Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 46 (2020)
Heft: 6

Artikel: Das doppelte Kontinuum von gesund und krank
Autor: Wettstein, Felix
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-914154

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 08.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Das doppelte Kontinuum von gesund und krank

2020-6
Jg. 46
S. 12 - 18

Wie verhalten sich Gesundsein und Kranksein zueinander? Eine Schwarz-Weiss-Vorstellung gilt als überholt, die Vorstellung eines Kontinuums mit vielen Grautönen zwischen den Polen gesund und krank findet breite Unterstützung. Dabei bleiben gesund und krank jedoch Gegensätze. Möglicherweise sollten wir uns davon verabschieden. Wohl gibt es ein Mehr oder Weniger an Gesundheit, allerdings losgelöst von einem Weniger oder Mehr an Krankheit.

FELIX WETTSTEIN
Prof. FH, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Hochschule fur Soziale Arbeit, Von Roll-Strasse 10, CH-4600 Olten, Tel.+41 (079) 364 93 50, felix.wettstein@fhnw.ch

«Zuerst hatten wir kein Glück, und dann kam auch noch Pech dazu». Dieser Ausspruch des früheren deutschen Bundesliga-Fussballers Jürgen Wegmann nach einem verlorenen Cupspiel hat es zur Berühmtheit gebracht. Warum schmunzeln wir bei diesem Satz? Wohl deshalb, weil wir Glück und Pech für zwei einander gegenüberstehende Phänomene halten: Je mehr Glück, desto weniger Pech und umgekehrt. Auch wenn es das absolute Glück und das absolute Pech vermutlich nur theoretisch gibt: Die Menge an Glück oder Pech scheint sich auf einem Kontinuum zu bewegen. Wenn das eine zunimmt, muss das andere im gleichen Masse abnehmen. Allerdings verbirgt sich im Bonmot von Jürgen Wegmann möglicherweise mehr Weisheit, als wir auf Anhieb erkennen.

Ganz ähnlich wie mit dem Vergleich von Glück und Pech verhält es sich mit der Gegenüberstellung von gesund und krank. Es gilt allgemein als das Verdienst von Antonovsky (1979), darauf hingewiesen zu haben, dass gesund und krank nicht wie schwarz und weiss einander ausschliessen, sondern dass es dazwischen viele Graustufen gibt. «Gesund» und «krank» sind die äussersten, faktisch nie vollständig zu erreichenden Pole auf einem Kontinuum. Der aktuelle Gesundheitszustand eines Menschen liegt immer irgendwo dazwischen, manchmal näher beim Pol «gesund» und dann wieder näher beim Pol «krank». Wie Blättner & Waller (2011: 15) allerdings zu Recht feststellen, verwendete Antonovsky im englischsprachigen Originaltext die beiden Begriffe «health ease» und «dis-ease». Er sprach also nicht etwa von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (health-deseases-continuum), sondern er nannte es «health ease/dis-ease-continuum». Er hat damit ungewohnte Begriffe benutzt und ein Wortspiel kreiert, das sich nur schwer ins Deutsche übersetzen lässt. «Ease» steht am ehesten für Behaglichkeit, «health-ease» demnach für gesunde Behaglichkeit (vgl. ebd.) oder «Gesundung» (Franke 1997: 218). Und dis-ease (mit Bindestrich geschrieben) ist nicht gleichzusetzen mit dem objektiven Vorhandensein von Krankheit, sondern als belastendes, beeinträchtigtes Empfinden. «Entgesundung» schlägt Franke (ebd.: 217) in ihrem Glossar vor.

Anstelle der Bezeichnung Gesundheits-Krankheits-Kontinuum würde wohl der Ausdruck «Gesundungs-Entgesundungs-Kontinuum» dem Denken von Antonovsky besser gerecht. Ein solches Wortpaar wäre allerdings sehr gewöhnungs- und erklärungsbedürftig und hat wohl kaum Chancen, sich durchzusetzen. Blättner & Waller (2011: 15) verwenden in der Folge die Formulierung «Gesundsein/Kranksein-Kontinuum» für dieses zentrale Konstrukt in Antonovskys Modell der Salutogenese. Sie lösen sich damit zwar nicht von der sprachlichen Analogie gesund-krank und auch nicht von der Vorstellung eines einzelnen Kontinuums, aber sie liefern den Hinweis, dass mit Gesundung und Entgesundung ein anderes Begriffspaar adäquat sein könnte und dass die Entstehung von Krankheit gar nicht auf demselben Kontinuum abzubilden ist.

Was aber führt zu Bewegung auf diesem Kontinuum? Die Hauptthese des salutogenetischen Modells lautet, dass Stressoren im Leben allgegenwärtig sind. Eine erfolgreiche Stressbewältigung, ein erfolgreiches Coping, sind somit Bedingung für eine gute Gesundheit. Als zentrales Element dieser Stärkung von erfolgreicher Stressbewältigung hat Antonovsky das Konstrukt des Kohärenzgefühls (Sense of Coherence, SOC) vorgeschlagen: ein überdauerndes, dem Individuum zuzurechnendes Grundgefühl dem Leben gegenüber, bestehend aus den drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit (Antonovsky 1979: 150). Die Anschlussfrage lautet folglich: Wie kommt es zu einem starken Kohärenzgefühl? Bereits in seinem ersten Hauptwerk «Health, Stress and Coping» hat Antonovsky (1979) dazu das Konzept der Generalisierten Widerstandsressourcen (GRR) entworfen, als Gegenspieler zu den allgegenwärtigen Stressoren. Zusammen mit der Lebenserfahrung bisheriger erfolgreicher Stressbewältigung würden die GRR zur Ausbildung eines starken Kohärenzgefühls führen.

Das verbreitete Missverständnis zur «salutogenetischen Frage»

Pathogenese ist die Lehre von der Entstehung und Verbreitung von Krankheiten. Wie jedoch wird Salutogenese definiert? In Fachpublikationen wird oft behauptet, die zentrale Frage der Salutogenese sei «Was erhält den Menschen – trotz Belastung und Risiken – gesund?» (vgl. bspw. Altgeld & Kolip 2014: 46). Das Wort «erhalten» verfehlt allerdings den Kern der salutogenetischen Orientierung. Bereits Antonovsky (1997: 22f.) hat darauf hingewiesen, dass das Bestreben, die Gesundheit von Menschen zu erhalten und sie damit vor Krankheit zu bewahren, von der gleichen Annahme einer Dichotomie zwischen gesund und krank ausgeht, wie dies seit langer Zeit Basis der pathogenen Sichtweise war. Das Verb «erhalten» zeugt zudem von einer statischen Vorstellung: Gesundheit gilt als der übliche, meist stabile Normalzustand, Krankheit jedoch als die seltene Ausnahme. Fundamental im Denken von Antonovsky ist jedoch die Vorstellung einer Heterostase, d.h. einer stetigen potenziellen Erschütterung sowie eines drohenden Zerfalls als Folge von Stressoren, die unablässig auf die Organismen einwirken (ebd.: 27, 29).

Unabhängig davon, ob man dieses recht pessimistische Menschenbild teilt, lässt sich feststellen: Es kann nicht bloss darum gehen, Gesundheit zu erhalten. Salutogenese ist ein dynamisches Konzept und steht für die Entstehung und Vermehrung von Gesundsein. Die salutogenetische Frage ist also nicht eine Frage nach dem «Erhalt» von Gesundheit, sondern (von Antonovsky an zwei Stellen formuliert):

«Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums oder warum bewegen sie sich auf den positiven Pol zu, unabhängig von ihrer aktuellen Position (ebd.: 16)?»

«Welche Faktoren sind daran beteiligt, dass man seine Position auf dem Kontinuum zumindest beibehalten oder aber auf den gesunden Pol hinbewegen kann (ebd.: 30)?»

Die Absage an eine Dichotomie, d.h. an eine Schwarz-Weiss-Vorstellung von gesund und krank, ebenso die Frage nach der Bewegung auf einem Kontinuum, unabhängig von der Startposition, sind wichtige Erkenntnisse dieses Modells. Sie lassen sich auf jede Art der Kontinuumsvorstellung übertragen. Das gilt auch, wenn, wie nachfolgend, ein doppeltes Kontinuum vorgeschlagen wird.

Ein einzelnes Kontinuum genügt nicht

Schiffer (2001: 148) postuliert, dass Gesundheit etwas anderes als Nicht-Krankheit sei, und grenzt sich in diesem Punkt von Antonovskys Salutogenesemodell ab. «Kritikwürdig ist meines Erachtens an diesem Modell die Links-Rechts-Verschiebemechanik zur Gesundheit oder zur Krankheit hin. Günstiger wären zwei voneinander unabhängige Darstellungsweisen von Gesundheits- und Krankheitsmomenten im Menschen.» Er bezweifelt, dass ein linearer Zusammenhang zwischen der Abnahme von gesunden und der Zunahme von kranken Anteilen besteht (vgl. ebd.).

Ein solcher Zweifel ist berechtigt. Das Gesundsein/Kranksein-Kontinuum macht nichts anderes als ein zunehmendes «Gesund-sein» mit einer Verringerung von «Krank-sein» gleichzusetzen. Die Bewegung auf dem Kontinuum hin zu mehr «Gesund-sein» ist in dieser Vorstellung identisch mit der Bewegung weg vom Pol «Krank-sein». Anders gesagt: Wer schwer krank ist, hat praktisch nichts (mehr) vom «Gesund-sein». Wer hoch gesund ist, kann nicht gleichzeitig beeinträchtigt sein. Wer also mit einem einzigen Kontinuum zwischen «Gesundsein» und «Krank-sein» argumentiert, behandelt «gesund» und «krank» als einander gegenüberliegende Zustände, ergo als gegensätzlich. Selbst wenn die Endpunkte des Kontinuums nie in Reinform auftreten, sondern wenn in einem so genannt «gesunden» Organismus immer auch «kranke», zumindest belastete und gefährdete Anteile zu finden sind, und selbst wenn ein «krankes» Individuum jederzeit auch gesunde Anteile auf sich vereint, bleibt es eben doch dabei, dass die beiden Zustandsbeschreibungen gesund und krank einander gegenüberstehen.

Antonovsky war sich durchaus bewusst, dass ein einfaches Kontinuum als Erklärung nicht ausreicht. Die salutogenetische Orientierung führe dazu, «die dichotome Klassifizierung von Menschen als gesund oder krank zu verwerfen, und diese stattdessen auf einem multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu lokalisieren» (Antonovsky 1997: 29). Er geht allerdings nicht näher darauf ein, wie er sich diese Multidimensionalität vorstellt und ob bei einem mehrdimensionalen Kontinuum die Pole jeweils identisch sind – was man sich auf einer Kugel gut vorstellen kann.

Gesundheit mehrdimensional

Eine Einteilung in mehrere Dimensionen könnte der Dreiklang körperlich-psychisch-sozial liefern, in Anlehnung an die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO), welche von körperlichem, psychischem und sozialem Wohlbefinden spricht (WHO 1946). Antonovsky hatte sich der Stressforschung gewidmet. Obwohl Stressbewältigung eine vorrangig psychische Leistung darstellt, hat er offenbar bei der Begründung seines Kontinuums vorzugsweise an die körperliche Dimension von Gesundheit gedacht. In seinem zweiten Hauptwerk «Salutogenesis – Unraveling the Mistery of Health» schreibt er nämlich: «In der Tat scheute ich ein wenig davor zurück, psychische Gesundheit in dieses Kontinuum einzubeziehen, obwohl ich in einem neueren Papier (...) den Zusammenhang zwischen dem SOC und psychischer Gesundheit diskutiere» (Antonovsky 1987; deutsch 1997: 161). Er wollte Gesundheit nicht als übereinstimmend mit den vielen anderen Dimensionen des Wohlbefindens verstanden haben. Damit setzt er sich, wenn auch nicht explizit, von der WHO-Definition ab. Er räumt ein, dass sich das Vorhandensein einer Vielzahl von Generalisierten Widerstandsressourcen (GRR) «nicht nur auf das Entstehen eines starken SOC und damit auf die Gesundheit auswirken [wird], sondern genauso auf andere Bereiche des Wohlbefindens» (ebd.: 162). Mit dieser Formulierung unterstreicht Antonovsky, dass er Gesundheit deutlich enger auffasst als Wohlbefinden. Eine Antwort darauf, wie man sich die Mehrdimensionalität seines Kontinuums vorstellen müsste, liefert er damit allerdings nicht.

Wellbrink & Franke gehören zu den Autorinnen, die das Salutogenesemodell aufgegriffen und weiterentwickelt haben. Auch sie gehen davon aus, dass die Förderung von Gesundheit von der Bewältigung von Krankheit zu unterscheiden sei, was sich aber mit dem Kontinuum in Antonovskys Modell nicht angemessen darstellen lässt (Wellbrink & Franke 2010: 49). Geeigneter scheinen ihnen orthogonale Modelle zu sein.

Darauf hatte bereits Braun (1994) hingewiesen. Sowohl die Alltagserfahrung wie auch Forschungsresultate würden zeigen, dass bspw. Langzeitkranke eine Veränderung ihres Zustandes erreichen können, den sie in ihrer subjektiven Bewertung durchaus als Zunahme von Gesundheit erleben, ohne dass die Krankheitslast geringer wird (ebd.: 248). Er schliesst daraus, dass es eigentlich zwei Dimensionen sind, eine «Gesundheitsdimension» und eine «Krankheitsdimension», welche die Koordinaten eines Feldes bilden, in dem sich ein konkreter Gesundheitszustand lokalisieren lässt.

Die systematische Diagnose von gesundheitsrelevanten Ressourcen ist auch das Ziel von Willutzki. Sie veranschaulicht mit einer orthogonalen Darstellung die Unabhängigkeitsvorstellung mit einem Mehr oder Weniger an Ressourcen in der senkrechten und einem Mehr oder Weniger an Vulnerabilitäten (Verletzlichkeiten) auf der waagerechten Achse (Willutzki 2013: 64).

Willutzki zeichnet somit ein Modell des doppelten Kontinuums. Die Ausprägung der gesundheitsrelevanten Ressourcen kann kontinuierlich respektive stufenfrei der senkrechten Achse zugeordnet werden. Demgegenüber lässt sich die Ausprägung krankheitsauslösender Belastung oder Gefährdung einem beliebigen Punkt in der waagerechten Achse zuordnen.

Das Modell erlaubt zudem eine dynamische Darstellung von Veränderungen gesundheitsrelevanter Ressourcen und krankheitsrelevanter Belastungen. Solche Veränderungen lassen sich im zweidimensionalen Modell mit Pfeilen abbilden. Eine Verringerung von Vulnerabilitäten bzw. Beeinträchtigungen, Belastungen, Krankheitssymptomen in der Zeitspanne von t0 bis t1 ist in Abb. 2 mit Pfeil V abgebildet. Ein Zuwachs an Ressourcen in der Zeitspanne von tx bis ty ist mit Pfeil R abgebildet.

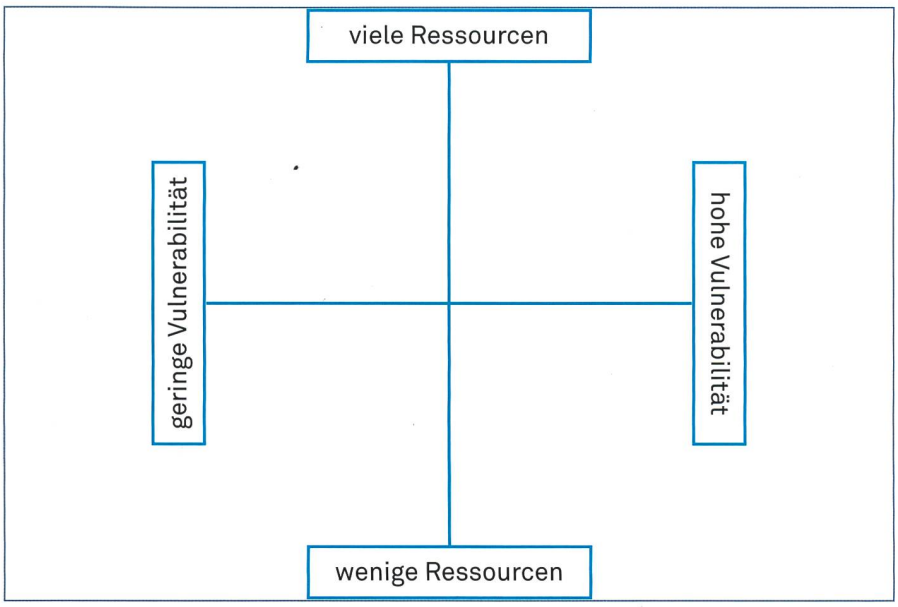


Abbildung 1: **Das doppelte Kontinuum. Eigene Darstellung des Autors.**

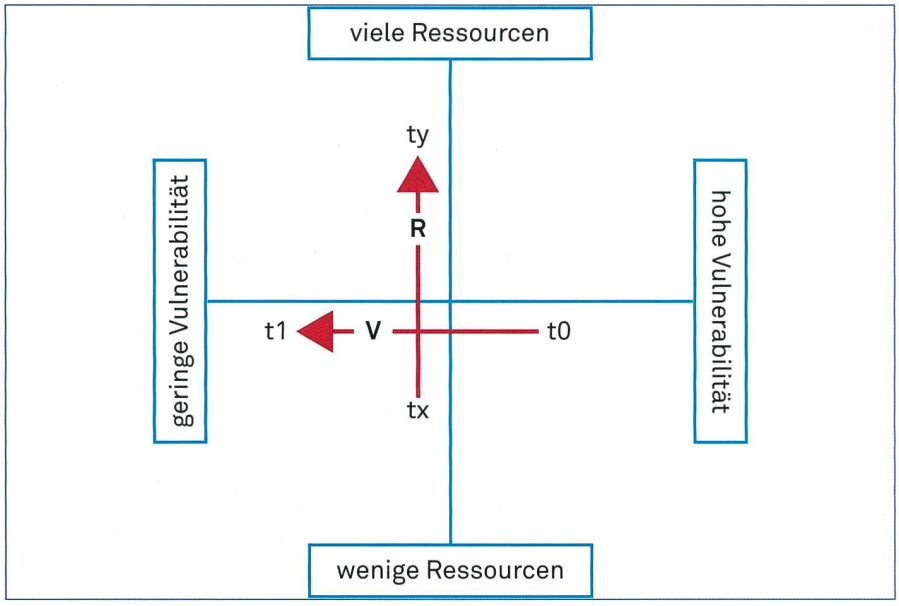


Abbildung 2: **Entwicklung im doppelten Kontinuum. Eigene Darstellung des Autors.**

Flourishing und Languishing

Ein wichtiger Wegbereiter für das Verständnis eines doppelten gesundheitsrelevanten Kontinuums ist der Psychologe Corey Keyes (Emory University, Atlanta, Giorgia). Seine Forschungsarbeiten gelten der psychischen Gesundheit, respektive den psychischen Erkrankungen. Von ihm stammt das «Two Continua Model of Mental Health» (vgl. Keyes 2002; 2005; 2007). Wie bei Willutzki werden in der grafischen Darstellung des Modells die beiden Achsen senkrecht zueinander gezeichnet, was auf eine grundsätzliche Unabhängigkeit der Bewegungen auf dem einen oder auf dem anderen Kontinuum hindeutet. Bei Keyes heissen die Pole auf dem senkrechten Kontinuum «high mental health» und «low mental health», auf dem waagrechten Kontinuum «high mental illness» und «low mental illness».

Auf dem senkrechten Kontinuum der psychischen Gesundheit lassen sich bspw. ein Mehr oder Weniger an Selbstwertgefühl, Optimismus, Kohärenzgefühl, Selbstwirksamkeitserwartung,

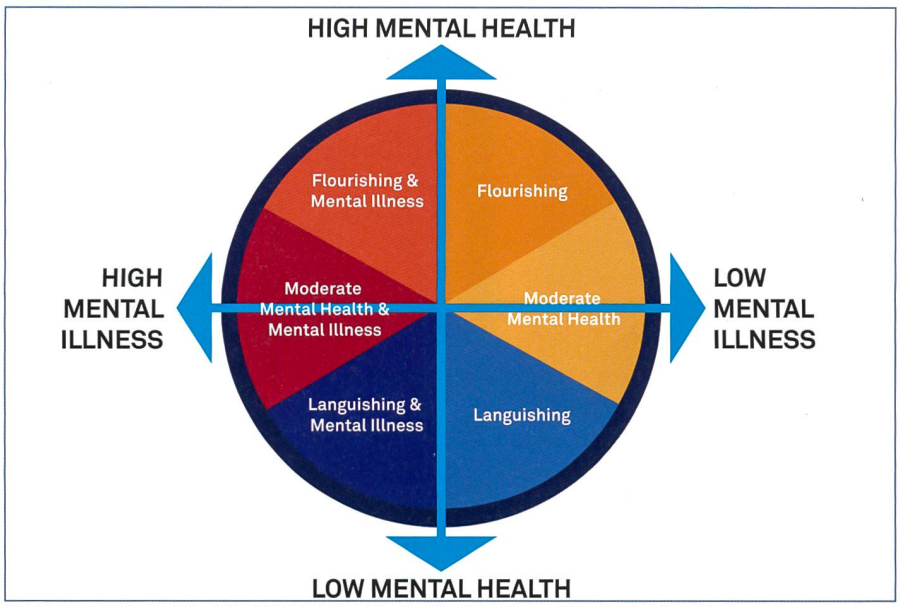


Abbildung 3: **Keyes' Model of Mental Health. Quelle: Province of Manitoba (2020).**

internale Kontrollüberzeugung, Coping-Fähigkeiten, emotionale Ausgeglichenheit, Empathie, Vertrauen in andere, aber auch Genussfähigkeit und Flow darstellen: Zu allen diesen Konzepten hat die Gesundheitspsychologie eine theoretische Fundierung und valide Messinstrumente entwickelt (z. B. Knoll et al. 2017). Dies ermöglicht, für das einzelne Individuum eine aktuelle Positionierung auf dem senkrechten Kontinuum zu bestimmen.

Auf dem waagrechten Kontinuum der psychischen Krankheitsbelastung lassen sich bspw. ein Mehr oder Weniger an Depressivität, Suizidalität, Burnout, Neurotizismus, Ängste/Phobien, bipolare oder wahnhafte Störungen (Psychosen) darstellen, aber auch Sucht(-Gefährdung) oder Demenz. Diese Erscheinungen lassen sich, gestützt auf die allgemein anerkannten Klassifikationssysteme von Krankheiten (DSM-V oder ICD-10), diagnostizieren. In den Diagnoseinstrumenten wird oft ein bestimmtes Krankheitsbild als «leichter» oder «schwerer» eingestuft, was auf den Charakter eines Kontinuums hinweist.

Zusätzlich enthält die grafische Darstellung des «Two Continua Model of Mental Health» einen Kreis mit sechs Sektoren, die das Feld zwischen den beiden Achsen qualitativ umschreiben. Mit «Flourishing» (in der Grafik oben rechts) bezeichnet Keyes die hohe psychische Gesundheit bei gleichzeitig geringer Krankheitsgefährdung. Der Begriff bedeutet so viel wie «erblühend», «gedeihend» oder «schwungvoll». Bisher kennt man ihn wohl eher aus der Ökonomie, als florierende Wirtschaft und blühender Handel. Aber er eignet sich auch sehr gut, um die erfüllte Seite des Kontinuums psychischer Gesundheit zu beschreiben.

Den Sektor unten rechts bezeichnet Keyes mit «Languishing». In der deutschen Übersetzung würde man am ehesten von «darniederliegend», «schmachtend» oder «ausgelaugt» sprechen. Ein solcher psychischer Zustand ist uns durchaus vertraut, aber er muss in keiner Weise mit einer psychischen Erkrankung einhergehen.

Die rechtwinklige Darstellung der beiden Kontinua impliziert, dass sich die beiden Zustände unabhängig voneinander verhalten. Diese Darstellung ist für eine klare analytische Trennung von psychischer Gesundheit und psychischer Erkrankung von Vorteil. Empirische Studien, die zu diesem Modell durchgeführt wurden (Keyes 2005: 543ff.), zeigen jedoch keine völlige Unabhängigkeit, sondern moderate innere Zusammenhänge. Wer von einer psychischen Erkrankung betroffen ist, hat auf dem Kontinuum der psychischen Gesundheit tendenziell etwas tiefere Werte als ein Mensch ohne psychische Erkrankung. Das überrascht nicht, jedoch sind die Korrelationen nicht sehr hoch, sondern weisen maximal einen Faktor -.33 auf (vgl. ebd.: 542). Anders gesagt: Eine gute psychische Gesundheit ist weit mehr als die Absenz von psychischen Erkrankungen.

Keyes (ebd.: 546) weist weiter darauf hin, dass im Modell des doppelten Kontinuums nicht nur die Position oder Entwicklungsverläufe einzelner Individuen identifiziert werden können, sondern dass dies auch für soziale Gruppen oder ganze Populationen möglich ist. Zudem kann das Grundmodell dieses doppelten Kontinuums zweifellos auf andere Dimensionen von Gesundheit übertragen werden, namentlich auf körperliche Gesundheit und somatische Erkrankungen.

Zum Ansatz des «Flourishing» sind in den letzten Jahren mehrere Erhebungsinstrumente entwickelt worden. Eine vergleichende Darstellung liefern Schumacher und Lautz-Schön. Sie stellen folgende Frage: «Sind LebenskünstlerInnen nur glücklich, oder blühen sie regelrecht auf?» (Schumacher & Lautz-Schön 2018: 105). Sie stufen Flourishing als integrativen Ansatz ein, der für sich beanspruchen kann, mehrere Komponenten von Wohlbefinden zu einem Konzept zusammenzufassen: soziale, emotionale und mental-kognitive Komponente.

Ressourcen sind mehr als bloss Stressoren mit umgekehrten Vorzeichen

Sind Ressourcen und Stressoren demnach zwei voneinander unabhängige Einflussgrössen? Auch hier lohnt es sich zuerst auf Antonovsky zurückzugreifen. Er gibt insgesamt eine widersprüchliche Antwort. Zum einen betont er, dass Stressoren keineswegs immer Risikofaktoren für die Gesundheit darstellen, wie bisher im pathogenetischen Denken angenommen wurde. Vielmehr könne ein Stressor je nachdem pathogen, neutral oder sogar salutogenetisch wirken (Antonovsky 1997: 26). Entscheidend sei die Reaktion auf den Stressor: Gesund für den Organismus kann bspw. das Mobilisieren von neuen Kräften sein, über welche der betreffende Mensch bisher nicht verfügte.

Zum anderen stellt Antonovsky Ressourcen und Stressoren nebeneinander auf gleiche Höhe: In seinem zweiten

Hauptwerk (vgl. ebd.) erweitert er das Konzept der Generalisierten Widerstandsressourcen (GRR) um dasjenige der Generalisierten Widerstandsdefizite (GRD). Er postuliert ein zusätzliches Kontinuum und zwar nicht als Ergebnis einer Bewältigungsfähigkeit, sondern als Voraussetzung, welche der Festigung des Kohärenzgefühls vorangeht. Er spricht vom Konzept der «übergeordneten psychosozialen generalisierten Widerstandsressourcen-Widerstandsdefiziten (GRR-GRD)». Was als Widerstandsressource gilt, erweise sich in der Mängelsituation als Defizit. Jeder Mensch könne hinsichtlich aller relevanten Aspekte, bspw. Ich-Stärke, materiellem Reichtum oder kultureller Stabilität, auf einem solchen GRR-GRD-Kontinuum platziert werden. In der Folge verweist Antonovsky auf eine Studie zu arbeitsplatzbezogenen Einflussfaktoren auf die Gesundheit und bewertet kritisch die dortige Unterscheidung zwischen Arbeitsplatzressourcen und Arbeitsplatzstressoren. Er zeigt auf, dass die gefundenen Ressourcen – im Beruf involviert sein, Zusammenhalt in der Belegschaft, Unterstützung durch Vorgesetzte – mit umgekehrten Vorzeichen als Stressoren einzustufen sind. Analog gilt für die postulierten Stressoren: Fehlende Autonomie, starke Kontrolle durch Vorgesetzte und fehlende Klarheit können in ihrer Umkehrung durchaus als Ressource bezeichnet werden.

Die Frage stellt sich nun, ob sämtliche Ressourcen zu Defiziten werden, wenn es an ihnen mangelt bzw. ob sämtliche potenziellen Stressoren zu Ressourcen werden, wenn sie ausbleiben. Sollte sich diese Annahme bewahrheiten, dann würde ein einziges Kontinuum genügen, weil folgende Aussage zutreffend wäre: Je mehr vom einen, desto weniger vom anderen.

Allerdings lassen sich unschwer gesundheitsrelevante Ressourcen finden, deren Fehlen sich neutral auswirkt, jedenfalls keine nachteilige Wirkung auf die Gesundheit hat. Und es gibt umgekehrt zahlreiche Stressoren, die ohne wirkungsvolle Bewältigung die Gesundheit beeinträchtigen; ihr Ausbleiben ist jedoch neutral und ohne Vorteil für die Gesundheit. Ein Beispiel für Letzteres: Wenn ich im Wald spaziere und es fällt mir ein morscher Ast auf die Schultern, ist dies zweifellos ein markanter Stressor. Wenn kein Ast herunterfällt, ist dies keine Ressource. Zahlreiche Beispiele für gesundheitsrelevante Ressourcen ohne gesundheitlichen Nachteil bei deren Ausbleiben liefert das Konzept des Flow-Erlebens von Csíkszentmihályi (2008).

Interessanterweise macht auch Antonovsky einen Hinweis darauf, dass Ressourcen nicht nur im Sinne von Puffern oder Widerstandsressourcen zu verstehen sind: «Aber selbst in diesem Bereich [angesprochen ist die Stressforschung] fragt man am häufigsten, wie man einen gegebenen Stressor bewältigt, anstatt zu fragen, welche Faktoren nicht nur als Puffer wirken, sondern direkt zur Gesundheit beitragen» (Antonovsky 1997: 25).

Dieser Hinweis bleibt allerdings isoliert. In der Konzeption seines Salutogenesemodells verwendet er den Ressourcenbegriff ausschliesslich im Sinn von Widerstandsressourcen: Ohne Notwendigkeit zum Widerstand gibt es keine Heranbildung von Ressourcen. Sie sind nur dazu da, um belastende Einflüsse und Gefährdungen der Gesundheit abzuwehren. Mit anderen Worten: Diese Widerstandsressourcen unterscheiden sich, was ihre Funktion anbelangt, nicht von dem, was andernorts Schutzfaktoren genannt wird. Schutz vor Gefahren bzw. Stärkung jener Faktoren, die Pufferwirkungen haben. Andere Autorinnen und Autoren kommen zum Schluss, dass zwischen Ressourcen und Schutzfaktoren klar unterschieden werden kann (z. B. Willutzki 2013; Meyer et al. 1998).

Prävention und Gesundheitsförderung: Impulse für zwei Kontinua

Damit schliesst sich der Kreis: Wenn gesundheitsrelevante Ressourcen nur als Widerstandsressourcen gedacht werden – Widerstand gegenüber Gefährdungen, Belastungen, Krankheitsdispositionen usw. – dann reicht die Vorstellung eines einzelnen Kontinuums mit den Polen «Gesund-sein» und «Krank-sein», auf dem sich ein Individuum im Verlauf seines Lebens bewegt. Eine bestimmte Lebenserfahrung oder eine bestimmte beabsichtigte Einwirkung auf die Bedingungen des Lebens löst eine Bewegung auf diesem Kontinuum aus, und es spielt keine Rolle, ob ich diese als eine Bewegung «hin zum Pol gesund» oder «weg vom Pol krank» bezeichne.

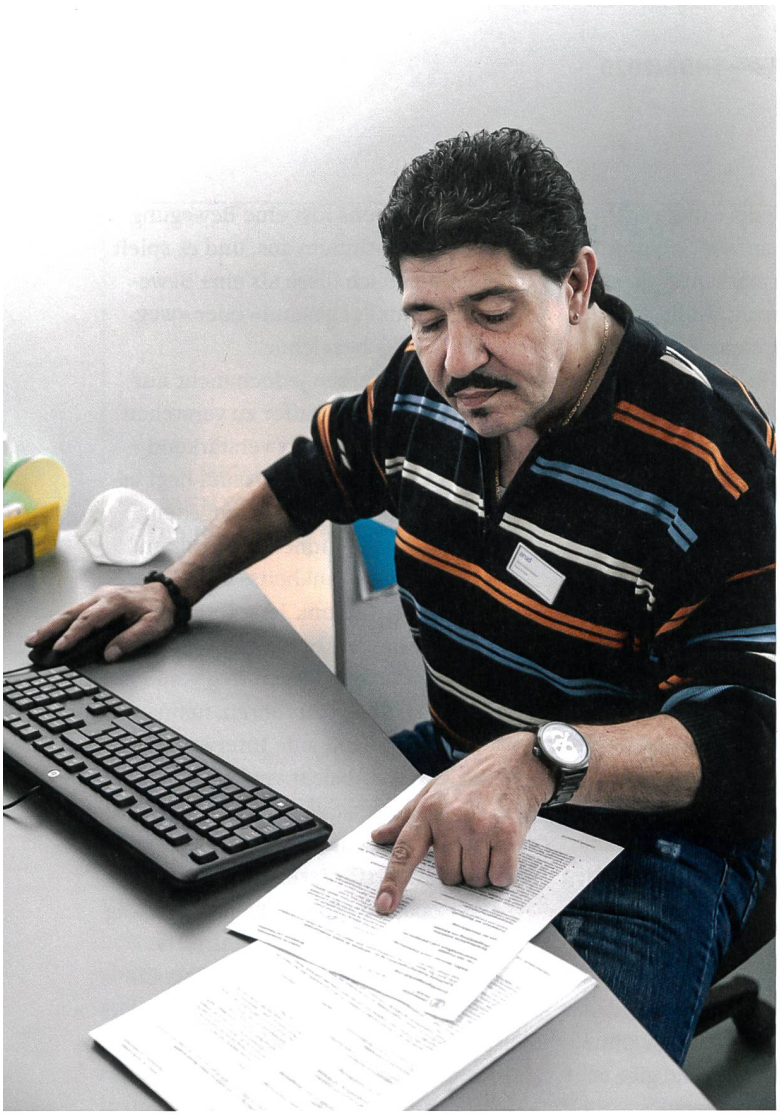
Wenn Ressourcen jedoch nicht nur als Widerstand und Puffer zu verstehen sind, sondern sich direkt verstärkend auf Gesundheit auswirken, dann liegt es nahe, von zwei Kontinua auszugehen: Einerseits ein Gesundheitskontinuum, andererseits ein Krankheits- oder Vulnerabilitätskontinuum. Jene Interventionen, welche die Absicht verfolgen, auf dem Krankheitskontinuum weg vom Pol «hohe Gefährdung» zu führen, nennen wir Prävention. Und jene Interventionen, welche die Absicht verfolgen, auf dem Gesundheitskontinuum hin zum Pol «hohes Gesundsein» zu führen, nennen wir Gesundheitsförderung.

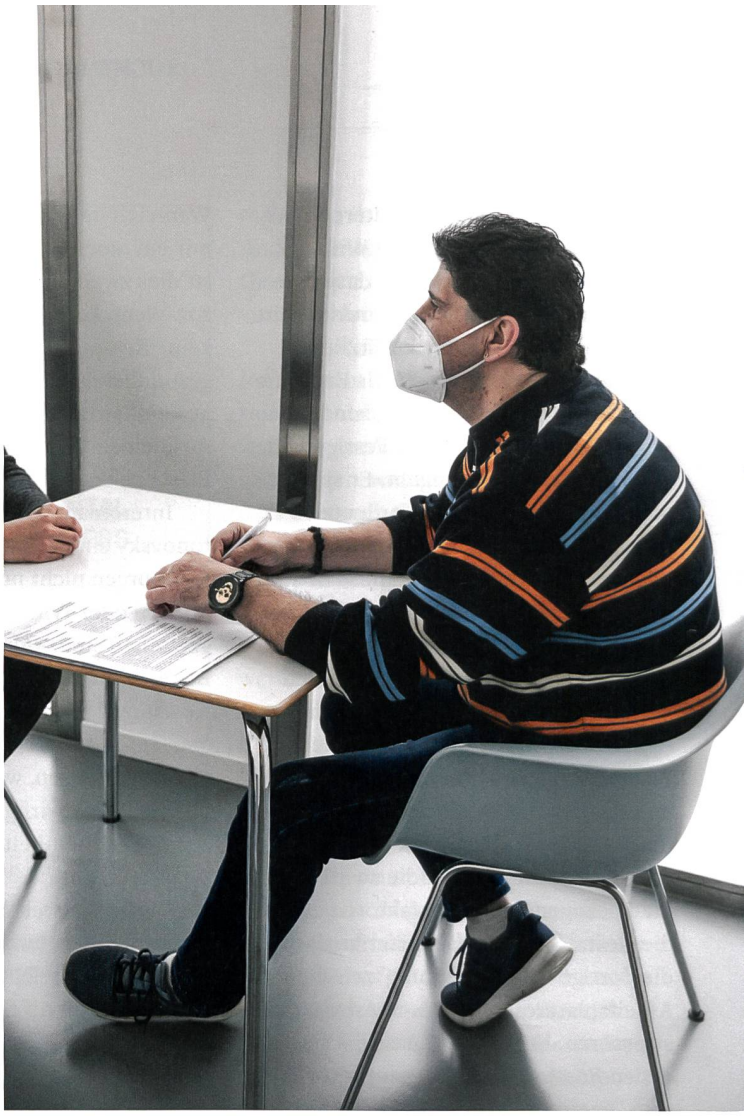
Die Praxis von Gesundheitsförderung und von Prävention bietet zahlreiche Beispiele für diese Unterscheidung. Ein Tabakpräventionsprogramm will zum Beispiel erreichen, dass die Zielgruppen des Programms möglichst spät oder besser gar nie mit Rauchen beginnen, weil es gilt, die schädlichen Folgen des Tabakkonsums zu vermeiden. Ein weiteres Programm der indizierten Prävention arbeitet mit jenen, die bereits rauchen und will sie entweder beim Rauchstopp oder zumindest beim deutlichen Reduzieren der Konsumhäufigkeit unterstützen. Wenn diese Programme erfolgreich sind, bewirken sie auf dem Krankheitskontinuum die Entwicklung «weg von hoher Gefährdung».

Ein gesundheitsförderliches Projekt zur Stärkung emotionaler Kompetenzen will zum Beispiel erreichen, dass die Zielgruppen positive Gefühle erkennen und benennen können und dass sie Strategien entwickeln, wie sie Glücksmomente im Alltag vorfinden und bewusst geniessen können. Wenn das Projekt erfolgreich ist, bewirkt es auf dem Gesundheitskontinuum eine Entwicklung «hin zu hohem Gesundsein».

Literatur

Altgeld, Thomas/Kolip, Petra (2014): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. S. 45-56 in: Klaus Hurrelmann/Theodor Klotz/Jochen Haisch (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber.





Antonovsky, Aaron (1979): Heath, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexandra Franke. Tübingen: DGVT-Verlag.

Blättner, Beate/Waller, Heiko (2011): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. Stuttgart: Kohlhammer.

Braun, Hans (1994): Gesundheitssysteme und Sozialstaat. S. 247-263 in: Peter Schwenkmetzger/Lothar R. Schmidt (Hrsg.), Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Enke.

Csíkszentmihályi, Mihály (2008): Das Flow-Erlebnis. Jenseits von Angst und Langeweile, im Tun aufgehen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Franke, Alexandra (1997): Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzepts. Anschlusskapitel an die deutschsprachige Übersetzung von Antonovsky, Aaron. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag.

Keyes, Corey L.M. (2007): Promoting and protecting mental health as flourishing. a complementary strategy for improving national mental health. American Psychologist 62(2): 95-108. DOI: 10.1037/0003-066X.62.2.95

Keyes, Corey L.M. (2005): Mental illness and/or mental health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. Journal of Consulting and Clinical Psychology 73(3): 539-548. DOI: 10.1037/0022-006X.73.3.539

Keyes, Corey L.M. (2002): The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. Journal of Health and Social Behavior 43: 207–222.

Knoll, Nina/Scholz, Urte/Rieckmann, Nina (2017): Einführung Gesundheitspsychologie. München: Ernst Reinhard Verlag.

Meyer, Peter C./Budowski, Monica/Decurtins, Lucio (1998): Soziale Unterstützung und Gesundheit in der Stadt. Zürich: Seismo.

Province of Manitoba, Canada (Hrsg.) (2020): Towards flourishing. Mental health promotion for families. https://tinyurl.com/y24tdoe2, Zugriff: 19.11.2020.

Schiffer, Eckhard (2001): Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Wie Gesundheit entsteht. Weinheim, Basel: Beltz.

Schumacher, Bettina/Lautz-Schön, Alice (2018): Wie hängen Lebenskunst und Glück zusammen? S. 101-109 in: Bernhard Schmitz/Jessica Lang/Janina Linten (Hrsg.), Psychologie der Lebenskunst. Heidelberg: Springer-Verlag GmbH.

Wellbrink, Andrea/Franke, Alexa (2010): Zwischen Genuss und Sucht – das Salutogenesemodell in der Suchtforschung. S. 43-55 in: Hans Wydler/Petra Kolip/Thomas Abel (Hrsg.), Salutogenese und Kohärenzgefühl. Weinheim, München: Juventa.

WHO – Weltgesundheitsorganisation (1946): Constitution. Genf.

Willutzki, Ulrike (2013): Ressourcen: Einige Bemerkungen zur Begriffsklärung. S. 61-82 in: Heike Schemmel/Johannes Schaller (Hrsg.), Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Tübingen: DGVT-Verlag.