

Psychotherapie: Praxis

Gert Kaluza

Stress- bewältigung

Das Manual zur psychologischen
Gesundheitsförderung

5. Auflage

MOREMEDIA



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

Das Manual zur psychologischen Gesundheitsförderung

5., vollst. überarb. Auflage

Gert Kaluza
GKM-Institut für Gesundheitspsychologie
Marburg, Deutschland

ISSN 2570-3285 ISSN 2570-3293 (electronic)
Psychotherapie: Praxis
ISBN 978-3-662-67109-2 ISBN 978-3-662-67110-8 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-67110-8>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2004, 2011, 2015, 2018, 2023
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 allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.
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. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Monika Radecki
Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort zur 5., vollständig überarbeiteten Auflage

Dieses Buch wendet sich an alle, die beruflich in der psychologischen Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation engagiert sind. Es stellt in komprimierter Form Erkenntnisse und Erfahrungen aus meiner bald 40jährigen Tätigkeit als Wissenschaftler und Praktiker in diesem Feld dar. Die Anfänge des hier vorgestellten Gesundheitsförderungsprogramms reichen bis in die 1980er-Jahre zurück. Als junger Diplom-Psychologe erhielt ich damals die Chance, im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ein Stresspräventionsprogramm inhaltlich zu konzipieren und zu evaluieren. Das war zu der Zeit – zumindest für den deutschsprachigen Raum – ganz neu. Die 1. Auflage des noch recht schmalen Manuals für Kursleitende erschien dann 1991 bereits im Springer Verlag, und weder der Verlag noch ich haben mit der großen Akzeptanz gerechnet, die das Programm seitdem erfahren hat. So kam es, dass in den folgenden Jahren mehrere erweiterte Auflagen des immer umfangreicher werdenden Manuals erscheinen konnten.

Für die hier vorliegende 5. Auflage habe ich die Darstellung der wissenschaftlichen Grundlagen, wo nötig, aktualisiert, auch etwas gestrafft und präzisiert. Ich hoffe, der Text ist dadurch verständlicher und besser lesbar geworden. Entscheidende Erkenntnisfortschritte hat es in der wissenschaftlichen Stressforschung, soweit ich sehe, seit Erscheinen der letzten Auflage nicht wirklich gegeben, sodass hier kein grundsätzlicher Revisionsbedarf bestand. Eine gründliche Überarbeitung hat der Praxisteil erfahren. Hier habe ich meine eigenen praktischen Erfahrungen der letzten Jahre sowie zahlreiche Rückmeldungen aus dem Kollegenkreis einfließen lassen in Form von vielen zusätzlichen didaktischen Vorschlägen, Hinweisen zum Umgang mit häufig auftretenden Schwierigkeiten, genaueren Übungsanleitungen und auch neuen Übungen. Dies alles mit einem Ziel, nämlich die Anwendung in der Praxis zu erleichtern. Ich habe die Hoffnung, dass auch die Leserinnen und Leser, die bereits die früheren Auflagen kennen, daraus einen zusätzlichen Nutzen für ihre praktische Arbeit ziehen werden.

In meinem Verständnis stellt das Manual in seiner jetzigen Form weniger ein starres Kursprogramm vor als mehr einen variablen Baukasten, der aus mehreren Interventionsbausätzen mit vielen kleinen und größeren Bausteinen besteht. Für bestimmte Zielgruppen, Settings und Durchführungsformate kann hieraus jeweils ein konkretes Gesundheitsförderungsprogramm zusammengestellt werden kann. So wird ein hohes Maß an Flexibilität in der inhaltlichen Kursgestaltung ermöglicht.

Mehrere Durchführungsvarianten des Gesundheitsförderungsprogramms (12-Wochenprogramm, 8-Wochen-Programm, 2-Tages-Blockprogramm sowie auch eine Online-Variante mit 4 jeweils dreistündigen Kurseinheiten) sind durch die Zentrale Prüfstelle Prävention (ZPP) in Deutschland als förderungswürdiges Präventionskonzept nach § 20 SGB V zertifiziert. Das bedeutet, dass gesetzlich krankenversicherte Personen von ihrer Krankenkasse einen Zuschuss zur Teilnahmegebühr erhalten können. Auch Unternehmen, die das Programm ihren Beschäftigten im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anbieten wollen, können hierfür eine finanzielle Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen erhalten.

Für alle, die einen ZPP-zertifizierten Kurs anbieten möchten, ist die vorherige Teilnahme an einer Kursleiterschulung obligatorisch. Diese wird exklusiv vom GKM-Institut für Gesundheitspsychologie (► www.gkm-institut.de) angeboten, das ich in 2002 gegründet und bis 2021 selbst geleitet habe. Im Jahr 2022 hat Prof. Dr. Silke Surma mit viel Elan die Leitung des GKM-Instituts übernommen. Das war und ist für mich ein Glücksfall, denn dadurch öffneten sich mir Freiräume, um u. a. die Überarbeitung dieses Manuals voranzubringen.

Neben dem Manual für die Professionals liegt für interessierte Laien ein gut verständliches, praxisorientiertes Buch unter dem Titel „Gelassen und sicher im Stress – Das Stresskompetenz-Buch“ vor, das in diesem Jahr in überarbeiteter Fassung in dann bereits 8. Auflage ebenfalls im Springer Verlag erscheint. Es enthält auch alle Materialien, Arbeitsblätter und Übungsanleitungen und eignet sich so für Teilnehmende an dem Gesundheitsförderungsprogramm hervorragend als Begleitlektüre.

Deutschsprachige Autoren sind immer der Frage konfrontiert, wie sie es mit einer genderneutralen Sprache halten. Statt immer beide Geschlechter zu nennen (z. B. „die Kursleiterin und der Kursleiter“, „die Kursteilnehmerinnen und die Kursteilnehmer“), was nach meinem Empfinden Sprachfluss und Sprachästhetik stört, wechsele ich systematisch und konsequent von Kapitel zu Kapitel das benutzte grammatikalische Geschlecht: „der Kursleiter“ und „die Teilnehmerin“ in einem Kapitel, „die Kursleiterin“ und „der Teilnehmer“ im nächsten Kapitel und so weiter. Dabei ist das jeweils andere Geschlecht natürlich immer mitgemeint. Ich bin gespannt auf die Resonanz auf diesen zugegeben etwas unkonventionellen Umgang mit diesem Thema.

Zahlreiche Menschen haben die Entwicklung des Manuals über die vielen Jahre begleitet und wesentlich zu dessen Erfolg beigetragen. Sie alle hier namentlich zu nennen, würde den Rahmen sprengen und wäre mir auch wohl kaum mehr möglich. Erwähnen möchte ich aus den Anfangsjahren meinen damaligen Chef und Leiter des Instituts für Medizinische Psychologie an der Universität Marburg, Prof. Dr. Dr. Heinz-Dieter Basler. Er hat mir seiner Zeit überhaupt den Anstoß für eine Beschäftigung mit dem „Stressthema“ gegeben und mich über viele Jahre besonders bei der Durchführung der wissenschaftlichen Evaluationsstudien großzügig unterstützt. Von Anfang an dabei war auch mein Freund aus Studienzeiten Diplom-Psychologe Josef Schmitz. In intensiven Gesprächen konnte ich immer wieder von seiner profunden psychotherapeutischen Erfahrung profitieren. Wertvolle Anregungen und Rückmeldungen verdanke ich auch den Trainerinnen und Trainern des GKM-Instituts. Für die hier vorliegende 5. Auflage gilt mein Dank insbesondere Diplom-Psychologe Bernhard Broekman und Diplom-Psychologin Melanie Kaczerowski.

Auch dem Springer Verlag bin ich dankbar für die langjährige Zusammenarbeit und die Bereitschaft, beide Werke, Manual wie Ratgeber, immer wieder neu aufzuliegen. Das ist keinesfalls selbstverständlich. Für diese Auflage habe ich wieder kom-

petente Unterstützung erfahren durch Monika Radecki und Hiltrud Wilbertz. Ich danke beiden für die stets angenehme, motivierende Zusammenarbeit über viele Jahre.

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

Gert Kaluza

Marburg, Deutschland

im Juni 2023

Inhaltsverzeichnis

I Grundlagen

1	Gesundheitsförderung durch Stressbewältigung	3
1.1	Von der Prävention zur Gesundheitsförderung.....	4
1.2	Gesundheit fördern – aber welche?.....	8
1.3	Gefahren und Irrwege der Gesundheitsförderung.....	11
	Literatur	13
2	Stress – was ist das eigentlich? Wissenschaftliche Stresskonzepte	15
2.1	Ein einfaches Rahmenkonzept: die „Stress-Ampel“	18
2.2	Die biologische Perspektive: körperliche Stressreaktionen und die Folgen für die Gesundheit	21
2.2.1	Stress als Abweichung von der Homöostase.....	21
2.2.2	Akute körperliche Stressreaktionen	22
2.2.3	Exkurs: Akuter Stress und Leistung.....	25
2.2.4	Stress entsteht im Gehirn: die neuronale Organisation der Stressreaktion.....	26
2.2.5	Die zwei Achsen der Stressreaktion: trockene und nasse Kommunikationswege.....	29
2.2.6	Stress formt das Gehirn: das zentrale Adaptationssyndrom	31
2.2.7	Macht Stress krank? – Stressreaktionen und Gesundheit	32
2.3	Die soziologische Perspektive: Formen und Merkmale von Stressoren	37
2.3.1	Kritische Lebensereignisse	38
2.3.2	Arbeitsbelastungen.....	39
2.3.3	Alltagsbelastungen	43
2.4	Die psychologische Perspektive: individuelle Bewertungen, Motive und Erfahrungen	45
2.4.1	Stress als wahrgenommene Diskrepanz zwischen Anforderungen und Kompetenzen: das transaktionale Stresskonzept	45
2.4.2	Primäre Bewertung: Bedrohung, Verlust oder Herausforderung?	46
2.4.3	Sekundäre Bewertung: Kann ich oder kann ich nicht?.....	46
2.4.4	Bewertung von Stresssymptomen: Symptomstress	47
2.4.5	Psychologische Sollwerte: Wie wichtig ist das für mich?.....	48
2.4.6	Frühe und aktuelle Bindungserfahrungen	50
2.4.7	Das Burnout-Syndrom.....	52
2.5	Die salutogenetische Perspektive: soziale und personale Ressourcen der Stressbewältigung	59
2.5.1	Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung.....	60
2.5.2	Hält Optimismus gesund? – Salutogenität von Ergebniserwartungen	63
2.5.3	„Ich kann!“ – Salutogenität von Kontrollüberzeugungen	64
2.5.4	„Ich kann!“ – Salutogenität von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen.....	66
2.5.5	Kohärenz und Sinnerleben	67
2.6	Integration: Anforderungs- Ressourcen-Modell	70
	Literatur	71

3	Stressbewältigung und Stressmanagement	77
3.1	Drei Hauptwege zur individuellen Stressbewältigung	78
3.1.1	Instrumentelle Stressbewältigung.....	79
3.1.2	Mentale Stressbewältigung.....	80
3.1.3	Regenerative Stressbewältigung	81
3.2	Was ist effektive Bewältigung? – Differenzielle Effektivität einzelner Formen der Bewältigung	82
3.3	Strukturelles Stressmanagement	85
	Literatur	88
4	Das Gesundheitsförderungsprogramm „Gelassen und sicher im Stress“	89
4.1	Ziele und Zielgruppen.....	90
4.2	Inhaltlicher Aufbau und Module.....	92
4.3	Durchführungsformate.....	95
4.4	Methodisch-konzeptionelle Merkmale	96
4.5	Funktionen der Gruppe.....	99
4.6	Exemplarischer Aufbau eines 12-Wochen-Programms.....	101
	Literatur	104
II	Praxis	
5	Einstiegsmodul: Den Anfang gestalten	107
5.1	Ankommen und Kennenlernen.....	108
5.2	Stress – was ist das eigentlich? Informationen für Teilnehmende	110
5.3	Gruppenarbeit: Meine Kompetenzen zur Stressbewältigung.....	113
5.4	Klären von Erwartungen und Befürchtungen.....	115
	Literatur	117
6	Trainingsmodul 1: Entspannen und loslassen – das Entspannungstraining	119
6.1	Ziele	120
6.2	Methode: Progressive Relaxation	121
6.2.1	Theoretische Grundannahmen.....	122
6.2.2	Grundprinzip der Progressiven Relaxation	122
6.2.3	Ablauf.....	123
6.3	Praktische Durchführung im Kurs	124
6.3.1	Einführung der Langform	124
6.3.2	Besprechen der Übungserfahrungen und Umgang mit Störungen	132
6.3.3	Verkürzung der Entspannungsübung.....	137
6.3.4	Einführung des „Ruhewortes“	139
6.3.5	Anwendung der Entspannung im Alltag.....	141
6.3.6	„Fantasiereisen“	144
6.4	Überblick über das Entspannungstraining	145
	Literatur	146

7	Trainingsmodul 2: Förderliche Denkweisen und Einstellungen entwickeln – das Mentaltraining	147
7.1	Ziele	149
7.1.1	Individuelle „Sollwerte“ als persönliche Stressverstärker	150
7.1.2	Stressverschärfende Einschätzung von Anforderungen	151
7.1.3	Stressverschärfende Einschätzung der eigenen Bewältigungskompetenzen und -ressourcen.....	151
7.1.4	Stressverschärfende Bewertung von akuten Stressreaktionen.....	152
7.2	Methode	153
7.3	Praktische Durchführung	154
7.3.1	Gedanken und Stress: Macht Denken Stress? – Einführung.....	154
7.3.2	Stressverschärfende und förderliche Denkmuster: „Es sind oft mehrere Sichtweisen möglich“	158
7.3.3	Förderliches Denken stärken: mentale Strategien zur Stressbewältigung	164
7.3.4	Persönliche Stressverstärker und wie man sie entschärfen kann.....	168
7.3.5	Förderliche Einstellungen verankern	178
7.3.6	Förderliche Einstellungen in den Alltag tragen	179
7.4	Überblick über das Mentaltraining	181
	Literatur	181
8	Trainingsmodul 3: Stresssituationen wahrnehmen, annehmen und verändern – das Problemlösetraining	183
8.1	Ziele	184
8.2	Methode	184
8.3	Praktische Durchführung im Kurs	185
8.3.1	Einführung und Gruppengespräch: „Meine persönlichen Stressoren“	185
8.3.2	„Dem Stress auf die Spur kommen“: Selbstbeobachtung von Belastungssituationen und -reaktionen.....	187
8.3.3	Exkurs: „Innere Achtsamkeit“	192
8.3.4	„Ideen zur Bewältigung sammeln“: Brainstorming.....	194
8.3.5	„Den eigenen Weg finden“: auswählen und entscheiden.....	199
8.3.6	„Konkrete Schritte planen“	201
8.3.7	„Im Alltag handeln“	203
8.3.8	„Bilanz ziehen“	204
8.4	Überblick über das Problemlösetraining	205
	Literatur	206
9	Trainingsmodul 4: Abschalten und genießen – das Erholungstraining	207
9.1	Ziele	208
9.2	Methode	209
9.3	Praktische Durchführung im Kurs	210
9.3.1	Einführung: Erholung – aber richtig!.....	210
9.3.2	„Positiver Tagesrückblick“ – Übung und Gruppengespräch	214
9.3.3	„Acht Gebote des Genießens“	215
9.3.4	Praktische Übungen zum Genießen	217
9.3.5	„Ich nehme mir etwas Schönes vor“: Planen angenehmer Erlebnisse	220

9.3.6	Exkurs: Erholbare Pause	223
9.3.7	Exkurs: Erholbar schlafen	224
9.3.8	Exkurs: Erholbarer Urlaub	224
9.4	Überblick über das Erholungstraining	226
	Literatur	227
10	Ergänzungsmodule	229
10.1	Ergänzungsmodul 1: Stressbewältigung durch Sport und mehr Bewegung im Alltag	230
10.1.1	Informationen für Kursteilnehmende.....	230
10.1.2	Durchführung von Bewegungsübungen	233
10.2	Ergänzungsmodul 2: Soziales Netz	238
10.2.1	Übung „Vertrauen schaffen, Vertrauen fassen“	238
10.2.2	Visualisieren: Mein soziales Netz	239
10.2.3	Pflege Tipps für das soziale Netz	240
10.3	Ergänzungsmodul 3: Blick in die Zukunft	240
10.3.1	„Alltagsstress und die Frage nach dem ‚Wozu‘“ – Einführung	242
10.3.2	Der „Zeitstrahl“	242
10.3.3	Blick nach vorn – ein positives Zukunftsbild entwickeln.....	243
10.4	Ergänzungsmodul 4: Keine Zeit? – Zeitsouveränität im Alltag	245
10.4.1	Gründe für Zeitdruck	245
10.4.2	Strategien für einen gesunden Gebrauch der Zeit	246
10.5	Ergänzungsmodul 5: Die 4A-Strategie für den Akutfall	247
10.5.1	Annehmen.....	248
10.5.2	Abkühlen.....	249
10.5.3	Analysieren	249
10.5.4	Aktion oder Ablenkung	250
	Literatur	250
11	Abschlussmodul: Das Ende gestalten	253
11.1	Zusammenfassung: Das 3 × 4 der Stresskompetenz	254
11.2	Persönliches Gesundheitsprojekt	255
11.3	Abschied nehmen	258
	Literatur	259
12	Materialien für Teilnehmende	261
12.1	Einstiegsmodul	262
12.2	Trainingsmodul 1: Entspannungstraining	275
12.3	Trainingsmodul 2: Mentaltraining	283
12.4	Trainingsmodul 3: Problemlösetraining	295
12.5	Trainingsmodul 4: Erholungstraining	305
12.6	Ergänzungsmodul	321
12.7	Abschlussmodul	336
	Serviceteil	
	Stichwortverzeichnis.....	343

Über den Autor



Prof. Dr. Gert Kaluza ist psychologischer Psychotherapeut und als Trainer, Coach und Autor in der individuellen und betrieblichen Gesundheitsförderung tätig. Nach 20-jähriger Tätigkeit an verschiedenen Universitäten gründete er 2002 das GKM-Institut für Gesundheitspsychologie (► www.gkm-institut.de), das er bis 2022 selbst leitete.

Grundlagen

Inhaltsverzeichnis

- Kapitel 1 Gesundheitsförderung durch Stressbewältigung – 3
- Kapitel 2 Stress – was ist das eigentlich?
Wissenschaftliche Stresskonzepte – 15
- Kapitel 3 Stressbewältigung und Stressmanagement – 77
- Kapitel 4 Das Gesundheitsförderungsprogramm
„Gelassen und sicher im Stress“ – 89



Gesundheitsförderung durch Stressbewältigung

Inhaltsverzeichnis

- 1.1 Von der Prävention zur Gesundheitsförderung – 4
- 1.2 Gesundheit fördern – aber welche? – 8
- 1.3 Gefahren und Irrwege der Gesundheitsförderung – 11
- Literatur – 13

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 beschritten werden, haben sich gewandelt.

In seiner Schrift „The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis?“ (dt. „Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis?“) hat Thomas McKeown (1982) überzeugend nachgewiesen, dass die erfolgreiche Bekämpfung vieler der großen, seuchenartig aufgetretenen Infektionskrankheiten im 19. Jahrhundert und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts vor allem einer Verbesserung der materiellen und hygienischen Lebensverhältnisse und der Ernährungssituation sowie – in geringerem Ausmaß – der Einführung von Schutzimpfungen zu verdanken ist, also im Wesentlichen durch präventive und weniger durch therapeutische Maßnahmen (z. B. Antibiotika) erreicht worden ist, die zumeist erst spät, als die Infektionsraten bereits deutlich gesunken waren, zur Verfügung standen.

Vor dem Hintergrund einer in der Folge nahezu um den Faktor 2 gestiegenen durchschnittlichen 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 sog. „Zivilisationserkrankungen“, insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herz- und Hirninfarkte), bösartigen Neubildungen (Krebs), Stoffwechselerkrankungen (Diabetes), degenerativen Muskel- und Skeletterkrankungen sowie psychischen und psychosomatischen Krankheiten dominiert. Unter präventiven Aspekten 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 insgesamt anführen, nämlich Herz-Kreislauf- sowie Krebserkrankungen, auch für einen hohen prozentualen Anteil der vor der statistischen Lebenserwartung eingetretenen Todesfälle verantwortlich. Rückgang der Infektionserkrankungen und Zunahme der Zivilisationserkrankungen – dieser epidemiologische Megatrend ist auch durch die Covid-19-Pandemie in den Jahren 2020 und 2021 nicht grundsätzlich verändert worden, wenngleich sich die Pandemie in der Mortalitätsstatistik in Deutschland deutlich niedergeschlagen hat. Im Jahr 2021 stellten Todesfälle, bei denen eine Covid-19-Erkrankung als Grundleiden ursächlich war, mit einem Anteil von 7 % an allen Todesfällen die dritthäufigste Todesursache nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 33 % und den Krebserkrankungen mit 23 % dar. Aktuelle Zahlen zur auch altersbezogenen Todesursachenstatistik finden Interessierte auf den Internet-Seiten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter ► www.gbe-bund.de sowie des Statistischen Bundesamtes unter ► www.destatis.de.

So verschieden die „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 über lange Zeiträume zusammen.

Spezifische, isolierbare Krankheitserreger wie bei den Infektionserkrankungen existieren nicht, stattdessen geht man von einer multifaktoriellen Genese dieser Erkrankungen aus. Auch eine Heilung im Sinne einer restitutio ad integrum ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle heute (noch) nicht möglich. Die moderne Medizin kann mit den ihr heute zur Verfügung stehenden Mitteln die meisten dieser Erkrankungen allenfalls lindern, in ihrem Verlauf günstig beeinflussen und ihre Folgen begrenzen. Das Leben mit der chronischen Erkrankung und ihren Folgen sowie mit den ergriffenen, oft aufwändigen und andauernden Behandlungsmaßnahmen und deren Folgen wird zu einer zumeist lebenslangen Herausforderung für den Einzelnen und für das medizinische Versorgungssystem.

Von besonderer Bedeutung im Zusammenhang mit der Veränderung des vorherrschenden Krankheitspanoramas ist die Tatsache, dass in den westlichen Gesellschaften in den vergangenen drei Jahrzehnten eine starke Zunahme diagnostizierter psychischer Störungen zu beobachten ist. So verzeichnen die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland seit Mitte der 1990er-Jahre in ihren jährlich veröffentlichten Statistiken über krankheitsbedingte Fehlzeiten einen kontinuierlichen Anstieg der Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage aufgrund psychischer Störungen, während gleichzeitig die Arbeitsunfähigkeit wegen anderer Erkrankungen unverändert oder sogar rückläufig ist (z. B. Busch, 2019; Meyer et al., 2019). Psychische Störungen rangieren bei den meisten Krankenkassen mittlerweile in der Krankheitsartenstatistik bezüglich der Arbeitsunfähigkeitstage auf Platz 3 hinter Muskel- und Skeletterkrankungen (insbesondere Rückenschmerzen) sowie Krankheiten des Atmungssystems (vgl. Lademann et al., 2006). Wer sich näher über das krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeitsgeschehen informieren möchte, findet aktuelle Zahlen

in den jährlich von allen großen gesetzlichen Krankenkassen publizierten Gesundheits- bzw. Fehlzeitenreporten.

Nicht allein bei den krankheitsbedingten Fehlzeiten, sondern auch bei der Frühverrentung aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit spielen psychische Störungen inzwischen eine prominente Rolle. Während die Zahl der Frühverrentungen in Deutschland insgesamt von 325.000 im Jahr 1983 auf 134.000 im Jahr 2018 sank, stiegen die Frühinvaliditätsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen im gleichen Zeitraum von 28.000 auf 58.000 und damit um mehr als 50 % an. Mit einem Anteil von mehr als 40 % stellen psychische Erkrankungen (ohne Suchterkrankungen) inzwischen die häufigste Ursache für Frühverrentungen in Deutschland dar. Die Betroffenen sind zum Zeitpunkt der Frühberentung durchschnittlich 49 Jahre alt (Deutsche Rentenversicherung, 2019). Aktuelle Zahlen zum Rentengeschehen veröffentlicht die Deutsche Rentenversicherung regelmäßig auf ihrem Statistik-Portal (► www.statistik-rente.de).

Neben Fehlzeiten und Frühberentungen stellen Produktivitätseinbußen bei zwar anwesenden, aber gesundheitsbedingt nur eingeschränkt leistungsfähigen Mitarbeitenden ein gewichtiges Argument für Unternehmen dar, sich verstärkt um die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden zu kümmern. Dieser sogenannte Präsentismus verursacht etwa doppelt so viel Produktivitätsverluste wie die tatsächlichen Fehlzeiten (Fissler & Krause, 2010; Steinke & Badura, 2011). Dies gilt im Besonderen für psychische Störungen. Psychische Störungen (Depressionen/Angstzustände) verringern die Produktivität anwesender Beschäftigter 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 Mitarbeitenden, 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 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 sowie auch die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) aus den Jahren 2009 bis 2012). Die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen beträgt insgesamt 27,7 %, wobei große Unterschiede in verschiedenen Gruppen (z. B. Geschlecht, Alter, sozialer Status) zu verzeichnen sind (Jacobi et al., 2014). Die Punktprävalenz allein von depressiven Störungen liegt 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. Busch et al., 2013; Jacobi, 2009). Eine durch entsprechende Fortbildung gestiegene Sensitivität gegenüber psychischen Störungen auf Seiten der diagnostizierenden Ärzte sowie eine im Zuge der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen gestiegene Bereitschaft zur Selbstwahrnehmung psychischer Symptome auf Seiten der Patienten haben zur vermehrten Krankenschreibung 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 Um-

gang 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, zu meist 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 Abbau von gesundheitlichem Risikoverhalten ermahnt. Moderne Konzepte der Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa-Charta der WHO im Jahre 1986 formuliert wurden (Franzkowiak & 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 Wider-

standskraft 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.

Gesundheit fördern

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, psychische und soziale Widerstandskräfte zu mobilisieren, personale Schutzfaktoren und Kompetenzen zu fördern sowie Lebensbedingungen zu schaffen, die es dem Einzelnen ermöglichen, in einer guten Balance von Be- und Entlastung seine persönliche Gesundheit im positiven Sinne zu entwickeln.

Das hier vorgestellte psychologische Gesundheitsförderungsprogramm fühlt sich einem solchen an einem positiven Gesundheitsbegriff orientierten Verständnis von Gesundheitsförderung verpflichtet. Indem es am Erleben und Verhalten des Einzelnen ansetzt, versteht es sich als Beitrag zur individuellen Gesundheitsförderung, ohne damit allerdings einer einseitigen Individualisierung von Gesundheitsförderung das Wort zu reden oder gar 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 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:

Gesundheit

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

Im Wesentlichen ist an diesem Versuch, Gesundheit positiv zu bestimmen, dreierlei hervorzuheben: Zum Ersten geht Gesundheit nach dieser Definition über das Fehlen von körperlichen und psychischen Krankheiten hinaus. Sie ist mehr als das bloße „Schweigen der Organe“. Sie ist Wohlbefinden, ohne allerdings näher zu bestimmen, was dieses Wohlbefinden ausmacht (vgl. Franke, 2006, S. 32). Zum Zweiten wird Gesundheit hier nicht definiert über den durch einen professionellen Experten

erhobenen objektiven Befund, der ggf. eine wie auch immer geartete Normabweichung konstatiert und üblicherweise als das alleinige Kriterium für die Beurteilung eines Zustands als „gesund“ oder „krank“ herangezogen wird. Stattdessen wird in das Zentrum der Definition das subjektive Befinden des Einzelnen gerückt, der damit selbst zum Experten für seine Gesundheit wird, dessen Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in Sachen Gesundheit gestärkt werden. Subjektives Wohlbefinden zu fördern, wird damit 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). Drittens 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, biopsychosoziale 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. Zum einen beschreibt Gesundheit weniger einen statischen Zustand wie in der WHO-Definition, sondern ist mehr als ein dynamisches Geschehen zu begreifen, als ein immer wieder neu herzustellendes dynamisches Gleichgewicht sowohl innerhalb der Person als auch zwischen der Person und den jeweiligen Umweltgegebenheiten. Zum Zweiten 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 Einzelne 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 siehe auch 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 Sigmund Freud und Karl Menninger, aber auch Vertreter der modernen Gesundheitswissenschaften wie z. B. Bernhard Badura, der dieses Gesundheitsverständnis wie folgt formuliert „Gesundheit ist für mich eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives Selbstbild, ein posi-

ves seelisches und körperliches Befinden erhalten oder wiederhergestellt wird“ (Badura, 1993, S. 24 f.).

■ Selbstaktualisierungsmodell

Dieses wird v. a. von Vertretern der humanistischen Psychologie (Erich Fromm, Carl Rogers, Abraham 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 Potenziale 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 Gordon Allport und Erich 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 bedrohlichen 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 (Erlebnismwerte) 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 gezeichnet wird. Sie schließen sich jedoch nicht prinzipiell gegenseitig aus. Auch darf nicht übersehen werden, dass bei aller Unterschiedlichkeit ein breiter Fundus an Gemeinsamkeiten existiert. Becker (1982) unterscheidet zwei modellübergreifende Kriterien, die von allen Theoretikern geteilt werden: „Produktivität“ und „Liebesfähigkeit“. Entsprechend soll Sigmund Freud einst auf die Frage, was seiner Meinung nach einen gesunden Mensch ausmache, die knappe und etwas brummige Antwort gegeben haben: „Lieben und arbeiten“.

Versuche, den Begriff „Wohlbefinden“ inhaltlich näher zu bestimmen, die vor allem der sogenannten „positiven Psychologie“ (z. B. Ruch & Gander, 2018) entstammen,

kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Wohlbefinden wird wie bereits in der oben zitierten WHO-Definition als ein mehrdimensionales Konstrukt verstanden, bei dem neben der körperlichen auch die psychische und soziale Ebene zu betrachten sind. Im Hinblick auf die Frage, wie Wohlbefinden zu erreichen ist, werden vielfach zwei Perspektiven unterschieden. In der hedonistischen Perspektive geschieht dies, indem man gezielt durch genussvolles Erleben und durch angenehme Aktivitäten positive Emotionen hervorruft. In der eudaimonischen Perspektive dagegen kann Wohlbefinden nicht gezielt angestrebt werden, sondern entsteht gewissermaßen als ein Nebenprodukt, wenn Menschen in ihrem Leben autonom handeln, Umweltanforderungen meistern, positive Beziehungen mit anderen pflegen, Sinn im Leben erkennen und sich selbst akzeptieren (Ryff, 1998).

Die unterschiedlichen inhaltlichen Vorstellungen über psychische Gesundheit und Wohlbefinden verweisen m. E. darauf, dass es nicht nur die eine, für alle Menschen gleiche Gesundheit, sondern vielmehr mehrere Gesundheit gibt, d. h. individuell verschiedene Formen und Wege, in bzw. auf denen sich Gesundheit bzw. Wohlbefinden realisiert, so wie sich ja auch Krankheit jeweils in spezifischen Krankheiten manifestiert. Nicht nur ist die Bedeutung einzelner Ressourcen für die Gesundheit möglicherweise von Mensch zu Mensch unterschiedlich, sondern diese kann sich im Laufe einer individuellen Biografie auch verändern. Für den jungen Menschen z. B. können Selbstverwirklichung und Entwicklung von Autonomie, im mittleren Erwachsenenalter Kompetenzen zur Bewältigung beruflicher und familiärer Anforderungen und im höheren Alter Sinnfindung und Transzendenz, vielleicht auch hedonistisches Streben die jeweils zentralen Bedingungen für psychische Gesundheit und Wohlbefinden darstellen.

Das Gesundheitsverständnis, das dem vorliegenden Gesundheitsförderungsprogramm 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, die es dem Einzelnen ermöglichen, körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden aufrechtzuerhalten. Dies schließt 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 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 notwendig, dass der einzelne Mensch hinreichende Kompetenzen besitzt, um verschiedenste Anforderungen zu meistern, 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 erfreu-

lich, dass Gesundheit ein „In-Thema“ ist. Über die Medien, besonders auch die Social-Media-Plattformen, wird von einer Vielzahl von Experten und Influencern unterschiedlichster Qualifikation 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 Unternehmen entdecken die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden 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 Johann Rohde konstatierte bereits 1992 einen „totalitären Anspruch“ und einen mit diesem verbundenen „geradezu fervernten Enthusiasmus, der bei Anhängern der Gesundheitsbewegung 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 Sciene-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 fal-

schen – verkürzten oder ideologisch überfrachteten – Gesundheitsbegriff festmachen. Am Schluss dieses Einleitungskapitels ist es mir ein besonderes Anliegen, auf einige besonders ins Auge springende Varianten einer falschen „Gesundheitsideologie“ aufmerksam zu machen und damit zugleich dem eigenen Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung gewissermaßen ex negativo zusätzlich Kontur zu 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 selbstverständlich immer junge Mensch. Bei den vielen Menschen, die diesem Leitbild nicht entsprechen (können), kann dies Gefühle der Minderwertigkeit, Insuffizienz, auch Scham oder Schuld auslösen und vielfach zu einem erlebten permanenten Druck oder gar Zwang zu einer körperlichen wie psychischen Selbstoptimierung führen. Mit dem Begriff des „Healthismus“ wird eine Lebenshaltung bezeichnet, die durch eine obsessive Beschäftigung mit der eigenen Gesundheit und dem zur ihrer Erhaltung zu praktizierenden und immer weiter zu optimierendem Gesundheitsverhalten gekennzeichnet ist (Schröder, 2009). Die Gefahren eines solchen auf individuelle „Machbarkeit“ fokussierten 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 Sinnersatz

Wir leben in einer weniger nach Bindungen als nach Optionen strebenden 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 Wertestrukturen 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. 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 entsprechend auch: „... ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel“ (zit. nach Franzkowiak & 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 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. Regulies & 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 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 & Sabo, 1993, S. 96). Das vorliegende psychologische Gesundheitsförderungsprogramm möchte hierzu einen Beitrag leisten, indem es Kompetenzen des Einzelnen zur Stressbewältigung stärkt und damit einen achtsamen, selbstbestimmten und selbstverantwortlichen und zugleich gelassenen Umgang mit der eigenen Gesundheit unterstützt.

Literatur

- Baase, C. (2007). Auswirkungen chronischer Krankheiten auf Arbeitsproduktivität und Absentismus und daraus resultierende Kosten für die Betriebe. In B. Badura, H. Schellschmidt, & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeitenreport 2006* (S. 45–59). Springer.
- Badura, B. (1992). Gesundheitsförderung und Prävention aus soziologischer Sicht. In P. Paulus (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis* (S. 43–52). GwG-Verlag.
- Badura, B. (1993). Gesundheitsförderung durch Arbeits- und Organisationsgestaltung – Die Sicht des Gesundheitswissenschaftlers. In J. M. Pelikan, H. Demmer, & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen* (S. 20–33). Juventa.
- Becker, P. (1982). *Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 1: Theorien, Modelle, Diagnostik*. Hogrefe.
- Busch, K. (2019). Die Arbeitsunfähigkeit in der Statistik der GKV. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klöse, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeitenreport 2019* (S. 720–739). Springer.
- Busch, M.A., Maske, U.E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver

- Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 733–739.
- Deutsche Rentenversicherung. (2019). *Rentenversicherung in Zeitreihen*, Bd 22. <https://statistik-rente.de/drv/extern/zeitreihen>. Zugegriffen am 12.03.2023.
- Ernst, H. (1992). Gesund ist, was Spaß macht. In A. Trojan & B. Stumm (Hrsg.), *Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen* (S. 152–166). Fischer.
- Fissler, E. R., & Krause, R. (2010). Absentismus, Präsentismus und Produktivität. In B. Badura, U. Walter, & T. Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation* (S. 411–425). Springer.
- Franke, A. (2006). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Huber.
- Frankl, V. E. (1981). *Die Sinnfrage in der Psychotherapie*. Piper.
- Frankl, V. E. (1994). *Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten*. Quintessenz.
- Franzkowiak, P., & Sabo, P. (Hrsg.). (1993). *Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung*. Peter Sabo.
- Göpel, E. (1992). Prävention und Partizipation: Der Wandel von einem patriarchalischen zu einem partnerschaftlichen Modell in der Gesundheitsförderung. In P. Paulus (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis* (S. 35–42). GwG.
- Hebebrand, J. (mit Simon, C.P.) (2008). *Irrtum Übergewicht*. Zabert-Sandmann.
- Jacobi, T. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie*, 34, 16–28.
- Jacobi, T., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H. U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85, 77–87.
- Kickbusch, I. (1992). Aktionsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung. In A. Trojan & B. Stumm (Hrsg.), *Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen* (S. 96–116). Fischer.
- Lademann, J., Mertesacker, H., & Gebhardt, B. (2006). Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsberichte der Krankenkassen. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 123–129.
- Lutz, R. (1993). Genußtraining. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Techniken und Einzelverfahren* (S. 155–159). Springer.
- McKeown, T. (1982). *Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis*. Suhrkamp.
- Meyer, M., Maisuradze, M., & Schenkel, A. (2019). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2018 – ein Überblick. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeitenreport 2019* (S. 413–478). Springer.
- Paulus, P. (1994). *Selbstverwirklichung und psychische Gesundheit*. Hogrefe.
- Regulies, R., & Siegrist, J. (2002). *Soziologische Aspekte der Entstehung und des Verlaufes der chronischen Herzkrankheit. Soziale Ungleichverteilung der Erkrankung und chronische Distress-Erfahrungen im Erwerbsleben*. VAS.
- Richter, D., Berger, K., & Reker, T. (2008). Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 35, 321–330.
- Rohde, J. J. (1992). Auf dem Weg zum Gesundheitsdespotismus? Einige kritische Erwägungen zu Prävention und Gesundheitsförderung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 2, 56–57.
- Ruch, W., & Gander, F. (2018). Positive Psychologie. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski, & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 227–239). Hogrefe.
- Ryff, C. D. (1998). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
- Schorb, F. (2009). *Dick, doof und arm. Die große Lüge vom Übergewicht und wer von ihr profitiert*. Droemer.
- Schröder, H. (2003). „Healthismus“ und Lebensqualität. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung* (S. 743–762). Hogrefe.
- Schröder, H. (2009). Healthismus und Wellness. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 484–494). Hogrefe.
- Steinke, M., & Badura, B. (2011). *Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Stewart, W. F., Ricci, J. A., Chee, E., Hahn, S. R., & Morganstein, D. (2003). Cost of lost productive work time among US workers with depression. *Journal of the American Medical Association*, 289, 3135–3144.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655–679.
- World Health Organization. (2003). *Investing in mental health*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42823>. Zugriffen am 12.01.2023.
- Zeh, J. (2009). *Corpus delicti*. Schöffling & Co.



Stress – was ist das eigentlich?

Wissenschaftliche Stresskonzepte

Inhaltsverzeichnis

- 2.1 Ein einfaches Rahmenkonzept: die „Stress-Ampel“ – 18**
- 2.2 Die biologische Perspektive: körperliche Stressreaktionen und die Folgen für die Gesundheit – 21**
 - 2.2.1 Stress als Abweichung von der Homöostase – 21
 - 2.2.2 Akute körperliche Stressreaktionen – 22
 - 2.2.3 Exkurs: Akuter Stress und Leistung – 25
 - 2.2.4 Stress entsteht im Gehirn: die neuronale Organisation der Stressreaktion – 26
 - 2.2.5 Die zwei Achsen der Stressreaktion: trockene und nasse Kommunikationswege – 29
 - 2.2.6 Stress formt das Gehirn: das zentrale Adaptationssyndrom – 31
 - 2.2.7 Macht Stress krank? – Stressreaktionen und Gesundheit – 32
- 2.3 Die soziologische Perspektive: Formen und Merkmale von Stressoren – 37**
 - 2.3.1 Kritische Lebensereignisse – 38
 - 2.3.2 Arbeitsbelastungen – 39
 - 2.3.3 Alltagsbelastungen – 43

- 2.4 Die psychologische Perspektive: individuelle Bewertungen, Motive und Erfahrungen – 45**
 - 2.4.1 Stress als wahrgenommene Diskrepanz zwischen Anforderungen und Kompetenzen: das transaktionale Stresskonzept – 45
 - 2.4.2 Primäre Bewertung: Bedrohung, Verlust oder Herausforderung? – 46
 - 2.4.3 Sekundäre Bewertung: Kann ich oder kann ich nicht? – 46
 - 2.4.4 Bewertung von Stresssymptomen: Symptomstress – 47
 - 2.4.5 Psychologische Sollwerte: Wie wichtig ist das für mich? – 48
 - 2.4.6 Frühe und aktuelle Bindungserfahrungen – 50
 - 2.4.7 Das Burnout-Syndrom – 52

- 2.5 Die salutogenetische Perspektive: soziale und personale Ressourcen der Stressbewältigung – 59**
 - 2.5.1 Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung – 60
 - 2.5.2 Hält Optimismus gesund? – Salutogenität von Ergebniserwartungen – 63
 - 2.5.3 „Ich kann!“ – Salutogenität von Kontrollüberzeugungen – 64
 - 2.5.4 „Ich kann!“ – Salutogenität von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen – 66
 - 2.5.5 Kohärenz und Sinnerleben – 67

- 2.6 Integration: Anforderungs- Ressourcen-Modell – 70**
 - Literatur – 71**

Der Stressbegriff hat seit mehr als 40 Jahren eine anhaltende Popularisierung erfahren wie kaum ein anderer Begriff aus den Humanwissenschaften. Vom Leistungsstress am Arbeitsplatz, in Universität, Schule und selbst im Kindergarten über den Beziehungsstress in Partnerschaft, Familie und sozialen Netzwerken bis hin zum Freizeitstress, 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!“ oder auch einfach nur der Ausruf „Stress!“ sind viel gehörte Antworten auf die alltägliche Frage nach dem Befinden. „Das kommt vom Stress“ ist eine schnelle, häufige und inzwischen weithin akzeptierte Erklärung für unterschiedlichste Beeinträchtigungen des körperlichen und seelischen Wohlbefindens wie auch für unterlaufene Fehler oder konflikthafte Sozialverhalten.

Erfreulich an diesem geradezu inflationären Gebrauch des Stressbegriffs ist die darin zum Ausdruck kommende, zunehmende Bereitschaft vieler Menschen, Fragen ihrer Gesundheit bzw. Krankheit in Zusammenhang mit ihrer persönlichen Lebenssituation und -gestaltung zu betrachten. Allerdings wird Stress dabei oft zu einseitig als ein „äußeres Übel“ (miss)verstanden, das auf den Einzelnen von außen hereinbricht und dem er oder sie gewissermaßen wie ein hilfloses Opfer ausgesetzt ist. Auch kann der Hinweis „Ich bin im Stress!“ bisweilen dazu dienen, eigenes Fehlverhalten 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 gesundheitswissen-

schaftlichen Bereich häufig, jedoch 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 Verständnis 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. Dabei lassen sich die folgenden Richtungen der wissenschaftlichen Stressforschung differenzieren:

- 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).

2

Im Folgenden wird das Stressverständnis geklärt, das dem im zweiten Teil dieses Buches vorgestellten Gesundheitsförderungsprogramm zugrunde liegt. Dabei werden zentrale Erkenntnisse der wissenschaftlichen Stressforschung aus den unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen berücksichtigt. 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 und auch die Grundstruktur für das Gesundheitsförderungsprogramm darstellt.

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):

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. Persönliche Bewertungen, Einstellungen und Motive, 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 stellen gewissermaßen die Bindeglieder zwischen den äußeren Belastungssituationen (den Stressoren) und den Stressreaktionen dar. Je nachdem, wie die Bewertungen von Situationen ausfallen und wie die persönlichen Einstellungen und Motive inhaltlich ausgeprägt sind, können sie das Stresserleben einer Person in einer gegebenen Situation abschwächen, möglicherweise ganz verhindern oder auch verstärken bzw. überhaupt erst auslösen.



© 2023, Springer-Verlag GmbH Deutschland. Aus: Kaluza, G.: Stressbewältigung

Abb. 2.1 Die drei Ebenen des Stressgeschehens („Stress-Ampel“)