 2007.

Göppel, R.: Förderung „seelischer Gesundheit“ und die Vermittlung von Herstellungen „gelungenen Lebens“ – Aufgaben für die Pädagogik? In: Becker, M./ von Carlsburg, G.-B./ Wehr, H. (Hrsg.): Seelische Gesundheit und gelungenes Leben. Perspektiven der Humanistischen Psychologie und Humanistischen Pädagogik.. Ein Handbuch. Frankfurt am Main, 2008.

Götze, U.: Resilienzentwicklung im Personalmanagement: Angebote zur Steigerung psychischer Widerstandsfähigkeit von MitarbeiterInnen. Wiesbaden, 2013.

Goleman, D.: Der Erfolgsquotient. Wien, 1999.

Goleman, D.: Emotionale Kompetenz. München, 1997.

Grabert, A.: Salutogenese und Bewältigung psychischer Erkrankungen. Einsatz des Kohärenzgefühls in der sozialen Arbeit. Lage, 2007.

Grassmann, H.: Die vergessene Dimension – Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. Kassel, 2003.

Grawe, K.: Neuropsychotherapie. In: Göttingen, 2004.

Grefe, C.: Coach oder Couch. In: DIE ZEIT. N° 28, 2012.

Greif, S.: Altersabbau intellektueller Fähigkeiten und sozialer Kompetenzen – eine Folge reduzierter Arbeitsbedingungen? In: Großkurth, P. (Hrsg.): Arbeit und Persönlichkeit. Berufliche Sozialisation in der arbeitsteiligen Gesellschaft. Reinbek, 1978.

Grönemeyer, D.: LEBE mit Herz und Seele. Sieben Haltungen zur Lebenskunst. Freiburg, Basel, Wien, 2006.

Grossmann, R./ Scala, K.: Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BzgA)

(Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz, 2006.

Grünewald, S.: Die erschöpfte Gesellschaft. Warum Deutschland neu träumen muss. Frankfurt am Main/ New York, 2013.

Hacker, W.: Arbeitspsychologie. Bern, 1986.

Hafen, M.: Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese. Heidelberg, 2007.

Hannöver, W./ Michael, A./ Meyer, C./ Rumpf, H.J./ Hapke, U./ John, U.: Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. Ergänzungen zu den deutschen Normwerten aus einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 2004, 54, S. 179-186.

Hartmann, F.: Chronisch krank oder bedingt gesund? In: Hammer, C./ Schubert, V. (Hrsg.): Chronische Erkrankungen und ihre Bewältigung. Starnberg, 1993.

Hartmann, M. S.: Praktische Psycho-Onkologie. Therapiekonzepte und Anleitungen für Patienten zur psychosozialen Selbsthilfe bei Krebserkrankungen. München, 1991.

Hentig von, H.: Abstand vom Zeitgeist. In: Frankfurter Rundschau vom 26.9.1999.

Hermanns, J.: Strategien der (Primär-) Prävention seelischer Erkrankungen. Mitarbeitende im Sozial- und Gesundheitsbereich. In: Kerbe, 2012, 4, S. 11-12.

Höfer, R.: Jugend, Gesundheit und Identität. Studien zum Kohärenzgefühl. Opladen, 2000a.

Höfer, R.: Kohärenzgefühl und Identitätsentwicklung. Überlegungen zur Verknüpfung salutogenetischer und identitätstheoretischer Konzepte. In: In: Wydler, H./ Kolip, P./ Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und

8. KAPITEL

Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim, 2000b.

Hoff, E. H.: Arbeit, Freizeit und Persönlichkeit. Bern, 1986.

Holtz, K. L.: Einführung in die systemische Pädagogik. Heidelberg, 2008

Holzkamp, K.: Wider den Lehr-Lern-Kurzschluß. Interview zum Thema Lernen. In: Arnold, R. (Hrsg.): Lebendiges Lernen. Band 5 der Schriftenreihe „Grundlagen der Berufs- und Erwachsenenbildung“. Hohengehren, 1996.

Holzkamp, K.: Lernen. Subjektwissenschaftliche Grundlegung. Frankfurt a. M., 1993.

Hügli, A.: Pädagogische Ethik. In: Pieper, A./ Thurnherr, U. (Hrsg.): Angewandte Ethik – eine Einführung. München, 1998.

Hurrelmann, K./ Klotz, T./ Haisch, J.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern, 2007.

Hurrelmann, K./ Franzkowiak, P.: Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz, 2006, S. 52-55.

Hurrelmann, K.: Sozialisation und Gesundheit. In: Schwarzer (Hrsg.): Gesundheitspsychologie – Ein Lehrbuch. Göttingen, 1990.

Huschke-Rhein, R.: Einführung in die systemische und konstruktivistische Pädagogik. Beratung – Systemanalyse – Selbstorganisation. Weinheim, Basel, Berlin, 2003.

Huse, E./ Schleider, K.: Professionsprofil und Employability von GesundheitspädagogInnen in Institutionen der Gesundheitsförderung und Rehabilitation – eine explorative empirische Studie. In: Prävention, 2010, 33 (3), S. 78-82.

Jacobi, F.: Nehmen psychische Störungen zu? In: Reportpsychologie,

2009, 34, S. 16 – 28.

Jahoda, M.: Current concepts of positive mental health. Report to the Joint Commission of Mental Health and Illness. New York, 1958.

Jork, K./ Peseschkian, N.: Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben. Bern, 2006.

Jüttemann, G.: Persönlichkeit und Selbstgestaltung. Der Mensch in der Autogenese. Göttingen, 2007.

Jüttemann, G.: Von der impliziten zur expliziten Thematisierung der Autogenese: Humanwissenschaftliche Psychologie als Prozessforschung. In: Journal für Psychologie. 2005, 13 (3), S. 212-239.

Jüttemann, G.: Autogenese als lebenslanger Prozess. Ansätze zu einer Entwicklungstheorie der individuellen Persönlichkeit. In: Jüttemann, G./ Thomae, H. (Hrsg.): Persönlichkeit und Entwicklung. Weinheim, 2002.

Kaba-Schönstein, L.: Gesundheitsförderung I: Definitionen, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder und -strategien. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz, 2006, S. 73-78.

Kade, S.: Altern und Bildung. Eine Einführung. Bielefeld, 2007.

Kast, V.: Sich einlassen und loslassen. Neue Lebensmöglichkeiten bei Trauer und Trennung. Freiburg, 1994.

Kessler, R.C./Berglund, P./ Demler, O./ Jin, R./ Merikangas, K.R./Walters, E.E.: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. In: Archives of General Psychiatry, 2005, 62, S. 593-602.

Keupp, H.: Identitätskonstruktionen. Reinbeck bei Hamburg, 2006.

8. KAPITEL

- Keyes, C.: Subjective Well-Being in Mental Health and Human Development Research Worldwide: An Introduction. In: Social Indicators Research, 2006, 77 (1), S. 1-10.
- Kivimäki, M./ Honkonen, T./ Wahlbeck, K./ Elovainio, M/ Pentti, J./ Ferrie, J.: Temporary Employment and Risk of Overall and Causespecific Mortality. In: American Journal of Epidemiology, 2003, 158 (7), S. 663-668.
- Klesse, C./ Bermejo, I./ Härter, M.: Neue Versorgungsmodelle in der Depressionsbehandlung. In: Der Nervenarzt, 2007, 78 (3), S. 585 – 596.
- Kleve, H.: Zwischen Unwahrscheinlichkeit und Möglichkeit – Zur Ambivalenz des Erfolgs in der Sozialen Arbeit. In: Balgo, S./ Lindemann, H. (Hrsg.): Theorie und Praxis systemischer Pädagogik. Heidelberg, 2006.
- Kobasa, S. C./ Maddi, S. R./ Kahn, S.: hardiness and health: A prospective study. In: Journal of Personality and Social Psychology, 1982, 42, S. 168-177.
- Kobasa, S. C.: Stressful life events, personality and health: An inquiry in hardiness. In: Journal of Personality and Social Psychology, 1979, 34, S. 839-850.
- Krane, E.: Gesundheitsberatung, 2015. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Unter: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsberatung/>, abgerufen am 10.11.2015.
- Krause, C./ Mayer, C.-H.: Gesundheitsressourcen erkennen und fördern – eine Kernkompetenz von pädagogischen Fachkräften. In: Praxis. Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation. 2013, 2, S. 96 – 110.
- Krech, D./ Crutchfield, R. S.: Grundlagen der Psychologie. Weinheim, 1992.

- Lazarus, R. S./ Folkman, S.: Transactional theory an research of emotions and coping. In: Laux, L./ Vossel, G. (Hrsg.): Special Issue. *European Journal of Personality*, 1987, 1, S. 141-170.
- Lazarus, R. S./ Folkman, S.: *Stress, Appraisal and Coping*. New York, 1984.
- Lazarus, R. S.: Streß und Streßbewältigung – Ein Paradima. In: Philipp, S.-H. (Hrsg.): *Kritische Lebensereignisse*, Band 1. München, 1981.
- Lazarus, R. S.: *Psychological stress and the coping process*. New York, 1966.
- Le Doux, J.: *Das Netz der Persönlichkeit. Wie unser Selbst entsteht*. Düsseldorf, 2003.
- Lehr, U.: *Psychologie des Alterns*. Wiebelsheim, 2003.
- Lösl, F./ Bender, D.: Antisoziales Verhalten von Kindern und Jugendlichen. In: *Psycho*, 1997, 5, S. 321-329.
- Löwisch, D.-J.: *Kompetentes Handeln. Bausteine für eine lebensweltbezogene Bildung*. Darmstadt, 2000.
- Lorenz, R.: *Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. München Basel, 2005.
- Luhmann, N.: *Das Erziehungssystem der Gesellschaft*. Frankfurt a. M., 2002.
- Luhmann, N.: *Die Realität der Massenmedien*. Opladen, 1995
- Luhmann, N.: *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt a. M., 1993.
- Luhmann, N./ Foerster, H. von/ Varela, F.J.: Kreuzverhör – Fragen an Heinz von Foerster, Niklas Luhmann und Francisco Varela. In: Simon, F.B. (Hrsg.): *Lebende Systeme. Wirklichkeitskonstruktionen in der systemischen Therapie*. Berlin, Heidelberg, New York, 1988.

8. KAPITEL

Luhmann, N.: Soziale Systeme. Frankfurt am Main, 1984.

Mader, W.: Lernen oder Heilen? Zur Problematik offener und verdeckter Therapieangebote in der Erwachsenenbildung. In: Schlutz, E. (Hrsg.): Erwachsenenbildung zwischen Schule und Sozialer Arbeit. Bad Heilbrunn, 1986.

Mäthner, E./ Jansen, A./ Bachmann, T.: Wirksamkeit und Wirkfaktoren von Coaching. In: Rauen, C. (Hrsg.): Handbuch Coaching. Göttingen, 2005.

Marotzki, W.: Entwurf einer strukturalen Bildungstheorie. Weinheim, 1990.

Martynkewicz, W.: Das Zeitalter der Erschöpfung. Die Überforderung des Menschen durch die Moderne. Berlin, 2013.

Maslow, A.: Motivation und Persönlichkeit. Reinbek, 1981.

Maturana, H.: Was ist Erkennen? München, 1997.

Mayer, C.-H./ Krause, C. (Hrsg.): Salutogenese in Beratung und Psychotherapie. In: Praxis. Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 2013, 2, S. 91 – 96.

Mead, G. H.: Die Definition des Psychischen. In: Mead, G. H.: Gesammelte Aufsätze, Band 1. Frankfurt, 1980.

Meier-Gantenbein, K./ Späth, T.: Handbuch Bildung, Training und Beratung. Zehn Konzepte der professionellen Erwachsenenbildung. Weinheim und Basel, 2006.

Meller, S.: Selbstverwirklichung als triadisches Konzept in der Gesundheitspsychologie. Eine integrative Sicht auf Persönlichkeit und Salutogenese. Hamburg, 2008.

Mertens, G.: Balancen. Pädagogik und das Streben nach Glück. Paderborn, 2006.

Meyer-Drawe, K.: Phänomenologische Bemerkungen zum Problem menschlichen Lernens. In: VJS f. wiss. Päd. 1982, S. 510-524.

- Meyer-Wolters, H.: Evidenzbasiertes pädagogisches Handeln. In: Bellmann, J./ Müller, T. (Hrsg.): Wissen, was wirkt. Kritik evidenzbasierter Pädagogik. Wiesbaden, 2011.
- Mezirow, J.: Transformative Erwachsenenbildung. Baltmannsweiler, 1997.
- Michalak, J./ Heidenreich, T./ Williams, J./ Mark, G.: Achtsamkeit. Göttingen, 2012.
- Mollenhauer, K.: Das pädagogische Phänomen Beratung. In: Mollenhauer, K./ Müller, C. W. (Hrsg.): „Führung“ und „Beratung“ in pädagogischer Sicht. Heidelberg, 1965.
- Mücke, K.: Probleme sind Lösungen. Systemische Beratung und Psychotherapie – ein pragmatischer Ansatz. Lehr- und Lernbuch. Potsdam, 2003.
- Müller, H.-J.: Erschließen durch Versprachlichen. In: Arnold, R./ Müller H.-J. (Hrsg.): Kompetenzentwicklung durch Schlüsselqualifizierung. Baltmannsweiler, 1999.
- Munz, A./ Jürgensen, S. B.: Kohärente Identität erproben – seelische Gesundheit fördern. In: Kerbe. Forum für Psychiatrie, 2012, 4, S. 13-15.
- Nestmann, F./ Sickendieck, U./ Engel, F.: Statt einer „Einführung“: Offene Fragen „guter Beratung“. In: Nestmann, F./ Sickendieck, U./ Engel, F. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder. Tübingen, 2004.
- Nicolaus, J./ Ritterbach, U./ Spörhase, U./ Schleider, K. (Hrsg.): Leben nach Herzenslust? Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht. Freiburg im Breisgau, 2009.
- Nußbeck, S.: Einführung in die Beratungspsychologie. München, Basel, 2010.
- Oevermann, U.: Professionalisierung und Professionalisierbarkeit pädagogischen Handelns; Vortrag im Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung der FU Berlin, Juni 1981.

8. KAPITEL

- Pädagogische Arbeitsstelle des DVV: Gesundheitsbildung an Volkshochschulen (Profilpapier), entwickelt vom Arbeitskreis der Volkshochschul-Landesverbände und der Pädagogischen Arbeitsstelle des DVV. Frankfurt a. M., 1993.
- Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschul-Verbandes (Hrsg.): Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. Bonn, 1985
- Paulus, P.: Selbstverwirklichung und seelische Gesundheit. Göttingen, 1994.
- Pech, E./ Rose, U./ Freude, G.: Zum Verständnis mentaler Gesundheit – eine erweiterte Perspektive. In: Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie: mit Beiträgen aus Umweltmedizin und Sozialmedizin, 2010, 7, S. 234 – 243.
- Petzold, T. D.: Salutogene Kommunikation und Selbstregulation. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 2013, 2, S. 131-145.
- Pfaff, H.: Kennzahlen zur psychischen Gesundheit – Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Praxis, 2009, unter: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Symposium_Arbeit_und_Psyche_Pfaff.pdf, abgerufen am 11.11.2015.
- Piaget, J.: Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. Stuttgart, 1989.
- Piaget, J.: Der Aufbau der Wirklichkeit im Kinde. Stuttgart, 1975.
- Plümer, K.-D.: Der Gesundheit auf der Spur – Salutogenese vs. Pathogenese. In: Bartsch, N./ Meyer A.-W. (Hrsg.): Chance Gesundheit. Wie viel Gesundheit braucht die Gesellschaft? Zürich, New York, 1995.
- Pörksen, B.: Abschied vom Absoluten. Gespräche zum Konstruktivismus. Heidelberg, 2001.
- Pongratz, L.J.: Seele. In: Horney, W./ Ruppert, J. P./ Schultze (Hrsg.): Pädagogisches Lexikon. Zweiter Band K-Z. Gütersloh, 1979.

- Pongratz, L. J.: Problemgeschichte der Psychologie. München/Bern, 1967.
- Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt (psyGA): Psychische Gesundheit. Daten und Fakten, 2016, unter: <http://psyga.info/psychische-gesundheit/daten-und-fakten/>, abgerufen am 12.02.2016.
- Psychotherapeutenkammer NRW: Vergebliche Suche nach einem Psychotherapeuten, 2015, unter: <http://www.ptk-nrw.de/de/mitglieder/publikationen/ptk-newsletter/archiv/ptk-newsletter-32011/vergebliche-suche-nach-einem-psychotherapeuten.html>, abgerufen am 11.11.2015.
- Rautenberg, W./ Rogoll, R.: Werde, der du werden kannst. Persönlichkeitsentfaltung durch Transaktionsanalyse. Freiburg, 1999.
- Reich, K. (Hrsg.): Methodenpool, 2007, unter: url: <http://methodenpool.uni-koeln.de>, abgerufen am 28.02.2016.
- Reich, K.: Systemisch-konstruktivistische Pädagogik. Einführung in Grundlagen einer interaktionistisch-konstruktivistischen Pädagogik. Luchterhand, 1996.
- Reich-Claassen, J./ Tippelt, R.: Evidenzbasierung. In: DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung. Kopf oder Zahl, 2010, 2, S. 22-24.
- Richardson, C. G./ Ratner, P. A.: Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health. In: Epidemiol Community Health, 2005, 59, S. 979-984.
- Riemann, F.: Grundformen der Angst. Eine tiefenpsychologische Studie. München, 1998.
- Ritterbach, U./ Wohlfahrt, R.: Gesundheit unser höchstes Gut? Life Style – Lebensstil und Gesundheit. In: Nicolaus, J./ Ritterbach, U./ Spörhase, U./ Schleider, K. (Hrsg.): Leben nach Herzenslust? Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht. Freiburg im Breisgau, 2009.

8. KAPITEL

- Röhrle, B.: Beratung im Kontext von Prävention. In: Nestmann, F./ Sickendieck, U./ Engel, F. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder. Tübingen, 2004.
- Rogers, C.: Lernen in Freiheit. München, 1974.
- Roth, G.: Vernunft ohne jedes Gefühl? Abschied von einem Mythos. In: Personalführung, 2004, 4, S. 18 – 25.
- Roth, G.: Das konstruktive Gehirn: Neurobiologische Grundlagen von Wahrnehmung und Erkenntnis. In: Schmidt, S.J. (Hrsg.): Der Diskurs des radikalen Konstruktivismus. Frankfurt, 1992.
- Rotter, J. B.: Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1975, 43, S. 56-67.
- Rotter, J. B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. In: Psychological Monographs, 1966, 80, No. 609.
- Ryff, C. D.: Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well being. In: Journal of Personality and Social Psychology, 1989, 57, S. 1069-1081.
- Sack, M./ Künsebeck, H.-W./ Lamprecht, F.: Kohärenzgefühl und psychosomatischer Behandlungserfolg. Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 1997, 47, S. 56-67.
- Schäffter, O.: Lernen, ein Grundbegriff pädagogischer Praxis. Working paper, 2013. Unter: <https://www.erziehungswissenschaften.hu-berlin.de/de/ebwb/team-alt/schaeffter/downloads>, abgerufen am 05.11.2015.
- Schäffter, O.: Eine Professionstheorie der Beratung als Horizont für neue Beratungsfelder. Entwicklungsbegleitung im Kontext bürgerschaftlichen Engagements. In: Triangel-Institut (Hrsg.): Beratung im Wandel. Analysen, Praxis, Herausforderungen. Berlin, 2009.
- Schäffter, O.: Bürgerschaftliches Engagement als Kontext

lebensbegleitenden Lernens in der Transformationsgesellschaft. In: The Japan Society for the Study of Adult and Community Education (Hrsg.): *New Trends in Adult and Community Education and the Growth of NPOs*. Reihe: *Studies in Adult and Community Education*, 2007, 51, S.178-190.

Schäffter, O.: Die Reflexionsfunktion der Erwachsenenbildung in der Transformationsgesellschaft. *Institutionstheoretische Überlegungen zur Selbstorganisation und Selbststeuerung in Lernkontexten*, 2003. Unter: <https://www.erziehungswissenschaften.hu-berlin.de/de/ebwb/team-alt/schaeffter/downloads>, abgerufen am 05.11.2015.

Schäffter, O.: Lernkontext und Wissensdifferenz. Zur Transformation des „Lerngegenstands“ im Zuge seiner Institutionalisierung. In: *Hessische Blätter für Volksbildung*, 2001a, 2, S. 128-141. Unter: <https://www.erziehungswissenschaften.hu-berlin.de/de/ebwb/team-alt/schaeffter/downloads>, abgerufen am 11.11.2015.

Schäffter, O.: Transformationsgesellschaft. Temporalisierung der Zukunft und die Positivierung des Unbestimmten im Lernarrangement. In: Wittpoth, J. (Hrsg.): *Erwachsenenbildung und Zeitdiagnose. Theoriebeobachtungen*. Bielefeld, 2001b.

Schäffter, O.: Didaktisierte Lernkontexte lebensbegleitenden Lernens. Perspektiven einer allgemeinen Didaktik lebensbegleitenden Lernens. In: Becker, S./ Veelken, L./ Wallraven, K. P. (Hrsg.): *Handbuch Altenbildung. Theorien und Konzepte für Gegenwart und Zukunft*. Opladen, 2000.

Schäffter, O.: Irritation als Lernanlass. *Bildung zwischen Helfen, Heilen und Lehren*, 1997a. Unter: <https://www.erziehungswissenschaften.hu-berlin.de/de/ebwb/team-alt/schaeffter/downloads>, abgerufen am 13.11.2015.

Schäffter, O.: *Bildung zwischen Helfen, Heilen und Lehren. Zum Begriff des Lernanlasses*. In: Krüger, H.-H./ Olbertz, J.-H.: *Bildung zwischen Staat und Markt*. Opladen, 1997b.

Scharlau, I.: *Jean Piaget zur Einführung*. Hamburg, 2007.

8. KAPITEL

- Scharmer, O.: Theorie U: Von der Zukunft her führen. Presencing als evolutionäre Grammatik und soziale Technik für die Erschließung des vierten Feldes sozialen Werdens. In: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 2007, 4, S. 202 – 211.
- Scheuch, K./ Schröder, H.: Menschen unter Belastungen. Berlin, 1990.
- Schleider, K./ Huse, E.: Problemfelder und Methoden der Beratung in der Gesundheitspädagogik. Wiesbaden, 2011.
- Schlippe, A. von/ Schweitzer, J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen, 2002.
- Schmid, W.: Philosophie der Lebenskunst. Eine Grundlegung. Frankfurt, 1998.
- Schmidt, G.: Berater als »Realitätenkellner« und Beratung als koevolutionäres Konstruktionsritual für zieldienliche Netzwerkaktivierung – Einige hypnosystemische Implikationen. In: Leeb, W. A./ Trenkle, B./ Weckenmann, M. F. (Hrsg.): Der Realitätenkellner. Hypnosystemische Konzepte in Beratung, Coaching und Supervision. Heidelberg, 2011.
- Schmitz, E./ Huke, G.: Sinnerfahrungen, innere Langeweile und die Modi der Stressverarbeitung. In: Integrative Therapie, 1999, 1, S. 42-63.
- Schmitz, E.: Zur Struktur therapeutischen, beratenden und erwachsenenpädagogischen Handelns. In: Schlutz, E. (Hrsg.): Erwachsenenbildung zwischen Schule und sozialer Arbeit. Bad Heilbrunn, 1983.
- Schneider, V.: Gesundheitspädagogik. Einführung in Theorie und Praxis. Freiburg, 2013.
- Schneider, V.: Philosophische Überlegungen zu Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese. In: Wydler, H./ Kolip, P./ Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes. Weinheim, 2006.

- Schüßler, I.: Reflexives Lernen in der Erwachsenenbildung – zwischen Irritation und Kohärenz. In: *Bildungsforschung*, 2008, 2, S. 1-22.
- Schüßler, I.: *Deutungslernen*. Baltmannsweiler, 2000.
- Schuhmann, A./ Hapke, U./ Meyer, C./ Rumpf, H. J./ John, U.: Measuring Sense of Coherence with only three items: A useful tool for population surveys. In: *British Journal of Health Psychology*, 2003, 8, S. 409-421.
- Schulte, D.: Psychische Gesundheit, Psychische Krankheit, Psychische Störung. In: Baumann, U. (Hrsg.): *Lehrbuch klinische Psychologie - Psychotherapie*. Bern, 1998.
- Schulte-Meßtorff, C./ Wehr, P.: *Employee Assistance Programs: Externe Mitarbeiterberatung im betrieblichen Gesundheitsmanagement*. Berlin, Heidelberg, 2010.
- Schulz von Thun, F.: *Miteinander reden 3 – Das ‚innere Team und situationsgerechte Kommunikation*. Reinbeck, 1998.‘
- Schumacher, J./ Brähler, E.: Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit. In: Strauß, B./ Berger, U./ von Troschke, J./ Brähler, E. (Hrsg.): *Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*. Göttingen, 2004.
- Schweitzer, J./ Weber, G.: Beziehung als Metapher: die Familienskulptur als diagnostische, therapeutische und Ausbildungstechnik. In: *Familiendynamik*, 1982, 7, S. 113-128.
- Siebert, H.: *Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung. Didaktik aus konstruktivistischer Sicht*. Neuwied, Kriftel, Berlin, 1997.
- Siebert, H.: Aspekte einer reflexiven Didaktik. In: Mader, W. (Hrsg.): *Zehn Jahre Erwachsenenbildungswissenschaft*. Bad Heilbrunn/Obb., 1991.
- Singer, S./ Brähler, E.: Die „Sense of coherence Scale“. *Testhandbuch zur deutschen Version*. Göttingen, 2007.
- Singer, W.: *Der Beobachter im Gehirn. Essays zur Gehirnforschung*.

8. KAPITEL

Frankfurt, 2002.

Spitzer, M: Geist im Netz Modelle für Lernen, Denken und Handeln.
Heidelberg, 2003.

Stark, S./ Maragkos, M.: „Bist Du krank?!“ – Psychische Störungen im
Arbeitsleben. In: Hahnzog, S. (Hrsg.): Betriebliche
Gesundheitsförderung. Das Praxisbuch für den Mittelstand.
Wiesbaden, 2014.

Stark, W.: Empowerment. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche
Aufklärung (BzgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der
Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz, 2006, S. 28-31.

Steinebach, C./ Gharabaghi, K.: Resilienzförderung im Jugendalter:
Praxis und Perspektiven. Berlin, Heidelberg, 2013.

Stewart, I./ Joines, V.: Die Transaktionsanalyse. Eine Einführung.
Freiburg, 2000.

Stone, K./ Dillehunt, H.: Self Science: The Subject Is Me. Santa Monica,
1978.

System Gesundheitszentren: Psycho-soziale Beratung, 2015a, unter:
<http://www.system-gesundheitszentren.de/psycho-soziale-beratung.html>, abgerufen am 11.11.2015.

System Gesundheitszentren: Krankenkassen, 2015b, unter:
<http://www.system-gesundheitszentren.de/psycho-soziale-beratung/krankenkassen.html>, abgerufen am 11.11.2015.

Teegen, F.: Ganzheitliche Gesundheit. Der sanfte Umgang mit uns
selbst. Reinbek, 1983.

Udris, I./ Riemann, M.: Das Kohärenzgefühl: Gesundheitsressource oder
Gesundheit selbst? Strukturelle und funktionale Aspekte und ein
Validierungsversuch. In: Wydler, H./ Kolip, P./ Abel, T. (Hrsg.):
Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und
Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim,
2000.

- Uexküll, T. v.on: Psychosomatik als Suche nach dem verlorenen lebenden Körper. In: Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie 1991, 41, S. 482 – 488.
- Uexküll, T. van/ Wesiack, W.: Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler, R./ Herrmann, H./ Köhle, K./ Schonecke, O. W./ Uexküll, T. von/ Wesiack, W. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. München, 1986.
- Uhle, T./ Treier, M: Betriebliches Gesundheitsmanagement. Heidelberg, 2010.
- Ulich, D.: Das Gefühl. Einführung in die Emotionspsychologie. Weinheim, 1995.
- Ulich, D.: Krise und Entwicklung. Zur Psychologie der seelischen Gesundheit. München, Weinheim, 1987.
- Ulich, E.: Arbeitspsychologie. Stuttgart, 1991.
- Volkshochschule Köln: Programmbereich Gesundheitsbildung, 2015, unter: <https://vhs-koeln.de/Artikel/autowert-cmx54ae7d9754830>, abgerufen am 24.11.2015.
- Warschburger, P.: Beratungspsychologie. Heidelberg, 2009.
- Wassmann, C.: Die Macht der Emotionen. Wie Gefühle unser Denken und Handeln beeinflussen. Darmstadt, 2002.
- Watzlawick, P.: Die Möglichkeit des Anderssein. Zur Technik der therapeutischen Kommunikation. Bern, 1991.
- Weber, A/ Hörmann, G/ Köllner, V.: Psychische und Verhaltensstörungen: Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? In: Deutsches Ärzteblatt, 2006, 4, S. 169-172.
- Weidmann, B.: Handbuch Active Training. Die besten Methoden für lebendige Seminare. Weinheim, Basel, 2015.
- Weltgesundheitsorganisation: Ottawa Charter for Health Promotion.

8. KAPITEL

Ottawa, 1986

Werner, E. E./ Smith, R. S.: Vulnerable but invincible. A longitudinal study of resilient children and youth. New York, 1982.

Witte, M.: Kohärenzgefühl und Krankheitsverarbeitung bei Patientinnen und Patienten mit chronischer Polyarthritis. Frankfurt, 2004.

Wolf, G.: Zur Konstruktion des Erwachsenen. Grundlagen einer erwachsenenpädagogischen Lerntheorie. Wiesbaden, 2014.

Ziehe, T./ Stubenrauch, H.: Plädoyer für ungewöhnliches Lernen. Rheinbek, 1982.

Zuhorst, G.: Eine Gesundheitspsychologie für Leib und Seele. In: Jüttemann (Hrsg.): Psychologie als Humanwissenschaft. Ein Handbuch. Göttingen, 2004.