

Psychotherapie: Praxis




Gert Kaluza

Stress- bewältigung

Trainingsmanual zur
psychologischen Gesundheitsförderung

3. Auflage

EXTRAS ONLINE

 Springer

Psychotherapie: Praxis

Die Reihe Psychotherapie: Praxis unterstützt Sie in Ihrer täglichen Arbeit – praxisorientiert, gut lesbar, mit klarem Konzept und auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand.

Gert Kaluza

Stressbewältigung

Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung

Mit 88 Abbildungen und 15 Tabellen

3., vollständig überarbeitete Auflage

Gert Kaluza
GKM-Institut für Gesundheitspsychologie
Marburg

Trainingsmaterialien finden Sie unter ► <http://extras.springer.com/> nach Eingabe der ISBN.

ISBN 978-3-662-44015-5

ISBN 978-3-662-44016-2 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-662-44016-2

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über ► <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Layout und Umschlaggestaltung: deblik, Berlin

Abbildungen: © Vuifah/fotolia.com; © Kromosphere/fotolia.com;

© ionnis kounadeas/fotolia.com; © styleuneeed/fotolia.com

Einbandabbildung: © mentalrai/fotolia.com

Satz: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer-Verlag ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Vorwort zur 3. Auflage

Liebe Leserin, lieber Leser,

das Thema »Stress« erfährt seit vielen Jahren ein zunehmendes öffentliches Interesse. Gravierende Veränderungen der Lebens- und Arbeitsverhältnisse führen für viele Menschen zu einem Anstieg des chronischen Stresslevels. Unternehmen und öffentliche Arbeitgeber sehen sich verstärkt mit dem Problem stressbedingter Leistungseinbußen und Gesundheitsbeeinträchtigungen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konfrontiert. Das Interesse ist mehr als eine kurzfristige Modeerscheinung. Immer mehr Menschen erkennen oder erahnen zumindest, dass die Art und Weise, wie sie ihr Leben – unter den gegebenen ökonomischen, sozialen und kulturellen Bedingungen – leben und gestalten (müssen), gravierende Auswirkungen auf ihre Gesundheit im körperlichen und seelischen Sinne hat. Auch die Wissenschaft hat immer mehr Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen sozioemotionalen Belastungserfahrungen und der physischen wie psychischen Gesundheit zusammengetragen. An Wissen mangelt es nicht. Ebenso wenig an guten Ratschlägen für eine gesundheitsförderliche individuelle Lebensführung, mit denen die Menschen massenmedial geradezu überschwemmt werden und die wahrscheinlich nicht selten eher kontraproduktiv wirken, indem sie Schuldgefühle, ein schlechtes Gewissen oder Trotz und Hilflosigkeitsgefühle hervorrufen. Denn das Problem liegt meist in der Umsetzung. Hier setzt das vorliegende psychologische Gesundheitsförderungsprogramm »Gelassen und sicher im Stress« an. Es möchte Menschen nachhaltig darin unterstützen, einen gesundheitsförderlichen Umgang mit alltäglichen beruflichen wie privaten Belastungen umzusetzen und beizubehalten.

Die ersten Erfahrungen mit dem Programm, das ursprünglich in den 1980er Jahren im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entwickelt wurde, reichen nunmehr annähernd 30 Jahre zurück. Seitdem hat das Programm jeweils in enger Korrelation zu den zahlreichen so genannten Gesundheitsreformen und der jeweiligen Ausformulierung des § 20 SGB V, der die Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung regelt, eine wechselvolle Geschichte erfahren. Inzwischen hat »Gelassen und sicher im Stress« bundesweite Verbreitung und Akzeptanz gefunden, ist in den Katalog präventiver Leistungen der Krankenkassen aufgenommen und kann von entsprechend zertifizierten Kursleitern in deren Auftrag durchgeführt werden. Voraussetzung dafür ist die vorherige Teilnahme an einer Kursleiterschulung. Diese werden regelmäßig vom GKM-Institut für Gesundheitspsychologie angeboten. Interessenten an einer Fortbildung erhalten alle nötigen Informationen unter ► <http://www.gkm-institut.de>.

Die Effekte einer Kursteilnahme wurden in zwei kontrollierten Interventionsstudien evaluiert. Sie bestehen v. a. in einer qualitativen Veränderung des selbst berichteten Bewältigungsverhaltens dergestalt, dass die Teilnehmer im Laufe des Trainings jeweils neue Möglichkeiten des Umgangs mit Belastungen in ihr Bewältigungsrepertoire integrieren. In der Folge kommt es zu einer auch mittelfristig stabilen Reduktion von körperlichen Beschwerden und einer Steigerung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens. Der interessierte Leser findet nähere Informationen hierzu in den entsprechenden Originalarbeiten (Kaluza 1998, 1999a und b, 2000) sowie in einem zusammenfassenden Übersichtsartikel (Kaluza 2002).

In der hier vorliegenden 3. Auflage des Trainingsmanuals wurden sowohl die wissenschaftlichen Grundlagen auf den neuesten Stand gebracht als auch die praktischen Trainingsbausteine mit ergänzenden didaktischen Hinweisen, Vorschlägen für weitere praktische Übungen und überarbeiteten Trainingsmaterialien aktualisiert. Die Trainingsmaterialien dieses Buches, die für die Durchführung des Trainings benötigt werden, sind unter ► <http://extras.springer.com/> (nach Eingabe der ISBN) einzusehen. Für Kursteilnehmende liegt ein gut verständliches, praxisorientiertes Buch unter dem Titel »Gelassen und sicher im Stress – Das Stresskompetenz-Buch« (Kaluza 2015) vor, das als Begleitlektüre zu einer Kursteilnahme empfohlen werden kann.

Für wertvolle Anregungen und Rückmeldungen bin ich meinem Studienkollegen und langjährigen Freund Dipl. Psych. Josef Schmitz sowie meinen Trainerkollegen Dipl. Psych. Bernhard Broekman und Dipl. Psych. Claudia Kampermann dankbar. Frau Monika Radecki und Frau Sigrid Janke danke ich für die kompetente Unterstützung und stets angenehme Zusammenarbeit.

Ich wünsche mir, dass von dem vorliegenden Manual reger Gebrauch gemacht wird, und bin immer dankbar für kritisch-konstruktive Rückmeldungen aus der Kurspraxis.

Gert Kaluza

Marburg, im April 2015

Über den Autor



Prof. Dr. Gert Kaluza ist psychologischer Psychotherapeut und als Trainer, Coach und Autor in der individuellen und betrieblichen Gesundheitsförderung tätig. Nach über 20-jähriger Tätigkeit an verschiedenen Universitäten gründete er 2002 das GKM-Institut für Gesundheitspsychologie (► www.gkm-institut.de).

Inhaltsverzeichnis

I Grundlagen

1	Gesundheitsförderung durch Stressbewältigung	3
	<i>Gert Kaluza</i>	
1.1	Von der Prävention zur Gesundheitsförderung	4
1.2	Gesundheit fördern – aber welche?	7
1.3	Gefahren und Irrwege der Gesundheitsförderung	10
2	Stress – was ist das eigentlich? Wissenschaftliche Stresskonzepte	13
	<i>Gert Kaluza</i>	
2.1	Ein einfaches Rahmenkonzept: die »Stress-Ampel«	15
2.2	Die biologische Perspektive: körperliche Stressreaktionen und die Folgen für die Gesundheit	18
2.2.1	Stress als Abweichung von der Homöostase	18
2.2.2	Akute körperliche Stressreaktionen	18
2.2.3	Akuter Stress und Leistung	20
2.2.4	Stress entsteht im Gehirn: die neuronale Organisation der Stressreaktion	21
2.2.5	Die zwei Achsen der Stressreaktion: trockene und nasse Kommunikationswege	23
2.2.6	Stress formt das Gehirn: das zentrale Adaptationssyndrom	25
2.2.7	Stressreaktionen sind individuell: Individual- und Situationspezifität von Stressreaktionen	26
2.2.8	Biologische Stressreaktionen und Bindung	27
2.2.9	Macht Stress krank? – Stressreaktionen und Gesundheit	30
2.2.10	Das Burn-out-Syndrom	34
2.3	Die soziologische Perspektive: Formen und Merkmale von Stressoren	36
2.3.1	Kritische Lebensereignisse	37
2.3.2	Arbeitsbelastungen	38
2.3.3	Alltagsbelastungen	42
2.4	Die psychologische Perspektive: persönliche Motive, Einstellungen und Bewertungen als Stressverstärker	43
2.4.1	Stress als wahrgenommene Diskrepanz zwischen Anforderungen und Kompetenzen: das transaktionale Stresskonzept	43
2.4.2	Präkognitive Emotionen: Wenn Stressgefühle den Kognitionen vorauslaufen	47
2.4.3	Stressverschärfende Einstellungen: drei Wege zum Burn-out	47
2.5	Die salutogenetische Perspektive: soziale und personale Ressourcen der Stressbewältigung	51
2.5.1	Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung	51
2.5.2	Hält Optimismus gesund? – Salutogenität von Ergebniserwartungen	53
2.5.3	»Ich kann!« – Salutogenität von Kontrollüberzeugungen	54
2.5.4	»Ich kann!« – Salutogenität von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen	55
2.5.5	Kohärenz und Sinnerleben	56
2.6	Integration: Anforderungs-Ressourcen-Modell	58
3	Belastungsbewältigung	61
	<i>Gert Kaluza</i>	
3.1	Drei Hauptwege zur individuellen Belastungsbewältigung	62

3.1.1	Instrumentelles Stressmanagement	63
3.1.2	Mentales Stressmanagement	64
3.1.3	Regeneratives Stressmanagement.....	64
3.2	Was ist effektive Bewältigung? – Differenzielle Effektivität einzelner Formen der Bewältigung	65
3.3	Strukturelles Stressmanagement	68
4	Konzeption des Gesundheitsförderungsprogramms »Gelassen und sicher im Stress«	71
	<i>Gert Kaluza</i>	
4.1	Ziele und Zielgruppen des Gesundheitsförderungsprogramms	72
4.2	Aufbau und Module des Gesundheitsförderungsprogramms	73
4.3	Konzeptionelle Merkmale des Gesundheitsförderungsprogramms	76
4.4	Funktionen der Gruppe im Rahmen des Gesundheitsförderungsprogramms	78
II Praxis		
5	Einstieg in das Gesundheitsförderungsprogramm	83
	<i>Gert Kaluza</i>	
5.1	Ankommen und Kennenlernen	84
5.2	Stress – was ist das eigentlich? – Informationen für Teilnehmende	86
5.3	Gruppenarbeit: Meine Kompetenzen zur Stressbewältigung	87
5.4	Klären von Zielen und Befürchtungen	89
6	Trainingsmodul 1: Entspannen und loslassen – das Entspannungstraining	91
	<i>Gert Kaluza</i>	
6.1	Ziele	92
6.2	Methode: Progressive Relaxation	93
6.2.1	Theoretische Grundannahmen.....	93
6.2.2	Grundprinzip der Progressiven Relaxation	94
6.2.3	Ablauf	94
6.3	Praktische Durchführung im Kurs	95
6.3.1	Einführung der Langform	96
6.3.2	Besprechen der Übungserfahrungen und Umgang mit Störungen	102
6.3.3	Verkürzung der Entspannungsübung.....	106
6.3.4	Einführung des »Ruhewortes«.....	108
6.3.5	Anwendung der Entspannung im Alltag	109
6.3.6	»Fantasiereisen«.....	112
6.4	Überblick über das Entspannungstraining	113
7	Trainingsmodul 2: Förderliche Denkweisen und Einstellungen entwickeln – das Mentaltraining	115
	<i>Gert Kaluza</i>	
7.1	Ziele	116
7.1.1	Individuelle »Sollwerte«	117
7.1.2	Einschätzung von Anforderungen.....	117
7.1.3	Einschätzung eigener Bewältigungskompetenzen und -ressourcen	118
7.1.4	Bewertung von akuten Stressreaktionen.....	118

7.2	Methode	119
7.3	Praktische Durchführung	120
7.3.1	Gedanken und Stress: Macht Denken Stress? – Einführung	120
7.3.2	Stressverschärfende und förderliche Denkmuster: »Es sind oft mehrere Sichtweisen möglich«	123
7.3.3	Förderliche Denkmuster entwickeln: ein Menü mentaler Strategien zur Stressbewältigung	127
7.3.4	Stressverschärfende und förderliche »Sollwerte«: Persönliche Stressverstärker und wie man sie entschärfen kann	129
7.3.5	Förderliche Einstellungen verankern	136
7.4	Überblick über das Mentaltraining	138
8	Trainingsmodul 3: Stresssituationen wahrnehmen, annehmen und verändern – das Problemlösetraining	139
	<i>Gert Kaluza</i>	
8.1	Ziele	140
8.2	Methode	140
8.3	Praktische Durchführung im Kurs	141
8.3.1	Einführung und Gruppengespräch: »Meine persönlichen Stressoren«	141
8.3.2	»Dem Stress auf die Spur kommen«: Selbstbeobachtung von Belastungssituationen und -reaktionen	143
8.3.3	Exkurs: »Innere Achtsamkeit«	146
8.3.4	»Ideen zur Bewältigung sammeln«: Brainstorming	148
8.3.5	»Den eigenen Weg finden«: auswählen und entscheiden	152
8.3.6	»Konkrete Schritte planen«	154
8.3.7	»Im Alltag handeln«	156
8.3.8	»Bilanz ziehen«	156
8.4	Überblick über das Problemlösetraining	157
9	Trainingsmodul 4: Erholen und genießen – das Genusstraining	159
	<i>Gert Kaluza</i>	
9.1	Ziele	160
9.2	Methode	161
9.3	Praktische Durchführung im Kurs	162
9.3.1	Einführung: Erholung – aber richtig!	162
9.3.2	»Angenehmes Erleben im Alltag«: Gruppengespräch	165
9.3.3	»Acht Gebote des Genießens«	165
9.3.4	Praktische Übungen zum Genießen	167
9.3.5	»Ich nehme mir etwas Schönes vor«: Planen angenehmer Erlebnisse	169
9.3.6	Exkurs: Erholsam schlafen	172
9.3.7	Exkurs: Erholsamer Urlaub	172
9.4	Überblick über das Genusstraining	173
10	Ergänzungsmodule	175
	<i>Gert Kaluza</i>	
10.1	Ergänzungsmodul 1: Stressbewältigung durch Sport und mehr Bewegung im Alltag ...	176
10.1.1	Informationen für Kursteilnehmende	176

10.1.2	Durchführung von Bewegungsübungen im Kurs	179
10.2	Ergänzungsmodul 2: Soziales Netz	183
10.2.1	Übung »Vertrauen schaffen, Vertrauen fassen«	183
10.2.2	Visualisieren: Mein soziales Netz	183
10.2.3	Pflege Tipps für das soziale Netz	185
10.3	Ergänzungsmodul 3: Blick in die Zukunft	185
10.3.1	Einführung	186
10.3.2	Der »Zeitstrahl«	187
10.3.3	Blick nach vorn – eine positive Zukunftsvision entwickeln	187
10.3.4	Von der Vision zum Ziel	189
10.4	Ergänzungsmodul 4: Keine Zeit? – Sinnvolle Zeiteinteilung im Alltag	190
10.4.1	Gründe für Zeitdruck	190
10.4.2	Strategien gegen Zeitstress	191
10.5	Ergänzungsmodul 5: Die Quart-A-(4A-)Strategie für den Akutfall	191
10.5.1	Annehmen	192
10.5.2	Abkühlen	193
10.5.3	Analysieren	193
10.5.4	Ablenkung oder Aktion	193
11	Ausstieg und Transfer	195
12	Übersicht und Trainingsmaterialien	199
12.1	Übersicht über das Gesundheitsförderungsprogramm »Gelassen und sicher im Stress«	200
12.2	Trainingsmaterialien	200
12.2.1	Zum Einstieg	202
12.2.2	Trainingsmodul 1: Entspannungstraining	218
12.2.3	Trainingsmodul 2: Mentaltraining	226
12.2.4	Trainingsmodul 3: Problemlösetraining	237
12.2.5	Trainingsmodul 4: Genussstraining	247
12.2.6	Ergänzungsmodule	261
12.2.7	Ausstieg und Transfer	277
Serviceeteil		
Literatur		284
Stichwortverzeichnis		285

Grundlagen

- Kapitel 1 **Gesundheitsförderung durch Stressbewältigung – 3**
Gert Kaluza
- Kapitel 2 **Stress – was ist das eigentlich? Wissenschaftliche
Stresskonzepte – 13**
Gert Kaluza
- Kapitel 3 **Belastungsbewältigung – 61**
Gert Kaluza
- Kapitel 4 **Konzeption des Gesundheitsförderungsprogramms
»Gelassen und sicher im Stress« – 71**
Gert Kaluza

Gesundheitsförderung durch Stressbewältigung

Gert Kaluza

- 1.1 Von der Prävention zur Gesundheitsförderung – 4
- 1.2 Gesundheit fördern – aber welche? – 7
- 1.3 Gefahren und Irrwege der Gesundheitsförderung – 10

1.1 Von der Prävention zur Gesundheitsförderung

»Vorsorgen ist besser als heilen.« – Diese einfache, alte Erkenntnis hat auch heute nichts von ihrer Gültigkeit eingebüßt. Die konkreten Wege allerdings, die zu ihrer praktischen Umsetzung beschrritten werden, haben sich gewandelt.

In seiner Schrift »The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis?« (dt. »Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis?«, 1982) hat Thomas McKeown überzeugend nachgewiesen, dass die erfolgreiche Bekämpfung der großen, seuchenartig aufgetretenen Infektionskrankheiten in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts v. a. einer Verbesserung der materiellen und hygienischen Lebensverhältnisse sowie – in geringerem Ausmaß – der Einführung von Schutzimpfungen zu verdanken ist, also im Wesentlichen durch verhältnis- und verhaltenspräventive und weniger durch kurative Maßnahmen (z. B. Antibiotika) erreicht worden ist.

Vor dem Hintergrund einer in der Folge nahezu um den Faktor 2 gestiegenen Lebenserwartung hat sich zugleich auch das Spektrum der vorherrschenden Krankheiten entscheidend verändert. Im Vordergrund stehen heute nicht mehr akute Infektionskrankheiten, wie dies noch bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts der Fall war. Vielmehr werden die Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken in den entwickelten Gesellschaften zunehmend von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herz- und Hirninfarkte), bösartigen Neubildungen (Krebs), Stoffwechselerkrankungen (Diabetes), degenerativen Muskel- und Skeletterkrankungen (insbesondere Rückenschmerzen) sowie psychischen und psychosomatischen Krankheiten dominiert (Statistisches Bundesamt 2013). Unter präventiven Aspekten betrachtet ist von besonderer Bedeutung, dass diese Erkrankungen nicht allein ein Problem des höheren Lebensalters darstellen, sondern gerade auch Menschen in jüngeren Alterskohorten treffen. So sind die beiden Krankheitsgruppen, die die Todesursachenstatistik (■ Tab. 1.1) insgesamt anführen, nämlich Herz-Kreislauf- sowie Krebserkrankungen, auch für einen hohen prozentualen Anteil der vor der statistischen Lebenserwartung eingetretenen Todesfälle verantwortlich (■ Tab. 1.2).

So verschieden diese »modernen« Krankheiten hinsichtlich ihrer Ursachen, ihres Erscheinungsbildes und ihres Verlaufs auch sein mögen, so weisen sie doch einige gemeinsame Charakteristika auf, die die heutige Medizin vor ganz neue Herausforderungen stellen: Im Unterschied zu den Infektionskrankheiten mit ihrem zumeist akuten symptomatischen Beginn entwickeln sie sich schleichend, in einem oft über Jahre andauernden Prozess der Chronifizierung. Dabei wirken biologisch-konstitutionelle Faktoren, Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnisse sowie individuelle Verhaltensweisen in vielschichtiger und je individueller Weise zusammen. Spezifische, isolierbare Krankheitserreger wie bei den Infektionserkrankungen existieren nicht. Auch eine Heilung im Sinne einer *restitutio ad integrum* ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle heute (noch) nicht möglich, so dass das Leben mit der chronischen Erkrankung und mit deren Folgen zu einer Aufgabe des Einzelnen und des medizinischen Versorgungssystems wird.

Von besonderer Bedeutung im Zusammenhang mit der Veränderung des vorherrschenden Krankheitspanoramas ist die Tatsache, dass in den westlichen Gesellschaften in den vergangenen zwei Jahrzehnten eine starke Zunahme diagnostizierter psychischer Störungen zu beobachten ist. So verzeichnen die gesetzlichen Krankenkassen seit Mitte der 1990er Jahre in ihren jährlich veröffentlichten Statistiken über krankheitsbedingte Fehlzeiten auf einem insgesamt eher niedrigen Niveau der Arbeitsunfähigkeit einen starken Anstieg der Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage aufgrund psychischer Störungen (z. B. Fehlzeitenreport 2009, Badura et al. 2010). Psychische Störungen rangieren bei den meisten Krankenkassen mittlerweile in der Krankheitsartenstatistik bezüglich der Arbeitsunfähigkeitstage auf Platz 4 hinter Muskel- und Skeletterkrankungen (insbesondere Rückenschmerzen), Verletzungen sowie Krankheiten des Atmungssystems (vgl. Lademann, Mertesacker u. Gebhardt 2006).

Nicht allein bei den krankheitsbedingten Fehlzeiten, sondern auch bei der Früh-Invalidität spielen psychische Störungen inzwischen eine prominente Rolle. Während die Zahl der Frühverrentungen im Zeitraum von 1993 bis 2009 insgesamt sank, stiegen die Frühinvaliditätsfälle aufgrund psychischer

Tab. 1.1 Woran die Deutschen sterben. Die häufigsten Todesursachen bei Männern und Frauen 2012 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2013)

ICD-10 a Pos.-Nr.	Todesursache	In % aller Sterbefälle der	
		Männer	Frauen
I20	Chronische ischämische Herzkrankheit	8,4	8,1
I50	Herzinsuffizienz	3,7	6,8
I50	Akuter Myokardinfarkt	7,0	5,2
I11	Hypertensive Herzkrankheit		3,6
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	7,1	3,3
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]		3,9
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	3,1	
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz		3,2
I64	Schlaganfall		2,8
C18	Bösartige Neubildung des Dickdarmes	2,1	
J44	Sonstige chronisch obstruktive Lungenkrankheit	3,6	2,5
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern		2,3
J18	Pneumonie (Erreger nicht näher bezeichnet)	2,1	
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	1,9	

^a International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10. Revision)

Tab. 1.2 Bedeutung von Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen für die altersbezogene Mortalität (in % der Sterbefälle der jeweiligen Altersgruppe) (Quelle: Statistisches Bundesamt 2013)

Alter	30–34 Jahre	35–39 Jahre	40–44 Jahre	45–49 Jahre	50–54 Jahre	55–59 Jahre	60–64 Jahre
Männer	24,0	33,9	39,7	49,1	57,2	62,9	67,6
Frauen	41,1	54,2	59,4	63,0	67,5	69,7	69,8

Erkrankungen im gleichen Zeitraum um mehr als 50 % an. Mit einem Anteil von mehr als 40 % stellen psychische Erkrankungen inzwischen die häufigste Ursache für Frühverrentungen in Deutschland dar. Die Betroffenen sind zum Zeitpunkt der Frühberentung durchschnittlich 49 Jahre alt (Deutsche Rentenversicherung 2013; Bundespsychotherapeutenkammer 2014).

Neben Fehlzeiten und Frühberentungen stellen Produktivitätseinbußen bei anwesenden, aber nicht in vollem Maße arbeitsfähigen Mitarbeitern

ein gewichtiges Argument für Arbeitgeber dar, sich verstärkt um die Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu kümmern. Diese sogenannten Präsentismuskosten verursachen etwa doppelt so viel Produktivitätsverluste wie die tatsächlichen Fehlzeiten (Fissler u. Krause 2010). Dies gilt im Besonderen für psychische Störungen. Psychische Störungen (Depressionen/Angstzustände) verringern die Produktivität anwesender Mitarbeiter durchschnittlich um 37 % (zum Vergleich: Rückenschmerzen 21 %; Allergien: 18 % (Baase 2007)). Und bei Depressionen

entstanden 81 % der Produktivitätseinbußen durch die Folgen von Präsentismus, also bei zwar anwesenden, aber depressionsbedingt nur eingeschränkt leistungsfähigen Mitarbeitern, und nur etwa 20 % durch die effektiven Fehlzeiten (American Productivity Audit, Stewart et al. 2003).

Im Hinblick auf die Arbeitsunfähigkeits- und Frühberentungsstatistiken stellt sich die Frage, inwieweit die berichteten Zahlen eine reale Zunahme psychischer Störungen oder eine vermehrte Diagnosestellung und Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlungen reflektieren (z. B. Jacobi 2009). Für die Hypothese einer Zunahme werden gesellschaftliche Veränderungen in den letzten zwei Jahrzehnten insbesondere in der Arbeitswelt ins Feld geführt, die für viele Menschen zu einem Anstieg psychosozialer und psychomentaler Belastungen geführt haben. Stichworte sind hier Arbeitsverdichtung und der Zwang zu immer weiterer Produktivitätssteigerung im globalisierten Wettbewerb, die durch die modernen Kommunikationsmedien ermöglichte Entgrenzung von Arbeitszeiten und -orten und damit verbundene gestiegene Anforderungen an die örtliche Mobilität und zeitliche Flexibilität sowie eine Erosion des »Normalarbeitsverhältnisses« und eine dadurch gestiegene Unsicherheit des Arbeitsplatzes und darüber hinaus weiterer Lebensbereiche. Allerdings zeigen epidemiologische Studien, in denen die Prävalenz psychischer Störungen wiederholt in bestimmten zeitlichen Abständen mit derselben Methodik und in denselben repräsentativen Bevölkerungsstichproben erfasst wird, dass seit 1990 keine dramatischen Zuwächse in der Prävalenz psychischer Störungen – zumindest in ihrer Gesamtheit – zu verzeichnen sind. Richter et al. (2008) kommen in einer Übersichtsarbeit, in der sie die Ergebnisse von 41 Studien zusammenfassen, zu dem Ergebnis, dass es allenfalls einen Anstieg der Prävalenz und Inzidenz psychischer Störungen in den ersten beiden Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg gegeben habe.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass psychische Störungen insgesamt häufig sind (siehe hierzu eine europaweit angelegte epidemiologische Studie von Wittchen et al. 2011). So liegt beispielsweise die Punktprävalenz allein von depressiven Störungen bei Patienten in hausärztlichen Praxen bei 7–11 %;

das Lebenszeit-Risiko, irgendwann im Laufe seines Lebens von irgendeiner psychischen Störung betroffen zu sein, wird auf über 50 % geschätzt (vgl. Jacobi 2009). Eine durch entsprechende Fortbildung gestiegene Sensitivität gegenüber psychischen Störungen auf Seiten der diagnostizierenden Ärzte sowie eine im Zuge der Entstigmatisierung gestiegene Selbstwahrnehmung psychischer Symptome auf Seiten der Patienten haben zur vermehrten Krankschreibung aufgrund psychischer Störungen wahrscheinlich wesentlich beigetragen. Es ist davon auszugehen, dass dieser Prozess angesichts der insgesamt hohen Prävalenzzahlen noch nicht an sein Ende gekommen ist.

Wie auch immer die Zahlen letztendlich zu interpretieren sind, ob als reale Zunahme aufgrund veränderter belastender gesellschaftlicher Bedingungen oder als Ausdruck einer verbesserten Diagnostik und Enttabuisierung und vermehrten Inanspruchnahme, stellen sie eine gesellschaftliche Herausforderung dar, sich verstärkt um eine Unterstützung der psychischen Gesundheit zu bemühen. Hierzu möchte das vorliegende Gesundheitsförderungsprogramm einen Beitrag leisten, indem es Ressourcen und Kompetenzen des Einzelnen für einen konstruktiven, gesundheitsförderlichen Umgang mit alltäglichen, beruflichen wie privaten Anforderungen zu stärken versucht.

Für die Betroffenen wird das Leben mit der chronischen körperlichen und/oder psychischen Erkrankung zu einer zentralen, zumeist lebenslangen Herausforderung. Sowohl für die (noch) Nicht-Betroffenen als auch für die Gesellschaft als Ganzes stellt sich nicht zuletzt angesichts der enormen Belastungen für die Gesundheits- und Sozialsysteme die Frage nach wirksamen Maßnahmen der Prävention. Diese erfordert mehr als den sprichwörtlich erhobenen Zeigefinger, der zu einem gesundheitsbewussten Verhalten ermahnt. Moderne Konzepte der Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa-Charta der WHO im Jahre 1986 formuliert wurden (Franzkowiak u. Sabo 1993), zielen darauf ab, den Einzelnen zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise zu befähigen (individueller Ansatz) sowie gesundheitsförderliche Lebenswelten (Schule, Betrieb, Universität, Krankenhaus, Gemeinde) zu schaffen (struktureller Ansatz; Kickbusch 1992). Gesundheitsförderung weist damit weit über die

individualisierte, krankheits- oder risikofaktorenorientierte Prävention und die medizinischen Institutionen und medizinischen Experten als Promotoren der Gesundheit hinaus.

Gesundheitsförderung ist auch mehr als bloße Krankheitsverhinderung. Gesundheit erschöpft sich nicht in der Abwesenheit von Krankheit; die ausschließlich kurative Behandlung von Krankheiten schafft noch keine Gesundheit. Mehr noch: Gesundheit und Krankheit können als zwei zumindest teilweise voneinander unabhängige Dimensionen betrachtet werden (Lutz 1993). So wie »gesund sein« mehr beinhaltet als »nicht krank sein«, so wird auch ein Mensch, der an einer Krankheit leidet, immer auch »gesunde« Anteile aufweisen. Nicht nur die Merkmale der Krankheit selbst, sondern auch die körperliche und psychische Widerstandskraft des Betroffenen, seine Lebenseinstellungen, Bewältigungskompetenzen und sozialen Ressourcen beeinflussen den aktuellen Gesundheitszustand. Diese sogenannten salutogenetischen Faktoren zu stärken, ist das Hauptanliegen der Gesundheitsförderung, die damit eine ausschließlich pathogenetische, an der bloßen Beseitigung von Krankheitsrisiken und Verhinderung von Krankheiten orientierte Sichtweise überwindet.

Die Idee der Gesundheitsförderung ist unspezifisch, die Idee der Prävention krankheitsspezifisch, das heißt an der ICD-Klassifikation orientiert. Prävention beginnt bei wohldefinierten medizinischen Endpunkten und fragt zurück nach möglichen Risikofaktoren. Gesundheitsförderung setzt an den Lebensbedingungen und am Verhalten des Menschen an. Ihr geht es darum, biologische, seelische und soziale Widerstandskräfte und Schutzfaktoren zu mobilisieren und Lebensbedingungen zu schaffen, die positives Denken, positive Gefühle und ein optimales Maß an Be- und Entlastung erlauben.

Das vorliegende psychologische Gesundheitsförderungsprogramm »Gelassen und sicher im Stress« fühlt sich einem solchen an einem positiven Gesundheitsbegriff orientierten Verständnis von Gesundheitsförderung verpflichtet. Es versteht sich als Beitrag zur individuellen Gesundheitsförderung, ohne damit

allerdings einer einseitigen Individualisierung von Gesundheitsförderung das Wort zu reden oder die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit auch struktureller Gesundheitsförderungsmaßnahmen infrage zu stellen.

1.2 Gesundheit fördern – aber welche?

Nimmt man den Satz ernst, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit, so ist man sogleich vor die Frage gestellt, worin denn dieses »Mehr« besteht. Anders gefragt: Wie lässt sich Gesundheit inhaltlich (über die einfache Negation von Krankheit hinaus) positiv definieren? Dies ist keine rein akademische Gedankenspielerei. Vielmehr hat die Frage, wie und womit der Gesundheitsbegriff inhaltlich positiv zu füllen ist, entscheidende Konsequenzen für die Praxis der Gesundheitsförderung. Im Folgenden soll daher versucht werden zu klären, welches Gesundheitsverständnis dem hier vorgestellten Gesundheitsförderungsprogramm zugrunde gelegt ist.

Die Gesundheitsdefinition, auf die sich weltweit die größte Expertengruppe geeinigt hat, wurde bereits im Jahre 1946 in der Präambel der Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlicht. Sie lautet:

Definition

Gesundheit ist der Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen (zit. n. Franzkowiak u. Sabo 1993, S. 60)

Im Wesentlichen ist an diesem Versuch, Gesundheit positiv zu bestimmen, zweierlei hervorzuheben: Zum Ersten wird Gesundheit hier nicht definiert über den durch einen professionellen Experten erhebbaren objektiven Befund, sondern über das subjektive Befinden des Einzelnen, der damit selbst zum Experten für seine Gesundheit wird, dessen

1 Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in Sachen Gesundheit gestärkt werden. Subjektives Wohlbefinden zu fördern, wird zur Maxime praktischer Gesundheitsförderung. Gesundheit kann und darf Spaß machen (Ernst 1992). Dies impliziert die Abkehr von asketischen Verhaltensvorschriften und die Betonung von Genuss, positiven Emotionen (Freude, Vitalität, Hoffnung, Zuneigung etc.) und sogenannter euthymer Verhaltensweisen (vgl. Lutz 1993). Zum Zweiten bleibt der Gesundheitsbegriff in der WHO-Definition nicht auf die biomedizinische Funktionsebene beschränkt und weist über eine am medizinischen Modell orientierte, mechanistisch-reduktionistische Gesundheitsauffassung hinaus. Durch den Einbezug der geistigen und sozialen Dimension des Wohlbefindens wird der Bedeutung psychosozialer Einflussfaktoren Rechnung getragen und insgesamt eine ganzheitliche Perspektive eröffnet.

Doch hat die WHO-Definition keineswegs ungeteilten Beifall gefunden. Abgesehen von dem Vorwurf, vollständiges Wohlbefinden sei eine Utopie oder gar ein Zynismus angesichts der realen Lebensverhältnisse eines großen Teils der Menschheit, ist Kritik insbesondere an folgenden zwei Punkten anzubringen:

- Gesundheit beschreibt weniger einen statischen Zustand wie in der WHO-Definition, sondern ist mehr als ein dynamisches prozesshaftes Geschehen zu begreifen, als ein immer wieder neu herzustellendes dynamisches Gleichgewicht sowohl innerhalb der Person als auch zwischen der Person und den jeweiligen Umweltgegebenheiten.
- Weiterhin ist Kritik an der Vagheit der Definition geübt worden. Der Begriff Gesundheit wird durch den ebenfalls sehr allgemeinen und unpräzisen Begriff des Wohlbefindens ersetzt. Was Gesundheit bzw. Wohlbefinden letztlich auszeichnen, bleibt ebenso unklar wie die Bedingungen, unter denen sich Gesundheit bzw. Wohlbefinden überhaupt erst entwickeln können. Hierzu bedarf es inhaltlich gehaltvollerer Modelle oder Theorien der Gesundheit.

Was die psychische Gesundheit angeht, so definiert die WHO diese weniger als einen Zustand, sondern zutreffender als ein »dynamisches Gleichgewicht des Wohlbefindens, in dem der Einzel-

ne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen« (World Health Organization 2003). Becker (1982; für eine ausführliche Diskussion vgl. Paulus 1994) kommt nach einer vergleichenden Analyse eines repräsentativen Querschnitts von Theorien zur seelischen Gesundheit zu drei grundsätzlich zu unterscheidenden Modellen psychischer Gesundheit, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

Regulationskompetenzmodell Seelisch gesunde Personen zeichnen sich nach diesem Modell u. a. durch Realitätskontakt, Anpassungsfähigkeit, inneres Gleichgewicht und Widerstandsfähigkeit gegen Stress aus. Die Leitidee ist die eines mit Kompetenzen ausgestatteten Individuums, das zur (Wieder-)Herstellung eines inneren und äußeren Gleichgewichts befähigt ist. Wichtige Vertreter dieser Gesundheitsauffassung sind S. Freud und K. Menninger, aber auch Vertreter der modernen Gesundheitswissenschaften wie z. B. B. Badura:

- » Gesundheit ist für mich eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives Selbstbild, ein positives seelisches und körperliches Befinden erhalten oder wiederhergestellt wird (Badura 1993, S. 24 f.).

Selbstaktualisierungsmodell Dieses wird v. a. von Vertretern der humanistischen Psychologie (E. Fromm, C. Rogers, A. Maslow) formuliert. Becker (1982) charakterisiert es wie folgt:

- » Der größte Konsens zwischen den Selbstaktualisierungstheoretikern besteht hinsichtlich des Unabhängigkeitskriteriums. Für seelisch gesunde Menschen ist vor allem kennzeichnend, dass sie sich frei entwickeln, ihre eigenen Anlagen und Potentiale auf schöpferischem Weg zur Entfaltung bringen und einen gewissen Widerstand gegen Enkulturation leisten. Sie orientieren ihr Verhalten nicht an von außen aufgezwungenen oder kritiklos übernommenen Normen und Wertvorstellungen, sondern erreichen die Stufe autonomer Moral und der Selbstverantwortlichkeit für sich und andere (Becker 1982, S. 147).

Weitere Merkmale eines seelisch gesunden Menschen nach diesem Modell sind Selbsteinsicht, Selbstachtung und -vertrauen sowie Natürlichkeit und Echtheit.

Sinnfindungsmodell Dieses wird am konsequentesten von Viktor Frankl, aber teilweise auch von G.W. Allport und E. Fromm vertreten. Psychische Gesundheit besteht hier darin, im Leben Sinn zu finden, das eigene Handeln nach Werten und Normen zu gestalten, die das Individuum selbst für notwendig und sinnvoll erachtet. Für Frankl (z. B. 1981, 1994) ist die zentrale personale Ressource, auf die der Einzelne bei der Bewältigung auch schwerster Anforderungen zurückgreifen kann, das grundlegende Bedürfnis und die Fähigkeit des Menschen, dem eigenen Leben auch in existenziell bedrohenden Lebenssituationen einen Sinn abringen zu können. Frankl stützt seine Auffassung u. a. auf eigene Beobachtungen, die er als Insasse eines Konzentrationslagers gewonnen hat. Dort konnte er erfahren, unter welchen Voraussetzungen Menschen in Extremsituationen ihren Lebenswillen und ihre Leidensfähigkeit bewahren und eine hohe Widerstandskraft gegenüber psychischen und physischen Erkrankungen entwickeln.

Sinnerfüllung kann nach Frankl auf drei Wegen erfolgen:

1. Durch schöpferisches Tun und Arbeit, indem jemand etwas verwirklicht, eine Tat vollbringt bzw. ein Werk schafft (schöpferische Werte),
2. durch emotional bedeutsame Erfahrungen in der Begegnung mit Menschen und der Natur, indem jemand Liebe, Schönheit, Genuss erlebt (Erlebniswerte) sowie
3. in der Konfrontation mit unausweichlichem Leiden und Schicksalsschlägen, indem jemand Verluste und Leiden annimmt und Leidensfähigkeit entwickelt (Einstellungswerte).

Frankl betont, dass sich gerade scheinbar ausschließlich negative Situationen mittel- und langfristige Chance zur inneren Reifung und zu größerer innerer Freiheit erweisen können.

Die genannten drei Modelle psychischer Gesundheit unterscheiden sich deutlich durch unterschiedliche Akzentsetzungen in dem jeweiligen Bild eines psychisch gesunden Menschen, das von ihnen

entworfen wird. Sie schließen sich jedoch nicht prinzipiell gegenseitig aus. Auch darf nicht übersehen werden, dass bei aller Unterschiedlichkeit doch auch ein breiter Fundus an Gemeinsamkeiten existiert. Becker (1982) unterscheidet zwei modellübergreifende Kriterien, die von allen Theoretikern geteilt werden: »Produktivität« und »Liebesfähigkeit«. Diese gehen auf S. Freud zurück, der einst auf die Frage, was seiner Meinung nach ein normaler Mensch können müsse, die knappe und etwas brummige Antwort: »Lieben und arbeiten« gegeben haben soll.

Es ist darüber hinaus durchaus denkbar, dass die drei genannten Gesundheitsmodelle darauf verweisen, dass es nicht nur die Gesundheit, sondern vielmehr mehrere Gesundheitsformen gibt, d. h. individuell verschiedene Formen und Wege, in bzw. auf denen sich Gesundheit realisiert, so wie sich auch Krankheit jeweils in spezifischen Krankheiten manifestiert. Nicht nur die Bedeutung einzelner Ressourcen für die Gesundheit ist von Mensch zu Mensch möglicherweise verschieden, sondern diese kann sich auch im Laufe einer individuellen Biografie verändern. Für den jungen Menschen z. B. stellen Selbstverwirklichung und Entwicklung von Autonomie, im mittleren Erwachsenenalter Kompetenzen zur Bewältigung beruflicher und familiärer Anforderungen und im höheren Alter Sinnfindung und Transzendenz die jeweils zentralen Bedingungen für die Gesundheit dar.

Das Gesundheitsverständnis, das dem vorliegenden Gesundheitsförderungsprogramm »Gelassen und sicher im Stress« zugrunde gelegt ist, weist die größte Affinität zu dem Regulationskompetenzmodell der Gesundheit auf. Es will Gesundheit fördern, indem Kompetenzen zur instrumentellen, mentalen und regenerativen Bewältigung alltäglicher Belastungen gestärkt werden. Dies schließt aber durchaus auch Aspekte des Selbstaktualisierungsmodells mit ein, z. B. dann, wenn es darum geht, Belastungen durch eine selbstsichere Vertretung eigener Interessen und Bedürfnisse oder durch eine autonome Gewichtung von Aufgaben und das selbstbestimmte Setzen von Prioritäten zu bewältigen. Auch Sinnfragen werden thematisiert, zumindest soweit diese den konkreten Sinn alltäglichen Handelns vor dem Hintergrund persönlicher Werte und Ziele und nicht den »letzten« Sinn menschlicher Existenz betreffen.

In dem vorliegenden Gesundheitsförderungsprogramm »Gelassen und sicher im Stress« wird Gesundheit als umfassendes psychophysisches Wohlbefinden verstanden, das nicht als ein einmal erreichter Zustand gegeben ist, sondern in einem ständigen Prozess der Auseinandersetzung mit unterschiedlichsten alltäglichen Lebenssituationen immer wieder neu hergestellt und aufrechterhalten wird. Um Wohlbefinden zu erlangen ist es hierbei notwendig, dass der einzelne Mensch hinreichende Kompetenzen besitzt, um verschiedenste Anforderungen zu meistern oder zu verändern, dass er eigene Wünsche und Bedürfnisse wahrnehmen und verwirklichen und sein alltägliches Leben als sinnvoll erfahren kann.

1.3 Gefahren und Irrwege der Gesundheitsförderung

Niemand wird heute ernsthaft die Notwendigkeit und den Sinn von Gesundheitsförderung bestreiten. Und so ist es erfreulich, dass Gesundheit in der öffentlichen Meinung ein »In-Thema« ist. Über die Medien wird eine Flut von Informationen und Ratschlägen für eine gesunde Lebensführung verbreitet. Gesundheits- und Fitnessstudios sprießen allerorten aus dem Boden, Volkshochschulen und Krankenkassen bieten ein breit gefächertes Angebot von Gesundheitskursen an, immer mehr, v. a. größere Betriebe entdecken die Gesundheit ihrer Mitarbeiter als wichtigen Faktor für die Zufriedenheit und Produktivität. Anti-Aging, Lifestyle-Medizin und Wellness sind Schlagworte, unter denen sich ein schnell wachsender Markt von Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen entwickelt. Abgesehen davon, dass der gesundheitliche Nutzen mancher der eingesetzten Maßnahmen und Methoden noch nicht unter Beweis gestellt ist (was aber in jedem Falle zu fordern ist), muss man bei einigen Bestrebungen zur Gesundheitsförderung und deren Anbietern wie Nutzern allerdings den Eindruck gewinnen, dass hier über das Ziel hinausgeschossen wird. Der Medizinsoziologe Rohde (1992) kritisiert den »totalitären Anspruch« und einen mit diesem verbundenen »geradezu ferventen Enthu-

siasmus, der bei Anhängern der Gesundheitsbewegung (sic!) zu spüren ist« (Rohde 1992, S. 56). Er sieht die »Gefahr, dass die humanen Absichten von Gesundheitsförderung in einen inhumanen Gesundheitsdespotismus umschlagen könnten, der es selbstverständlich mit den Menschen oder gar der Menschheit nur gut meint« (Rohde 1992, S. 57). In ihrem Roman »Corpus Delicti« entwirft die deutsche Schriftstellerin Julia Zeh (2009) das Science-fiction-Szenario einer Gesundheitsdiktatur, in der Gesundheit zur ersten Bürgerpflicht geworden ist, deren Erfüllung überall, jederzeit und vollständig überwacht und kontrolliert wird.

Die Gefahr einer missbräuchlichen Verwendung der Idee der Gesundheitsförderung lässt sich meines Erachtens an einem falschen – verkürzten oder ideologisch überfrachteten – Gesundheitsbegriff festmachen. Am Schluss dieses Einleitungskapitels wird auf einige besonders ins Auge springende Varianten einer falschen »Gesundheitsideologie« aufmerksam gemacht und damit zugleich dem eigenen Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung gewissermaßen ex negativo zusätzlich Kontur verliehen.

Die »machbare« Gesundheit In einer an Leistungsfähigkeit und Funktionstüchtigkeit orientierten Gesellschaft gerät Gesundheit zur Aufgabe, zur Leistungsanforderung des Einzelnen. Wer diese Gesundheitsleistung nicht erbringt, ist ein Versager. »Gesund = erfolgreich« lautet die simple Formel. Das Leitbild ist der körperlich fitte, dynamische, psychisch stabile und natürlich immer junge Mensch. Die Gefahren eines solchen eindimensionalen Gesundheitsbegriffs sind offensichtlich: Krankheit, Leiden, Behinderung und auch Alter, Sterben und Tod als inhärente Bestandteile menschlicher Existenz werden ausgegrenzt und in das gesellschaftliche Abseits gestellt.

Gesundheit als ethisch-moralische Norm Hier wird Gesundheit zur moralischen Pflicht des Einzelnen. Der gesunde Mensch ist der – im moralischen Sinne – gute Mensch. Krankheit ist Ausdruck des Bösen, der Kranke wird aufgrund einer schwachen Selbstdisziplin, eines ausschweifenden Lebenswandels, sexueller Abweichungen etc. als moralisch minderwertig geächtet. Dass eine solche

mittelalterlich anmutende Auffassung auch heute noch wirksam ist, lässt sich am offen oder latent stigmatisierenden und diskriminierenden Umgang z. B. mit Aidskranken, psychisch Kranken und auch übergewichtigen Menschen (vgl. z. B. Hebebrand 2008; Schorb 2009) ablesen.

Gesundheit als Sinneratz Wir leben in einer weniger nach Bindungen als nach Optionen strebenden Gesellschaft, in einer immer komplexer werdenden Gesellschaft, in der sogenannte »schwache Bindungen« insbesondere in der Arbeitswelt an Bedeutung gewonnen und sogenannte »starke Bindungen« zu Familie und Verwandtschaft erheblich an Stabilität und Kontinuität verloren haben (Badura 1992, S. 50). Die Auflösung traditionsbestimmter Lebenszusammenhänge und gesellschaftlich vermittelter Sinn- und Wertstrukturen birgt nicht nur die Möglichkeit eines selbstbestimmten Lebens als Chance, sondern bewirkt – gewissermaßen als Schattenseite – auch zunehmende Gefühle existenzieller Vereinsamung und die Konfrontation mit der Notwendigkeit eines individuell zu bestimmenden Lebenssinnes (Göpel 1992). Die Beschäftigung mit der eigenen Gesundheit kann hier als Ausweg aus individuellen Sinnkrisen erscheinen. Das Bemühen um Gesundheit lässt sich vor diesem Hintergrund als Versuch der Bewältigung von starken Bedrohungsgefühlen angesichts der Endlichkeit individuellen Lebens, als »säkulare Bewältigungsform individueller und kollektiver Todesangst« (Göpel 1992, S. 35) verstehen. Der Gesundheitsbegriff wird hier mit »Heilserwartungen« überfrachtet, die nicht einzulösen sind. Gesundheit selbst kann nicht Lebenssinn sein, sondern bedarf vielmehr selbst der Sinngebung. In der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) heißt es:

- » ... ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel (zit. nach Franzkowiak u. Sabo 1993, S. 96).

Individualistisch-reduktionistischer Gesundheitsbegriff Im gegenwärtigen Gesundheitsboom wird Gesundheit überwiegend als eine rein private Angelegenheit des Einzelnen verstanden. Individuelles

Gesundheitsverhalten erscheint als der Schlüssel zur Gesundheit. Abgesehen von der impliziten omnipotenten Machbarkeitsidee wird unterstellt, dass das Individuum in seiner Lebensgestaltung, auch in ihren gesundheitsrelevanten Aspekten, völlig frei und damit eben auch persönlich verantwortlich sei (Schröder 2003). Ökologische, ökonomische und soziokulturelle Bedingungen, die die individuellen Lebenswelten und gesundheitsbezogenen Lebensstile prägen, werden dabei ignoriert. Ein solcher individualistisch-reduktionistischer Gesundheitsbegriff passt zwar sehr gut in die postmoderne individualisierte Gesellschaft, fällt aber hinter den Erkenntnisstand der v. a. sozialepidemiologischen Forschung zurück. Einkommen, Bildungsniveau und Beruf bedingen eine Ungleichheit in der Verfügbarkeit über Ressourcen, um Gesundheit zu erhalten und zu entwickeln, und in der Folge eine schichtspezifische Ungleichverteilung von Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken (z. B. Regulier u. Siegrist 2002).

Dehumanisierung von Leiden, soziale Ausgrenzung und moralische Ächtung von kranken und behinderten Menschen, ideologisch überhöhte Heilserwartungen an Gesundheit sowie ein individualistischer Reduktionismus sind die Gefahren einer missbräuchlichen Verwendung der Ideen der Gesundheitsförderung. Wer auf dem Feld der Gesundheitsförderung engagiert ist, darf seine Augen hiervor nicht verschließen, damit ihr ursprüngliches Anliegen nicht diskreditiert wird, das, wie es in der bereits erwähnten Ottawa-Charta der WHO heißt, darauf abzielt, »allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen« (zit. nach Franzkowiak u. Sabo 1993, S. 96). Hierzu möchte das Gesundheitsförderungsprogramm »Gelassen und sicher im Stress« einen Beitrag leisten.

Stress – was ist das eigentlich? Wissenschaftliche Stresskonzepte

Gert Kaluza

- 2.1 Ein einfaches Rahmenkonzept: die »Stress-Ampel« – 15**
- 2.2 Die biologische Perspektive: körperliche Stressreaktionen und die Folgen für die Gesundheit – 18**
 - 2.2.1 Stress als Abweichung von der Homöostase – 18
 - 2.2.2 Akute körperliche Stressreaktionen – 18
 - 2.2.3 Akuter Stress und Leistung – 20
 - 2.2.4 Stress entsteht im Gehirn: die neuronale Organisation der Stressreaktion – 21
 - 2.2.5 Die zwei Achsen der Stressreaktion: trockene und nasse Kommunikationswege – 23
 - 2.2.6 Stress formt das Gehirn: das zentrale Adaptationssyndrom – 25
 - 2.2.7 Stressreaktionen sind individuell: Individual- und Situationsspezifität von Stressreaktionen – 26
 - 2.2.8 Biologische Stressreaktionen und Bindung – 27
 - 2.2.9 Macht Stress krank? – Stressreaktionen und Gesundheit – 30
 - 2.2.10 Das Burn-out-Syndrom – 34
- 2.3 Die soziologische Perspektive: Formen und Merkmale von Stressoren – 36**
 - 2.3.1 Kritische Lebensereignisse – 37
 - 2.3.2 Arbeitsbelastungen – 38
 - 2.3.3 Alltagsbelastungen – 42
- 2.4 Die psychologische Perspektive: persönliche Motive, Einstellungen und Bewertungen als Stressverstärker – 43**
 - 2.4.1 Stress als wahrgenommene Diskrepanz zwischen Anforderungen und Kompetenzen: das transaktionale Stresskonzept – 43

- 2.4.2 Präkognitive Emotionen: Wenn Stressgefühle den Kognitionen vorausseilen – 47
- 2.4.3 Stressverschärfende Einstellungen: drei Wege zum Burn-out – 47
- 2.5 Die salutogenetische Perspektive: soziale und personale Ressourcen der Stressbewältigung – 51**
 - 2.5.1 Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung – 51
 - 2.5.2 Hält Optimismus gesund? – Salutogenität von Ergebniserwartungen – 53
 - 2.5.3 »I c h kann!« – Salutogenität von Kontrollüberzeugungen – 54
 - 2.5.4 »I c h k a n n!« – Salutogenität von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen – 55
 - 2.5.5 Kohärenz und Sinnerleben – 56
- 2.6 Integration: Anforderungs-Ressourcen-Modell – 58**

2.1 • Ein einfaches Rahmenkonzept: die »Stress-Ampel«

Der Stressbegriff hat seit mehr als 40 Jahren eine anhaltende Popularisierung erfahren wie kaum ein anderer Begriff aus den Humanwissenschaften. Vom Stress am Arbeitsplatz, in Schule und Kindergarten über den Leistungs-, Beziehungs- und Freizeitstress bis hin zum Stress im Krankenhaus, im Straßenverkehr und auch im Urlaub gibt es kaum einen Bereich alltäglichen Lebens, der nicht mit diesem Begriff assoziiert wird.

»Ich bin gestresst!« ist eine viel gehörte Antwort auf die Frage nach dem Befinden, »Das kommt vom Stress« eine häufige Erklärung für unterschiedlichste Beeinträchtigungen des körperlichen und seelischen Wohlbefindens.

Erfreulich an diesem geradezu inflationären Gebrauch des Stressbegriffs ist die darin zum Ausdruck kommende Bereitschaft vieler Menschen, Fragen ihrer Gesundheit bzw. Krankheit zunehmend in Zusammenhang mit ihrer persönlichen Lebenssituation und -gestaltung zu betrachten. Allerdings wird Stress oft zu einseitig als ein »äußeres Übel« (miss)verstanden, dem der einzelne Mensch gewissermaßen wie ein hilfloses Opfer ausgesetzt ist. Auch kann der Hinweis »Ich bin im Stress!« dazu dienen, eigenes Fehlverhalten sich selbst und anderen gegenüber zu entschuldigen und damit einer kritischen Auseinandersetzung mit sich und anderen aus dem Wege zu gehen. Nicht selten schließlich mischt sich in die Klage über ein Zuviel an Stress ein Unterton von Stolz mit ein. Hier wird Stress zu einem Zeichen der Wichtigkeit und Bedeutsamkeit der eigenen Person, zu einem Statussymbol, das Anerkennung von anderen verspricht.

Wie im populären Sprachgebrauch wird der Stressbegriff auch im gesundheitswissenschaftlichen Bereich häufig, jedoch schillernd und von verschiedenen Disziplinen in je unterschiedlicher Bedeutung benutzt.

Der Begriff Stress markiert hier ein interdisziplinäres Forschungsfeld, das sich – im weitesten Sinne – mit der Bedeutung sozioemotionaler Belastungserfahrungen für die körperliche und psychische Gesundheit befasst. In der medizinischen Forschung ist der Trend zu einer immer weitergehenden Spezialisierung ungebrochen. Das solchermaßen akkumulierte Detailwissen bedarf der fächerübergreifenden Integration, um das Verständ-

nis für die komplexen Prozesse und Bedingungen von Krankheit und Gesundheit zu befördern. Der Stressbegriff steht für ein solches interdisziplinäres Bemühen um eine bio-psycho-soziale Perspektive, die den ganzen Menschen als »Körper und Seele in einer Umgebung« in den Blick nimmt.

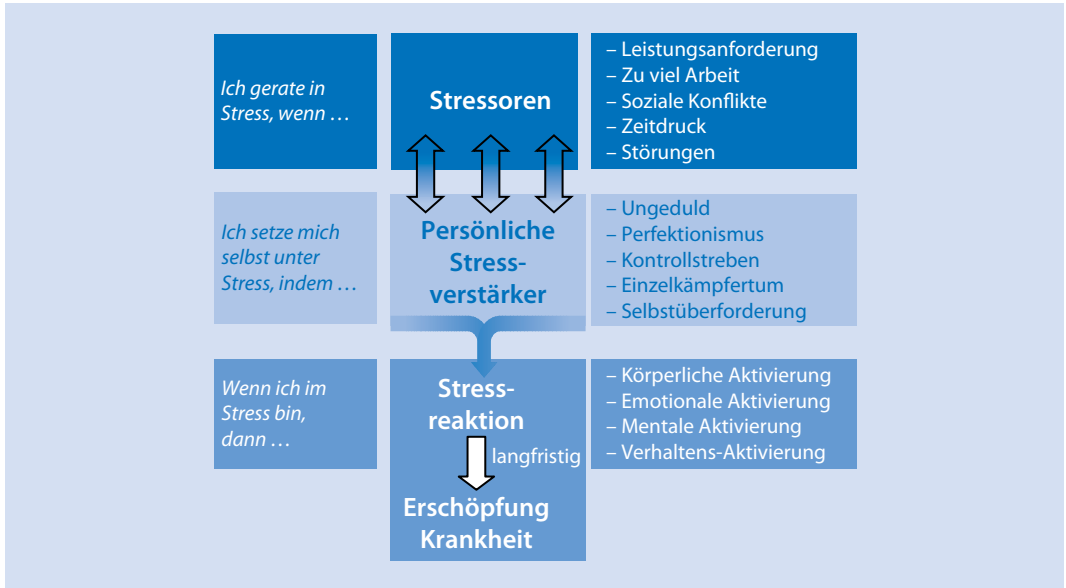
Im Folgenden wird das Stressverständnis geklärt, das dem vorliegenden Gesundheitsförderungsprogramm zugrunde liegt. Dabei werden zentrale Erkenntnisse der wissenschaftlichen Stressforschung aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen berücksichtigt:

- Die biomedizinische Stressforschung: Diese erforscht die komplexen körperlichen Antworten des Organismus auf psychosoziale Belastungen und deren Bedeutung für die Gesundheit (► Abschn. 2.2).
- Die sozialepidemiologische und (medizin-)soziologische Stressforschung: Diese untersucht die Qualität und Quantität von psychosozialen Belastungen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit (► Abschn. 2.3).
- Die psychologische Stressforschung: Diese befasst sich v.a. mit der kognitiven und emotionalen Verarbeitung von Belastungen und stellt individuelle Prozesse der Bewertung und Bewältigung als zentrale Mediatoren des Zusammenhangs zwischen psychosozialen Belastungen und Gesundheit dar (► Abschn. 2.4).
- Die salutogenetische Perspektive: Diese befasst sich mit sozialen und personalen gesundheitlichen Schutzfaktoren, auf die der Einzelne bei der Bewältigung von Belastungen als Ressourcen zurückgreifen kann (► Abschn. 2.5).

Für eine erste grundlegende Orientierung stelle ich zunächst ein einfaches 3-Ebenen-Modell von Stress (die sog. »Stress-Ampel«) vor, das einen strukturierenden Rahmen für die nachfolgenden detaillierteren Ausführungen geben soll.

2.1 Ein einfaches Rahmenkonzept: die »Stress-Ampel«

Bei einem aktuellen Stressgeschehen lassen sich grundsätzlich immer drei Aspekte oder Ebenen voneinander unterscheiden (■ Abb. 2.1):



■ **Abb. 2.1** Die drei Ebenen des Stressgeschehens (»Stress-Ampel«)

1. Die äußeren belastenden Bedingungen und Situationen, die **Stressoren** genannt werden.
2. Die körperlichen und psychischen Antworten des Organismus auf diese Belastungen, die als **Stressreaktionen** bezeichnet werden.
3. Individuelle Motive, Einstellungen und Bewertungen, mit denen das Individuum an die potenziell belastenden Situationen herangeht und die häufig mitentscheidend sind dafür, ob überhaupt und wie heftig Stressreaktionen in diesen Situationen auftreten. Diese persönlichen Motive, Einstellungen und Bewertungen stellen gewissermaßen die Bindeglieder zwischen den äußeren Belastungssituationen (den Stressoren) und den Stressreaktionen dar. Wir bezeichnen sie als **persönliche Stressverstärker**.

Als **Stressoren** werden alle die äußeren Anforderungsbedingungen bezeichnet, in deren Folge es zur Auslösung einer Stressreaktion kommt. Dabei kann es sich um inhaltlich völlig verschiedene Situationen wie etwa eine Naturkatastrophe, ein U-Bahn-Unglück, eine als ungerecht empfundene Beurteilung durch einen Vorgesetzten, ein überquellendes E-Mail-Postfach oder einen verlegten

Haustürschlüssel handeln. Weitere Beispiele für häufige Stressoren sind:

- physikalische Stressoren (Lärm, Hitze, Kälte, Nässe),
- körperliche Stressoren (Verletzung, Schmerz, Hunger, Behinderung),
- Leistungsstressoren (Zeitdruck, quantitative und/oder qualitative Überforderung, Prüfungen),
- soziale Stressoren (Konkurrenz, Isolation, zwischenmenschliche Konflikte, Trennung, Verlust).

Nähere Informationen zu Arten und Merkmalen von Stressoren in Form von kritischen Lebensereignissen, Arbeitsbelastungen und alltäglichen Belastungen finden sich in ► Abschn. 2.3.

Der Begriff der **Stressreaktion** bezeichnet zusammenfassend alle die Prozesse, die aufseiten der betroffenen Person als Antwort auf einen Stressor in Gang gesetzt werden. Diese Antworten können auf der körperlichen, auf der behavioralen und auf der kognitiv-emotionalen Ebene ablaufen.

Auf der **körperlichen Ebene** kommt es zu einer Vielzahl von Veränderungen, die insgesamt zu einer körperlichen Aktivierung und Energiemobilisie-

2.1 • Ein einfaches Rahmenkonzept: die »Stress-Ampel«

rung führen. Spürbar ist das z. B. an einem schnelleren Herzschlag, einer erhöhten Muskelspannung oder einer schnelleren Atmung. Wird diese Aktivierungsreaktion über längere Zeit aufrechterhalten, weil Belastungen anhalten oder immer wiederkehren, so führt dies zu Erschöpfungszuständen und u. U. zu negativen Folgen für die Gesundheit. Die körperlichen Stressreaktionen und ihre längerfristigen Auswirkungen auf die Gesundheit werden in ► Abschn. 2.2 ausführlich dargestellt.

Die **behaviorale Ebene** der Stressreaktion umfasst das sogenannte »offene« Verhalten, das von Außenstehenden beobachtbar ist: Also alles das, was die betreffende Person in einer belastenden Situation tut oder sagt. Häufige Stressverhaltensweisen sind z. B.:

- hastiges und ungeduldiges Verhalten, z. B. das Essen schnell hinunterschlingen, Pausen abkürzen oder ganz ausfallen lassen, schnell und abgehakt sprechen, andere unterbrechen;
- Betäubungsverhalten, z. B. mehr und unkontrolliert Rauchen, Essen oder Alkohol oder Kaffee trinken, Schmerz-, Beruhigungs- oder Aufputschmedikamente einnehmen;
- unkoordiniertes Arbeitsverhalten, z. B. mehrere Dinge gleichzeitig tun, »sich in die Arbeit stürzen«, mangelnde Planung, Übersicht und Ordnung, Dinge verlegen, verlieren oder vergessen;
- konfliktreicher Umgang mit anderen Menschen, z. B. aggressives, gereiztes Verhalten gegenüber Familienangehörigen, häufige Meinungsverschiedenheiten um Kleinigkeiten, anderen Vorwürfe machen, schnelles »aus der Haut fahren«.

Die **kognitiv-emotionale Ebene** der Stressreaktion umfasst das sogenannte »verdeckte« Verhalten, intrapsychische Vorgänge, die für Außenstehende nicht direkt sichtbar sind. Also alle Gedanken und Gefühle, die bei der betroffenen Person in einer belastenden Situation ausgelöst werden können. Häufige kognitiv-emotionale Stressreaktionen sind z. B.:

- Gefühle der inneren Unruhe, der Nervosität und des Geheztzseins,
- Gefühle der Unzufriedenheit und des Ärgers,
- Angst, z. B. zu versagen, sich zu blamieren,
- Gefühle und Gedanken der Hilflosigkeit,

- Selbstvorwürfe,
- kreisende, »grüblerische« Gedanken,
- Leere im Kopf (»black out«),
- Denkblockaden, Konzentrationsmängel,
- »Tunnelblick«.

Oft schaukeln sich die körperlichen, behavioralen und kognitiv-emotionalen Stressreaktionen wechselseitig auf, sodass es zu einer Verstärkung oder Verlängerung der Stressreaktionen kommt. Es kann sich ein regelrechter Teufelskreis entwickeln. Durch z. B. unkontrolliertes Ausagieren des Ärgers (»Ärger über den Ärger«), durch Angst vor den körperlichen Stresssymptomen (»Angst vor der Angst«) oder Hadern mit der Situation steigert man sich immer weiter in die stressbedingte Erregung hinein. Bei einer solchen gewissermaßen sekundären Aufschaukelung von Stressreaktionen spricht man auch von Symptomstress (»Stress wegen Stress«). Aber auch eine günstige gegenseitige Beeinflussung im Sinne einer Dämpfung von Stressreaktionen ist möglich. Beispielsweise kann durch einen Abbau körperlicher Stressreaktionen (z. B. durch eine Entspannungsübung oder durch Sport) auch eine kognitive und emotionale Beruhigung eingeleitet werden. Wie umgekehrt auch z. B. durch ein emotional entlastendes Gespräch oder eine annehmende Grundhaltung gegenüber dem aktuellen Stressgeschehen körperliche Erregung reduziert werden kann.

Individuelle Stressverstärker in Form von persönlichen Motiven, Einstellungen und Bewertungen tragen dazu bei, dass Stressreaktionen ausgelöst oder verstärkt werden. Sie stellen gewissermaßen den »eigenen Anteil« des Betroffenen am Stressgeschehen dar.

Ein ausgeprägtes Profilierungsstreben, Perfektionsstreben und besonders auch die Unfähigkeit, eigene Leistungsgrenzen zu akzeptieren, sind Beispiele für solche persönlichen Stressverstärker. Die Vorstellung, selbst unentbehrlich zu sein, sowie eine »Einzelkämpfer-Mentalität«, die es nicht erlaubt, Unterstützung von anderen anzunehmen, kommen vielfach stressverschärfend hinzu. Häufig wird Stress auch gebraucht, um unangenehmen seelischen Wirklichkeiten, die man nicht wahrhaben will, aus dem Wege zu gehen. Man setzt sich unter Druck, um innere Leere, depressive Verstär-

mungen, Gefühle von Sinnlosigkeit und Einsamkeit nicht aufkommen zu lassen. Stress wird so gewissermaßen ein Mittel zur Flucht vor sich selbst. Die Bedeutung individueller Einstellungen und Bewertungen wird in ► Abschn. 2.4 näher dargestellt.

Für ein Verständnis des Stressgeschehens ist die in der »Stress-Ampel« vorgenommene Differenzierung zwischen den äußeren Stressoren, den persönlichen, »inneren« Stressverstärkern und den Stressreaktionen zentral. Im Rahmen des hier vorgestellten Gesundheitsförderungsprogramms bietet sie eine einfache, klare Struktur für die Reflexion individueller Stresserfahrungen und dient als Rational für wesentliche Ansatzpunkte zur individuellen Stressbewältigung, das den Teilnehmern gleich zu Beginn vermittelt wird.

2.2 Die biologische Perspektive: körperliche Stressreaktionen und die Folgen für die Gesundheit

2.2.1 Stress als Abweichung von der Homöostase

Aus biologischer Sicht bezeichnet der Stressbegriff einen psychophysischen Zustand, bei dem Abweichungen von der Homöostase vorliegen, die durch die verfügbaren, routinemäßigen Reaktionen nicht kompensiert werden können. Bereits vor mehr als einem Jahrhundert hat der französische Physiologe Claude Bernard beschrieben, dass Organismen danach streben, ein konstantes »inneres Milieu« aufrechtzuerhalten. Cannon (1929) prägte hierfür den Begriff der Homöostase. Die Offenheit aller lebenden Systeme macht ihre innere Ordnung allerdings störanfällig für Änderungen ihrer Außenwelt. Im Energieaustausch mit der Umwelt versucht der Organismus daher, Sollwerte seiner physiologischen Systeme durch beständige Anpassungsprozesse einzuhalten. Dies geschieht mittels endokriner und autonom-nervöser Steuerungsvorgänge in Form von Regelkreisen, bei denen der Istwert fortlaufend

mit dem Sollwert verglichen und bei Abweichungen dem Sollwert durch geeignete Systemveränderungen angeglichen wird.

Bedingt durch die zeitliche Dauer der neuroendokrinen Regulationsabläufe, werden Abweichungen des Istwertes vom Sollwert innerhalb einer gewissen Schwankungsbreite toleriert. Es handelt sich also um ein Fließgleichgewicht, bei dem die Istwerte beständig um den Sollwert schwanken. Diese homöostatische Selbstregulation funktioniert, solange die äußeren Lebensbedingungen weitgehend konstant bleiben bzw. solange der Organismus in einer weitgehend unveränderlichen Lebensumwelt verharrt. Große Ist-Soll-Diskrepanzen, hervorgerufen durch starke, plötzliche oder neuartige Störungen in der Umwelt oder vom Organismus selbst durch das Aufsuchen neuer Reizumgebungen (Neugierverhalten) aktiv herbeigeführt, können durch die verfügbaren routinemäßigen Reaktionen nicht kompensiert werden. Wenn sie eintreten, kommt es zur Aktivierung einer unspezifischen »Notfallreaktion« (Cannon 1929). Diese wird als Stressreaktion bezeichnet; die Reize, die die Abweichungen von der Homöostase bewirken, nennt man Stressoren. In evolutionsbiologischer Sicht stellte die Entwicklung der Stressreaktion besonders für solche Lebewesen, die bewegungsfähig und damit in der Lage waren, ihre Umwelten zu wechseln, einen Überlebensvorteil dar. Im Unterschied zu Lebewesen mit starren Verhaltensprogrammen (Instinkten), die bei unvorhersehbaren Situationen versagten, ermöglichte die Stressreaktion als ein unspezifisches Aktivierungsprogramm eine flexible Bewältigung unterschiedlichster Gefahrensituationen (Hüther 1997).

2.2.2 Akute körperliche Stressreaktionen

Das biologische Stressprogramm umfasst eine Vielzahl von neurohumoralen und vegetativ-physiologischen Prozessen, die insgesamt zu einer körperlichen Aktivierung und Energiemobilisierung führen. Der österreichisch-kanadische Mediziner und Biochemiker Hans Selye, der heute als Vater der modernen Stressforschung gilt, war der erste, der die körperliche Stressreaktion systematisch untersucht hat. Er bezeichnete diese als Allgemeines



■ **Abb. 2.2** Akute körperliche Stressreaktionen

Anpassungssyndrom (AAS; Selye, 1936, 1981). Damit sollte zum Ausdruck gebracht werden, dass es sich um eine unspezifische Reaktion eines Organismus auf jedwede Art von Belastung handelt, die der Anpassung des Organismus an diese Belastungen dient.

Die wichtigsten körperlichen Auswirkungen einer akuten Aktivierung dieses biologischen Stressprogrammes sind (■ Abb. 2.2):

- **Gehirn:** Die Gehirndurchblutung wird gesteigert. Das Gehirn ist wach, die Sinnesorgane sind nach außen gerichtet, um neue Informationen aus der Umgebung blitzschnell aufnehmen und verarbeiten zu können. Gleichzeitig ist der Zugang zu Gedächtnisinhalten blockiert.
- **Atmung:** Die Bronchien erweitern sich und die Atmung wird schneller und flacher, Brustatmung dominiert über Zwerchfellatmung. Der Schwerpunkt der Atmung wird auf das Einatmen gelegt, während die Ausatmung weniger tief ist. Dies führt zu einer gesteigerten Sauerstoffaufnahme.
- **Herz-Kreislauf:** Das Herz wird besser durchblutet und leistungsfähiger. Die Herzschlagrate steigt an. Auch der Blutdruck steigt. Die Blutgefäße des Herzens, des Gehirns (»roter Kopf«) und der großen Arbeitsmuskeln wer-

den weiter gestellt. Gleichzeitig verengen sich Blutgefäße der Haut, der Körperperipherie (»kalte Hände und Füße«) und des Verdauungstraktes. Es kommt somit zu einer Umverteilung des Blutes mit dem Ergebnis einer verbesserten Durchblutung und Energieversorgung von Herz, Gehirn und Muskeln.

- **Muskulatur:** Die Durchblutung der Skelettmuskulatur wird verbessert und damit die Versorgung mit Sauerstoff und Energie in Form von Fetten zur Verbrennung in den Muskeln sichergestellt. Die Muskelspannung ist erhöht, besonders die der Schulter-, Nacken- und Rückenmuskulatur. Oft wird instinktiv der Schultergürtel zum Schutz des empfindlichen Halses hochgezogen. Die Bauchdecke ist eher angespannt, um die Eingeweide zu schützen. Die motorischen Reflexe sind verbessert. Der Körper bereitet sich auf Muskelarbeit vor.
- **Stoffwechsel:** Zuckerreserven aus der Leber werden vermehrt in das Blut abgegeben (Glukoneogenese) und zum Verbrauch besonders für das Gehirn bereitgestellt. Fettsäuren aus den Fettvorräten des Körpers werden freigesetzt (Lipolyse) und zur Verbrennung in den Muskeln ins Blut abgegeben.

- 2
- Verdauungstätigkeit: Die Durchblutung von Magen und Darm wird gehemmt. Die Verdauungstätigkeit wird gedrosselt. Der Speichelfluss ist reduziert (»trockener Mund«). Der Organismus stellt sich auf eine katabole Stoffwechsellage, d. h. auf Energieverbrauch ein.
 - Sexualität: Das sexuelle Verlangen (Libido) ist gehemmt. Die Freisetzung von Sexualhormonen wird reduziert. Auch die Genitalorgane werden weniger durchblutet. Die Hoden des Mannes produzieren weniger Spermien. Insgesamt ist unter Stress die Ansprechbarkeit auf sexuelle Reize eingeschränkt.
 - Haut: Energieproduktion erzeugt Wärme, die durch Verdunstung von Körperwasser nach außen abgegeben wird. Dazu werden die Schweißdrüsen der Haut sehr schnell aktiviert und wir schwitzen. Typische Stellen dafür sind die Hände oder die Achseln.
 - Immunsystem: Unter akuter Stressbelastung kommt es zu einem Anstieg der natürlichen Killerzellen im Blut. Dadurch können Fremdkörper, die beispielsweise über offene Wunden in die Blutbahn gelangt sind, schnell erkannt und unschädlich gemacht werden. Aber bereits nach 30–60 Minuten werden die Immunfunktionen wieder gedrosselt, um überschießende Immunreaktionen in Form von allergischen Reaktionen zu verhindern und Entzündungsreaktionen zu dämpfen.
 - Schmerz: Durch die vermehrte Ausschüttung von körpereigenen Schmerzhemmstoffen, den Endorphinen, kommt es zu einer verminderten Schmerzempfindlichkeit bis hin zur sogenannten Stress-Analgesie, d. h. einer weitgehenden Unempfindlichkeit gegenüber schmerzhaften Reizen. Da die Endorphinspeicher jedoch begrenzt sind, hält diese schmerzhemmende Wirkung nur kurze Zeit an. Bei länger andauernden Stressepisoden kommt es daher zu einer verminderten Schmerztoleranz, d. h. einer erhöhten Schmerzempfindlichkeit.

Die akute körperliche Stressreaktion bereitet den Organismus innerhalb kürzester Zeit in optimaler Weise darauf vor, einer drohenden Gefahr durch eine große motorische Aktion, durch eine Kampf- oder Fluchtreaktion, zu begegnen. Diejenigen

körperlichen Funktionen, die für die Ausführung einer derartigen körperlichen Bewältigungsreaktion notwendig sind, werden angeregt (Atmung, Herz-Kreislauf, Energiebereitstellung), während die eher regenerativen und reproduktiven Körperfunktionen (Verdauung und Energiespeicherung, Sexualität, Fortpflanzung, Wachstum), die für die kurzfristige Auseinandersetzung mit einer akuten Gefahr weniger wichtig sind, gedrosselt werden.

2.2.3 Akuter Stress und Leistung

Das biologische Stressprogramm ist evolutionsbiologisch betrachtet höchst sinnvoll, ermöglicht es als ein unspezifisches Gefahrenbewältigungsprogramm doch eine blitzschnelle Vorbereitung des Organismus auf eine bevorstehende körperliche Auseinandersetzung mit unterschiedlichsten als gefahrvoll eingeschätzten Situationen. Die Aktivierung dieses Programms kann auch für den heutigen Menschen in all den Situationen durchaus sinnvoll sein, in denen es auf eine schnelle körperliche Reaktion ankommt. Die akute Stressreaktion stellt auch nicht – dies sei bereits hier betont – ein gesundheitliches Risiko dar, allerdings erweist sie sich in vielen insbesondere leistungsbezogenen Anforderungssituationen, mit denen heutige Menschen konfrontiert sind, als wenig funktional, insofern als die stressbedingte körperliche und emotionale Aktivierung eine konstruktive Bewältigung dieser Anforderung nicht unterstützt, sondern häufig eher behindert.

In der Psychologie wird seit Langem ausgehend von dem bereits im Jahre 1908 publizierten sogenannten Yerkes-Dodson-Gesetz (Yerkes u. Dodson 1908) der Zusammenhang zwischen Aktivierungsniveau und Leistung untersucht. Dabei zeigte sich, dass dieser Zusammenhang nicht linear, sondern umgekehrt u-förmig ist (■ Abb. 2.3): Zunächst steigt die Leistung mit zunehmender Aktivierung an, aktiviert aber im unteren Bereich noch nicht die volle Leistung. Nimmt die Aktivierung dann weiter zu, erreicht die Person bei mittlerer Aktivierung das maximale Leistungsniveau, während sich die Leistung bis hin zu einem möglichen vollständigen Leistungsverlust bei maximaler Aktivierung wieder verschlechtert. Es gibt somit einen Bereich von in